

PRAPS

Programmes



Programme Régional
d'Accès à la Prévention
et aux Soins
des plus démunis



Sommaire



> Cadrage national	5
> 1 Les textes	6
> 2 La population visée au niveau national.	6
> 3 Les « nouveaux PRAPS »	7
> Le PRAPS en Aquitaine	9
> 1 Le diagnostic régional	11
> 2 Axes et objectifs	18
> 3 Thèmes prioritaires	19
> 4 Déclinaison des objectifs au niveau régional et territorial	29
> 5 Les modalités de mise en œuvre	43
> 6 Le suivi et l'évaluation	45

> ANNEXE :	47
-------------------------	----

> Glossaire :	59
----------------------------	----





Cadrage national



Sommaire

- 1 Les textes6
- 2 La population visée au niveau national. . . .6
- 3 Les « nouveaux PRAPS »7

1. LES TEXTES

La protection de la santé est inscrite comme une des missions de la Nation dans le préambule de la Constitution française. Devant le constat des inégalités de santé et notamment de celles liées aux différences de statut socio-économique, de nombreux textes réglementaires des deux dernières décennies mettent l'accent sur la nécessaire définition de stratégies et d'actions pour améliorer l'accès à la prévention et à la prise en charge sanitaire et médico-sociale des plus démunis.

Le principe de réduction des inégalités, deuxième des neuf principes de la politique nationale de santé publique, stipule que la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les groupes les plus vulnérables (*Code de la santé publique*).

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé rappelle que la protection de la santé est un droit fondamental, et qu'« aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins » (article L.110-3 du *Code de la santé publique*).

Les premiers programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) ont été élaborés en 1999, en application des dispositions de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998. En Aquitaine, un deuxième programme a été mis en œuvre à partir de 2005.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a confirmé le caractère prioritaire de l'objectif d'accès à la prévention et aux soins des populations en situation de précarité sociale et économique, en inscrivant le PRAPS comme programme obligatoire dans les plans régionaux de santé publique.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires crée les Agences régionales de santé et leur confie l'élaboration et la mise en œuvre de la politique régionale de santé. Cette politique est définie dans le projet régional de santé (PRS) composé :

- > du plan stratégique régional de santé (PSRS),
- > des trois schémas organisant la prévention et la veille sanitaire (PRS), l'offre de soins (SROS) et l'offre médico-sociale (SROMS),
- > d'un ensemble de programmes, dont certains, comme le PRAPS, sont obligatoires.

L'Etat ayant confié aux Agences régionales de la santé, parmi d'autres missions de santé publique, la réduction des inégalités de santé, le PRAPS est ainsi un des programmes dont les enjeux sont particulièrement importants. Il doit définir et organiser les actions permettant d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis et les inscrire dans les trois priorités transversales définies au niveau national :

- > améliorer l'espérance de vie en bonne santé,
- > développer un système de soins et de santé de qualité, accessible à tous et efficient,
- > promouvoir l'égalité devant la santé.

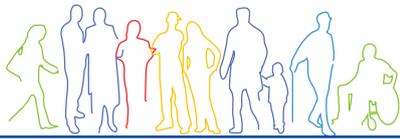
2. LA POPULATION VISÉE AU NIVEAU NATIONAL

L'accent étant mis sur les inégalités socio-économiques, les termes « publics les plus démunis » désignent les personnes situées au plus bas de l'échelle sociale, caractérisées par un cumul de facteurs défavorables (sur le plan des revenus, du logement, de l'emploi, mais également sur le plan psychologique, culturel, et de l'isolement social...). Il existe d'autres facteurs de fragilité influant sur l'accès à la prévention et aux soins, comme le handicap ou le grand âge, mais ces facteurs ne rentrent pas a priori dans ceux qui définissent les publics « démunis » au sens des textes sur le PRAPS.

Une liste des publics concernés par le PRAPS est proposée dans le texte de cadrage national, qui précise toutefois qu'elle n'est pas exhaustive. Il s'agit des :

- > personnes sans domicile fixe, vivant en squats, jeunes en errance
- > migrants âgés en foyers de travailleurs,
- > étrangers en situation irrégulière,
- > personnes en situation de prostitution,
- > détenus, sortants de prison,
- > gens du voyage,
- > saisonniers,
- > personnes âgées ou familles monoparentales à faible revenu...

Une première difficulté réside dans une connaissance imprécise du nombre et de la répartition de la plupart des publics définis ci-dessus. Les données statistiques sont



en effet le plus souvent parcellaires, même s'il existe de nombreuses études et témoignages sur la réalité des difficultés rencontrées.

La deuxième difficulté consiste à entrer en contact et à établir des liens avec ces publics, du fait même de leur éloignement des dispositifs. Les générations précédentes des PRAPS et les études sur cette thématique ont permis de catégoriser les freins à l'accès à la prévention et aux soins de ces publics.

- > Les renoncements aux soins, qui peuvent être liés à des difficultés financières (revenus, ticket modérateur, dépassements d'honoraires, accès à une complémentaire ou à l'AME), à l'isolement social et/ou géographique, à la méconnaissance du système de santé (complexité du système, manque d'information sur les droits inhérents aux couvertures complémentaires), au manque de confiance dans l'institution sanitaire, à des problèmes d'ordre culturel...
- > Les refus de soins de la part de certains professionnels.
- > Le déficit concernant l'offre de soins et de prévention dans certains secteurs ainsi que l'offre et l'accès aux établissements sociaux et médico-sociaux.

3. LES « NOUVEAUX PRAPS »

Contrairement aux générations précédentes de PRAPS, qui se sont centrées sur la prévention et l'accès aux soins, le nouveau PRAPS doit se décliner à travers les trois schémas régionaux et s'intéresser de fait à l'ensemble du parcours de santé et de prise en charge sanitaire et médico-sociale des plus démunis.

Cette approche transversale doit donc permettre d'inscrire la réduction des inégalités sociales de santé dans tous les schémas et programmes de l'ARS, mais également dans les planifications et programmes de ses partenaires. L'élaboration et la mise en œuvre du PRAPS doit donc s'appuyer sur la synergie de l'ensemble des institutions sanitaires, sociales et médico-sociales. Il s'agit bien d'articuler l'intervention :

- > des organisations et professionnels visés dans les trois schémas,
- > des organismes d'Assurance Maladie,
- > de la santé scolaire et de la santé au travail,

> des secteurs de la cohésion sociale, de l'emploi, de l'hébergement et du logement, de l'intégration des personnes immigrées,

> des collectivités territoriales, en particulier au titre de la PMI.

Les commissions de coordination des politiques publiques dans le champ de la prévention et dans celui du médico-social sont des instances au sein desquelles ces collaborations peuvent se construire ou se renforcer.





Le PRAPS en Aquitaine



Sommaire

- 1 Le diagnostic régional 11
- 2 Axes et objectifs 18
- 3 Thèmes prioritaires 19
- 4 Déclinaison des objectifs
au niveau régional et territorial 29
- 5 Les modalités de mise en œuvre 43
- 6 Le suivi et l'évaluation 45

Outre les éléments de cadrage national à prendre en considération, le PRAPS Aquitaine doit traduire de manière opérationnelle les quatre orientations stratégiques prioritaires et transversales retenues dans le PSRS pour l'organisation de la politique de santé en Aquitaine :

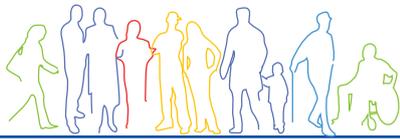
Orientation n°1 : Développer la prévention dans un objectif de réduction des inégalités de santé

Orientation n°2 : Favoriser un accès pertinent et équitable aux soins et aux prises en charge médico-sociales

Orientation n°3 : Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises

Orientation n° 4 : Améliorer la transversalité, la lisibilité, la cohérence et la capacité d'adaptation du système de santé régional

Les travaux d'élaboration du PRAPS se sont appuyés sur les préconisations issues du guide méthodologiques national, adaptées au contexte aquitain. Ils ont également fait une place importante à la concertation : enquêtes, réunions territoriales avec les acteurs et ont bénéficié de l'expertise et de la forte implication des membres du Comité de pilotage (cf. annexe 3 p.53).



1. LE DIAGNOSTIC RÉGIONAL

Le diagnostic régional préalable à la définition du plan stratégique régional de santé souligne qu'un Aquitain sur 8 vit sous le seuil de pauvreté. La région se caractérise par une proportion de minima sociaux supérieure à la moyenne nationale : début 2008, 3.3 % des Aquitains bénéficient d'un des trois principaux minima sociaux (AAH, allocation parent isolé, RMI). De nombreux indicateurs de santé révèlent une différence en fonction de la situation socio-économique. L'obésité, par exemple, augmente plus rapidement chez les inactifs, les ouvriers et les employés que dans les autres classes sociales et ce dès l'enfance, comme le montrent les résultats du bilan de santé réalisé lors de la 6^e année : la proportion d'enfants en surpoids est plus élevée chez les élèves issus des milieux les moins favorisés. Même quand il s'agit des malades, l'accès à l'éducation thérapeutique dépend du niveau social. Les modifications récentes des modalités de prise en charge des traitements et des transports conduisent à un accroissement du « reste à charge », qui peut entraîner une précarité grandissante des malades et un non recours aux soins. Le niveau de revenus est donc un des facteurs importants de l'accès aux soins. Pour mieux en tenir compte, l'Observatoire régional de la santé a réalisé une typologie cantonale, mettant en évidence les inégalités socio-sanitaires de la région. Elle est basée sur 17 indicateurs décrivant la population et les conditions de vie, l'offre de soins et la mortalité. L'analyse statistique a conduit à déterminer cinq classes de cantons. Ces travaux doivent permettre d'affiner la stratégie de déploiement des actions sur les territoires de santé.

L'accès aux droits et aux soins

La CMU

La couverture maladie universelle (CMU) de base permet l'accès à l'Assurance Maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'ont pas droit à l'Assurance Maladie à un autre titre. La proportion des Aquitains bénéficiant de la CMU (5.4 %) est inférieure à la moyenne nationale, mais cette situation n'est pas homogène au sein de la région.

La CMU-C

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ouvre le droit à une protection complémentaire santé gratuite. C'est la possibilité d'accéder aux médecins, à

l'hôpital, etc. sans dépense à charge et sans avance de frais. La CMU complémentaire est accordée pour un an sous conditions de ressources. L'ensemble des ressources du foyer des 12 mois précédant la demande est pris en compte et ne doit pas dépasser un plafond. Plusieurs travaux notamment de l'IRDES et de Médecins du Monde montrent qu'existe un refus de soins de la part de certains médecins envers des bénéficiaires de la CMU-C.

Fin 2009, 157 500 Aquitains sont couverts par ce dispositif, soit 4.9 % de la population régionale. Ce taux, inférieur à la valeur moyenne nationale (5.7 %), classe l'Aquitaine au 8^e rang des plus faibles taux de France métropolitaine. Il existe cependant une hétérogénéité parmi les départements aquitains. Le taux est beaucoup plus faible dans les Landes (4.1 %) et les Pyrénées-Atlantiques (4.4 %) que dans le Lot-et-Garonne (5,7 %) mais aussi la Gironde (5.2 %) et la Dordogne (5 %).

L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)

L'aide à la complémentaire santé consiste en une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'Assurance Maladie complémentaire de santé individuel. Cette aide s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 26 %. Le bénéficiaire obtient une attestation qui ouvre droit à une réduction sur le montant du contrat santé individuel. Le montant de l'aide à la complémentaire santé est plafonné au montant de la cotisation ou de la prime due. Il varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer couvert par le contrat. En 2010, près de 633 000 bénéficiaires de l'attestation de l'ACS sont dénombrés en France. Une étude de l'IRDES montre que le recours à ce dispositif reste faible. Elle indique que l'ACS est un dispositif compliqué qui touche difficilement sa cible et inversement que de nombreuses personnes ayant déposé un dossier n'ont pas été éligibles à cette aide. Il n'existe pas de données régionales concernant l'ACS.

Les dispositifs relatifs aux étrangers

L'état de santé des migrants étrangers est fragilisé par des facteurs de vulnérabilité, tels les traumatismes de l'exil, les persécutions dans le pays d'origine, l'exclusion juridique, administrative et sociale dans le pays d'accueil, les difficultés de communication d'ordre linguistique. Le statut du séjour conditionne l'accès au droit des étrangers. résident : l'assurance maladie et la CMU complémentaire aux personnes justifiant d'une résidence régulière et aux demandeurs d'asile. L'aide médicale d'État est accordée aux personnes pouvant justifier d'une résidence habituelle depuis plus de trois mois. En Aquitaine en 2010, les

préfectures ont reçu 544 premières demandes de protection internationale, permettant dans la plupart des cas l'obtention d'une autorisation provisoire de séjour valable un mois et du formulaire de demande d'asile. D'après les statistiques de l'office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA), l'Aquitaine apparaît comme une région recevant peu de demandes (1.4 % des premières demandes en France et 2.7 % hors Île-de-France).

L'Aide Médicale d'État (AME) aux étrangers en situation irrégulière

L'Aide Médicale d'État (AME) vise à permettre l'accès aux soins des personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, mais qui sont en situation irrégulière (absence de titre de séjour ou de récépissé de demande). À titre exceptionnel, l'aide médicale peut être accordée à des personnes de passage sur le territoire français dont l'état de santé le justifie (maladie ou accident survenu de manière inopinée), sur décision individuelle du ministre chargé de l'action sociale. La demande d'aide médicale est instruite par les caisses d'Assurance Maladie du régime général. L'aide médicale est accordée pour un an sous les mêmes conditions de ressources que la CMU complémentaire. En principe, les soins de maladie et de maternité sont pris en charge à 100 % pour les bénéficiaires de l'AME, de même que le forfait hospitalier, toutefois, pour pouvoir bénéficier des prestations de l'AME, les personnes devront payer 30 € par an à l'exception des enfants mineurs qui en sont exonérés (un décret, à paraître, doit prévoir les conditions d'acquiescement de ce droit). La prise en charge des soins hospitaliers dont le coût dépasse 15 000 € est soumise à l'accord préalable de la caisse d'Assurance Maladie, sauf pour les soins délivrés aux enfants mineurs, et les soins devant impérativement être réalisés 15 jours au plus tard après leur prescription.

Plus de 200 000 personnes ont eu accès à l'aide médicale d'État en 2010 en France. Des centres de santé gérés par des associations humanitaires accueillent des personnes qui ne bénéficient pas ou pas encore de l'AME. Ces associations perçoivent généralement des subventions de l'État. Ces données ne sont pas régionalisées.

Les soins urgents aux étrangers en situation irrégulière

Le dispositif des soins urgents concerne également les étrangers en situation irrégulière mais qui ne bénéficient pas de l'AME. Il est limité aux soins urgents dont l'absence mettrait en danger le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de la santé de

la personne ou de l'enfant à naître. Les soins sont dispensés dans les établissements de santé, publics ou privés, soit dans le cadre d'une hospitalisation soit dans le cadre des consultations externes, y compris la délivrance des médicaments. Il n'existe pas de données régionales sur la délivrance de ces soins.

Le Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées (PRIPI)

Les travaux menés par la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale lors de l'élaboration du programme régional d'intégration des populations immigrées (PRIPI) d'Aquitaine, permettent d'estimer à 90 000 le nombre de personnes concernées. Parmi elles, 60 % sont de nationalité étrangère hors Union européenne. Les personnes ressources rencontrées dans le cadre de ces travaux font état de problèmes de santé spécifiques (notamment saturnisme, diabète, obésité, VIH), de problèmes de malnutrition d'enfants et d'adultes et de dénutrition de personnes âgées. Elles mettent également en évidence une offre d'interprétariat insuffisante pour l'accès aux soins, le poids des représentations culturelles freinant l'accès aux soins et à la prévention (dépistage du cancer du sein), le manque de prise en charge par le secteur psychiatrique, l'exposition croissante des femmes migrantes aux violences sexuelles, l'essoufflement de la prévention contre le VIH-sida...

Le dispositif d'accès aux soins de 1^{er} recours

Accès aux soins de premier recours en ambulatoire

Les publics précaires ou les plus en difficulté n'ont pas recours au système de soins selon les mêmes modalités que l'ensemble de la population. Leur recours aux soins est plus tardif, a moins souvent lieu chez les médecins généralistes, encore moins chez les médecins spécialistes. Ces publics s'adressent essentiellement aux établissements hospitaliers.

Les maisons de santé pluridisciplinaires, les pôles de santé constituent une des réponses adaptées à l'accès aux soins de premier recours et à la qualité de l'accès aux soins (parcours des patients, continuité des soins et qualité de la prise en charge). Mais la prise en compte de la dimension accès aux soins des publics en difficulté implique pour la structure un projet de soins intégrant les problématiques et difficultés d'accès aux soins de ces publics.



La création des maisons de santé pluridisciplinaires s'intègre dans le plan national d'équipement en maisons de santé en milieu rural. Le comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire (CIADT) du 11 mai 2010 a décidé du lancement d'un programme national visant à financer 250 maisons de santé pluridisciplinaires sur la période 2010-2013. En Aquitaine, le comité régional de sélection a retenu 18 projets pour les années 2010-2011. Ils sont répartis dans chaque département (5 en Dordogne, 4 dans le Lot-et-Garonne et les Pyrénées-Atlantiques, 3 en Gironde et 2 dans les Landes).

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Les PASS constituent une voie d'accès aux soins dispensés dans les établissements de santé publics et les établissements de santé privés assurant une mission de service public, pour les personnes ne bénéficiant ni de l'Assurance Maladie, ni de la CMU et de l'AME. Les PASS ont pour mission d'accompagner les personnes en situation de précarité dans leur accès au système de santé et dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. En cas de nécessité, les PASS peuvent organiser la prise en charge des consultations à l'hôpital, des examens et des médicaments.

En Aquitaine, 22 permanences existent en 2011, dont la moitié en Gironde (5 à Bordeaux, 1 à Arcachon, 1 à Blaye, 1 à Libourne, 1 à Langon, 1 à Lesparre, 1 à Lormont), 3 en Dordogne (Sarlat, Périgueux, Bergerac), 3 dans le Lot-et-Garonne (Agen, Villeneuve-sur-Lot, Marmande), 2 dans les Landes (Dax et Mont-de-Marsan), 2 dans le territoire Béarn-Soule (Pau et Oloron-Sainte-Marie) et 1 dans le territoire de Navarre-Côte basque (Bayonne). La prise en charge est assurée par des assistants sociaux, qui travaillent parfois avec des professionnels de santé (médecins, infirmiers) ou des psychologues. Les PASS d'Aquitaine sont majoritairement installées au sein de centres hospitaliers publics mais en Gironde deux le sont dans des cliniques (Lesparre-Médoc et Lormont) et une a la particularité d'être délocalisée dans deux accueils de jour de l'association Emmaüs 33-Urgence sociale. Ces lieux sont bien identifiés par les gens de la rue et les grands précaires qui viennent y chercher une aide, un conseil, un secours (alimentaire ou autre).

Les équipes mobiles de psychiatrie précarité (EMPP)

Les équipes mobiles de psychiatrie précarité (EMPP) ont été créées pour répondre aux besoins des personnes en situation de précarité et d'exclusion. La souffrance psychique, voire des troubles réactionnels, sont souvent présents chez ces personnes. L'exclusion révèle des troubles

psychiatriques sous-jacents et génère une souffrance psychique. Les équipes interviennent au plus près des lieux de vie des personnes défavorisées. Leur première mission vise l'identification des besoins non repérés ou non pris en charge dans les dispositifs de droit commun puis l'orientation, les modalités d'accueil et de suivi. Les EMPP interviennent également auprès des travailleurs sociaux et équipes médicosociales qui accompagnent les personnes, pour les former et conseiller à la prise en charge des troubles psychiques. Les EMPP travaillent dans le cadre de partenariats, avec les autres acteurs du champ sanitaire, notamment les services d'urgence, le dispositif social et médicosocial, au sein même du dispositif de soins psychiatriques.

En Aquitaine, il existe trois EMPP, (Bordeaux, Dordogne et Pyrénées-Atlantiques). Deux créations viennent d'être décidées (Dax et Mont-de-Marsan). Une équipe mobile de rue sera également financée à Mont-de-Marsan.

Les personnels des « pôles de santé publique » landais, créés il y a une quinzaine d'années pour jouer le rôle d'équipe mobile santé-précarité, sont en cours de rattachement fonctionnel aux deux PASS de Mont-de-Marsan et de Dax, pour compléter les équipes et être intégrés dans les objectifs opérationnels de ces deux services.

Les associations

Parmi les associations intervenant dans l'accès aux droits et aux soins, il faut citer Médecins du Monde. En Aquitaine, l'association a des antennes à Bordeaux, Pau et Bayonne. Deux centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) ont été créés à Bordeaux et à Pau. Ces centres sont des lieux d'accueil à bas seuil d'exigence où les personnes en situation de précarité peuvent accéder à des consultations médicales, sociales et dentaires gratuites, sans exigence préalable, à un accueil, une écoute, à la prévention et aux soins adaptés à leur état. Ils proposent des consultations sur site, mais aussi des actions « hors les murs » allant au devant des populations en situation de grande précarité. Ils s'adressent notamment à des personnes étrangères comme l'action « ROM » menée par Médecins du Monde à destination des personnes roumaines ou bulgares (environ 600 personnes rencontrées).

Au niveau national, deux dispositifs ont été expérimentés pour faciliter la prise en charge des personnes migrantes qui ne maîtrisent pas la langue française et méconnaissent le système sanitaire et social :

Les médiateurs en santé publique

Les difficultés d'accès aux soins des publics en situation précaire sont alourdies pour les personnes migrantes qui ignorent ou ne maîtrisent pas l'organisation du système de santé et peuvent vivre des situations de défiance à l'égard du système existant. Ce décalage entre l'accès aux structures de prévention, au dépistage et aux soins a été mis en avant par des études concernant les migrants africains et le VIH-sida. Le programme national de lutte contre le VIH a retenu dans ses priorités de réduire l'écart entre les personnes migrantes et la population française. C'est dans ce cadre qu'a été lancée une expérience de formation et suivi de médiateurs en santé publique. L'Aquitaine n'a pas fait partie des sites pilotes.

L'interprétariat professionnel

En cas de difficulté de communication linguistique, la présence d'un interprète professionnel est toujours préférable à celle d'accompagnants qui manquent souvent de la neutralité et des connaissances techniques nécessaires.

Depuis de nombreuses années, l'association Mana à Bordeaux a développé une spécificité d'interprétariat. Des interprètes médiateurs sont formés dans le domaine du soin et de la psychothérapie. Ils interviennent dans les consultations médicales, sociales et psychologiques à l'hôpital et à la demande de professionnels et de structures. Cette activité s'est développée et a donné lieu à l'établissement de conventions favorisant le travail en réseau intrahospitalier mais aussi avec des organismes extérieurs.

Le dispositif d'accompagnement médicosocial dédié aux personnes en situation de précarité

Les lits halte soins santé (LHSS)

Les lits halte soins santé ont été mis en place en 2006 afin de dispenser des soins aux personnes sans domicile en situation de précarité. Ils ne se substituent pas à l'hôpital et ne sont pas dédiés à une pathologie donnée. Ils sont destinés à l'accueil temporaire des personnes sans domicile, quelle que soit leur situation administrative, dont l'état de santé ne justifie pas une hospitalisation mais nécessite une prise en charge adaptée. Au cours du séjour, qui doit rester inférieur à deux mois sauf conditions particulières, un parcours de sortie doit être recherché : appartement de coordination thérapeutique, maisons-relais, centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)... Ils peuvent être installés dans un lieu unique ou dans plusieurs sites, dédiés ou pas à cette prise en charge, notamment en CHRS. Ouverts 24 heures sur 24, ils offrent un héberge-

ment, des soins médicaux et paramédicaux, un suivi thérapeutique, un accompagnement social, des prestations d'animation et d'éducation sanitaire. La structure LHSS établit une convention avec les établissements de santé généraux et ayant une activité de psychiatrie de la zone géographique. Une étude de ce dispositif a été mise en place dès 2006 et met en évidence que les LHSS sont occupés de façon durable par une population extrêmement marginale atteinte de pathologies chroniques de pronostic sombre (Korsakov, Alzheimer, schizophrénie, psychose, cancers évolués...) qu'aucune structure (établissements pour adultes handicapés, services de soins de suite et de réadaptation) ne prend en charge car les patients sont trop jeunes et/ou trop désocialisés. Une expérimentation de trois ans a été décidée en 2009 afin de mieux répondre à ce public, sous la forme de 45 lits d'accueil médicalisés (LAM), répartis sur trois sites en France. (L'Aquitaine n'est pas concernée par cette expérimentation).

En Aquitaine, depuis la mise en place du dispositif en 2006, 36 lits halte soins santé ont été financés, répartis dans chacun des six territoires de santé (5 en Dordogne, 14 en Gironde, 2 dans les Landes, 5 en Lot-et-Garonne, 7 en Béarn-Soule et 5 en Navarre-Côte Basque).

Les appartements de coordination thérapeutique (ACT)

Les ACT sont des hébergements pour des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale, dont l'état de santé nécessite des soins et un suivi médical. Ce dispositif est créé pour assurer le suivi et la coordination des soins, garantir l'observance des traitements et permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.

En 2011, 8 services d'appartements thérapeutiques sont ouverts en Aquitaine, pour un total de 63 places : 5 en Dordogne (Brantôme), 27 en Gironde (24 à Bègles et 3 à Bordeaux), 8 dans les Landes (Mont-de-Marsan), 10 en Lot-et-Garonne (Agen), 9 en Béarn-Soule (Pau) et 6 en Navarre-Côte Basque (Bayonne).

Le dispositif d'accompagnement vers le logement

Les personnes sans domicile forment une population hétérogène, faiblement définie juridiquement et difficilement quantifiable. Dans son rapport annuel 2011 sur l'état du mal logement en France, la Fondation Abbé Pierre, se basant sur les travaux de l'Insee et les statistiques de la direction générale de la cohésion sociale, estime à 685 000 le nombre de personnes non ou très mal logées en France. Parmi elles, 133 000 sont sans domicile (en-



quête Insee 2000), 85 000 dans un habitat de fortune, 38 000 dans des chambres d'hôtels, 18 000 en résidence sociale, auxquelles s'ajoutent 410 000 personnes en hébergement « contraint » chez des tiers, faute de solution de logement adapté à leurs besoins. L'enquête logement de l'Insee de 2006 indique que plus de 2 millions de personnes vivent dans des logements inconfortables et 800 000 dans des logements surpeuplés. Même si elles sont parcellaires, plusieurs enquêtes nationales et internationales démontrent que la prévalence des pathologies est plus élevée chez les personnes sans domicile que chez les autres et augmente avec la durée passée dans la rue. À titre d'exemple, le taux de déclaration de tuberculose chez les sans domicile fixe était vingt fois plus élevé que celui de la population générale (2006, INVS). L'enquête SAMENTA sur la santé mentale et les addictions des personnes sans logement, menée par l'observatoire du Samu social de Paris et l'Inserm en 2009, montre qu'environ un tiers des personnes sans logement en Île-de-France présente une pathologie psychiatrique sévère (psychose, état dépressif majeur, anxiété). Une proportion semblable présente une dépendance ou une consommation régulière de substances psychoactives. Les difficultés d'accès aux soins de ces personnes sont bien décrites. Les analyses font état de dysfonctionnements entre le dispositif et les possibilités de ces personnes pour y accéder. Il s'agit par exemple de la difficulté de présenter des papiers justifiant de leur affiliation à un régime d'assurance maladie pour des personnes exposées à la perte ou au vol, de la crainte des professionnels de santé de ne pas obtenir le recouvrement des frais avancés, des délais d'attente dans les services hospitaliers, du découragement des professionnels face à des personnes réitérant leur passage aux urgences, etc.

Différents travaux récents pointent des problématiques aiguës sur certains groupes, les jeunes en errance, notamment à la sortie des dispositifs d'aide sociale à l'enfance, les femmes, les immigrés qui représentaient en 2001 selon l'Insee un tiers des sans domicile, les personnes vieillissantes. Une autre problématique est également soulevée concernant le milieu rural. En effet, les travaux portant sur les personnes sans domicile se sont concentrés jusqu'ici sur le milieu urbain.

Un Samu social existe à Bordeaux depuis la fin des années 1990. Il intervient, grâce à deux véhicules, dans tout le territoire de la Communauté urbaine de Bordeaux suivant les signalements des personnes en difficultés (via le 115) mais aussi pour aller voir des personnes connues en situation d'urgence sociale qui ne fréquentent pas ou très rarement les centres d'hébergement ou accueils de jour. En 2010, le Samu social a rencontré plus de 2 000

personnes et réalisé 13 800 accueils.

La loi n°2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion prévoit la mise en place des plans départementaux d'accueil, d'hébergement et d'insertion des personnes sans domicile (PDAHI) et de services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO).

Les services de la Cohésion sociale de chaque département ont donc élaboré un PDAHI, en cohérence avec les PDALPD (Plans Départementaux d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées) afin d'assurer la continuité et la fluidité des parcours d'insertion des personnes sans ou mal logées vers le logement.

Le SIAO a quant à lui pour vocation de simplifier les démarches d'accès à l'hébergement et au logement, de traiter avec équité les demandes, de coordonner les différents acteurs de la veille sociale et de l'accès au logement et de contribuer à la mise en place d'observatoires locaux.

L'accès à la prévention

Les actions de prévention en direction des personnes les plus démunies s'inscrivent dans le volet prévention et promotion de la santé du schéma régional de prévention. Elles se caractérisent par une adaptation des méthodes d'intervention et des outils employés, mais poursuivent les mêmes objectifs, à savoir diminuer l'impact des comportements à risque et des maladies chroniques, en :

- > agissant sur les déterminants communs,
- > favorisant l'accès aux soins précoces
- > favorisant l'accès à l'éducation thérapeutique.

De nombreux opérateurs interviennent auprès de publics en situation de précarité. C'est le cas, notamment :

- > de nombreuses associations spécialisées en éducation pour la santé ou sur les différentes thématiques prioritaires,
- > des acteurs de santé-environnement, en matière de lutte contre l'habitat insalubre,
- > des acteurs du dépistage des cancers,
- > des acteurs de la périnatalité (Conseils généraux-PMI, établissements de santé, réseaux),
- > des acteurs de l'éducation (Education nationale...),
- > des municipalités (Ateliers santé ville, villes actives PNNS...),
- > des conseils généraux (PMI, RMI, personnes âgées, handicap...),

> des organismes d'Assurance Maladie (centres de santé, services attentionnés ...),

L'analyse des besoins

L'étude menée sur les besoins des opérateurs de prévention par le pôle régional de compétence en éducation pour la santé¹ montre que 60 % des répondants déclarent que leurs actions s'inscrivent dans une contribution à l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis. Ils sont 87 % (140/161 répondants) à répondre qu'au moins une des actions qu'ils développent s'adresse à des personnes en situation de précarité. Dans les territoires très urbanisés, il s'agit plutôt de personnes sans chez soi, jeunes en errance, résidents âgés en foyer de travailleurs migrants ou en résidences sociales, étrangers en situation irrégulière, personnes en situation de prostitution... Dans les autres territoires, il s'agit davantage de publics ayant déjà un certain niveau d'accès aux soins mais rencontrant des difficultés financières entraînant un renoncement aux soins (personnes âgées ou familles monoparentales à faible revenu, gens du voyage, saisonniers...).

Interrogés sur les caractéristiques des actions mises en œuvre au regard de critères de qualité, ces opérateurs jugent très majoritairement (plus de 85 %) que leur intervention permet totalement ou en partie l'expression des préoccupations, des besoins du public et leur prise en compte et s'inscrit dans une réponse plus globale aux besoins des personnes (liens avec partenaires sociaux, médicaux...).

Pour les autres critères, l'insatisfaction est plus importante :

- > 20 % des répondants pensent que leurs actions ne sont pas assez accessibles sur le plan géographique ou qu'elles ne peuvent pas du tout ou pas suffisamment être modifiées à la demande des publics,
- > Entre 35 et 45 % estiment que leurs actions ne favorisent pas du tout ou pas suffisamment la participation active des publics ou l'intégration des publics dans d'autres activités, ne s'appuient pas du tout ou pas assez sur des médiateurs culturels, ou n'impliquent pas du tout ou pas suffisamment l'entourage des participants.

Les opérateurs expriment des besoins en termes de visibilité des actions, d'accessibilité (au droit commun, actions mobiles, transports des publics, interventions d'interprètes, adaptation des méthodes et des outils...). Ils signalent également l'insuffisance de l'offre (moyens humains des PASS, déficit en centres d'hébergement, lits d'accueil médicalisés, EMPP, consultations gynécologiques...) et de

la coordination des acteurs, garante de la cohérence des actions sur un territoire.

Les décideurs de santé publique, chefs de projet de l'ARS et partenaires, plaident pour le développement de la transversalité et des coopérations entre institutions (Etat et collectivités territoriales), qui se traduirait par une plus grande efficacité. L'articulation des politiques permettrait également une meilleure lisibilité, renforcerait la traçabilité et la valorisation des actions avec pour conséquence un meilleur accès aux dispositifs. Ils souhaitent aussi un approfondissement des connaissances des populations les plus démunies et de leurs besoins.

Pour chaque thématique de santé, l'accent est mis sur les freins à l'accès aux soins liés à la précarité et aux articulations insuffisantes entre les politiques :

Périnatalité :

la précarité est responsable d'une augmentation de fréquence des pathologies périnatales et en particulier de la prématurité. De plus, les situations de femmes sortant de maternité sans logement augmentent. L'implication des collectivités territoriales et des services de la Cohésion Sociale pourrait permettre de multiplier les leviers sur les questions de logement et d'hébergement qui affectent tout particulièrement les problématiques relevant de la petite enfance. Par ailleurs, ces femmes ne sont pas toujours repérées par les équipes soignantes.

Nutrition :

les inégalités sociales s'expriment tôt et de manière visible à travers l'état nutritionnel. Toutes les études montrent que les populations en difficulté présentent le taux d'obésité et de surcharge pondérale le plus important. La prise en compte de la précarité nécessite une mutualisation ainsi qu'une articulation des ressources en commençant par les dispositifs d'aide alimentaire.

Santé mentale :

les personnes en situation de grande vulnérabilité, notamment celles qui sont sans domicile, souffrent fréquemment de pathologies psychiatriques non dépistées. Elles doivent pouvoir bénéficier de mesures spécifiques pour l'accès aux dépistages, aux soins et à l'offre médicosociale. Dans ce cadre, le développement d'équipes mobiles psychiatrie - précarité et/ou PASS spécifiques à la psychiatrie sont des mesures à développer dans chaque territoire de santé.

¹ Ces données sont tirées de la synthèse de l'enquête « Besoins des opérateurs dans le cadre de l'élaboration du Schéma Régional de Prévention et du PRAPS en Aquitaine ».



Cancers :

l'augmentation du nombre de prises en charge tardives sur des cas avancés traduit les limites des politiques en matière de dépistage ; on peut également y déceler les conséquences d'une paupérisation grandissante.

Personnes âgées dépendantes et ou en grande précarité :

les dispositifs existants (aide à domicile, EHPAD) sont difficilement accessibles aux personnes âgées avec de petits revenus et/ou désocialisées.

Etrangers sans papiers :

l'accès aux droits et aux soins est de plus en plus difficile à mettre en œuvre.

Le public retenu

Lors des différentes concertations menées en Aquitaine, notamment lors des réunions du comité de pilotage réalisées dans le cadre de l'élaboration du PRAPS, **outre les publics visés au niveau national (cf. page 6), il a été décidé de mettre l'accent sur les problématiques des jeunes en grandes difficultés et des travailleurs pauvres.**

Il est important de préciser que les actions indiquées dans le PRAPS ne ciblent pas de publics particuliers afin d'en oublier aucun et de permettre une adaptation des actions aux contextes territoriaux.

2. AXES ET OBJECTIFS

La finalité du PRAPS est de permettre aux personnes les plus démunies d'accéder au système de santé. Cela passe par la mise en œuvre d'actions et de dispositifs spécifiques dans les domaines de l'accès aux droits, l'accès à la prévention, l'accès aux soins et à la prise en charge médico-sociale. Les textes de cadrage, l'évaluation des précédentes générations de PRAPS, l'état des lieux et les concertations régionales et territoriales montrent la nécessité d'une approche globale de la santé, prenant en compte ses principaux déterminants.

Dans cette période de crise économique, le nombre des personnes en difficulté ne cesse malheureusement de croître et même parmi les salariés, la précarité et les difficultés économiques progressent. L'ensemble de la politique de santé publique doit s'attacher à diminuer les inégalités sociales de santé, objectif qui ne peut reposer sur le seul PRAPS. C'est donc l'ensemble des actions de prévention et de promotion de la santé qui doivent s'adresser en grande partie aux personnes éloignées des dispositifs sanitaires et sociaux. Parallèlement, il est demandé au PRAPS de ne plus se focaliser sur la prévention et l'accès aux soins, mais de renforcer sa transversalité entre les trois schémas qui composent le Projet régional de santé (prévention, soins ambulatoires et hospitaliers, médico-social).

Bien entendu, il convient de renforcer l'articulation avec l'ensemble des partenaires de l'ARS (services de l'Etat, collectivités territoriales, Assurance Maladie, URPS, conseil de l'ordre, acteurs de prévention...) et de veiller à maintenir le lien avec la Cohésion sociale.

Les états des lieux établis pour la préparation du Plan stratégique régional de santé et pour l'élaboration du Schéma régional de prévention et du PRAPS, ainsi que les concertations territoriales et régionales ont montré que les problématiques rencontrées par les acteurs œuvrant auprès des populations en situation de précarité sont semblables sur tous les territoires. Les difficultés d'accès à la prévention et aux soins sont fortement liées à :

- > l'insuffisance des échanges et de la coordination entre les politiques et entre les acteurs,
- > le déficit de l'offre de prévention et de soins somatiques et psychiques dans certaines zones géographiques, posant notamment la question du transport dans les zones rurales,
- > l'inadaptation de l'accueil des personnes en situation de précarité et aux difficultés de communication (manque

de formation, de relais communautaires...),

- > la faiblesse des moyens pour les dispositifs spécifiques, notamment pour aller au devant des personnes et des populations les plus démunies,
- > la faiblesse de l'articulation des dispositifs spécifiques à la précarité et des acteurs de premier recours,
- > la méconnaissance des dispositifs et des acteurs par les personnes en difficulté et par les professionnels qui pourraient les orienter ou les accompagner.

Si les difficultés rencontrées sont comparables d'un territoire à l'autre, elles concernent des populations très différentes et sont inégalement réparties au sein d'un même territoire. Le Comité de pilotage du PRAPS a validé le principe d'une approche territorialisée, à partir d'un cadre régional dans lequel les actions soutenues devront s'inscrire. Le PRAPS se décline ainsi en deux axes et huit objectifs.

Les conférences de territoire peuvent se saisir de ces axes et objectifs pour la réalisation des programmes territoriaux.

Les axes et objectifs du PRAPS

Axe 1 : Agir sur le système, les stratégies et les dispositifs

Cet axe s'adresse aux décideurs de santé publique et à leurs partenaires institutionnels

- > **Objectif 1 : Améliorer l'accès des personnes les plus démunies à la prévention, aux droits et à une offre de soins et médico-sociale.**

La fiche action 1 détaille les actions à mettre en place pour optimiser l'accès au parcours de santé des plus démunis. Elle vise particulièrement les dispositifs inscrits dans le SROS et le SROMS. Il s'agit d'adapter au mieux avec les moyens disponibles les dispositifs aux besoins des populations les plus démunies.

- > **Objectif 2 : Améliorer la coordination entre les institutions impliquées dans la santé des plus démunis.**

La fiche action 2 propose des actions de coordination dépassant le cadre d'action de l'ARS. Elle vise l'harmonisation des politiques, en particulier avec les services de la cohésion sociale, la mise en œuvre d'instances de pilotage et d'évaluation pour ce qui concerne la santé des plus démunis.



Axe 2 : Agir auprès des personnes les plus démunies

Cet axe s'adresse à toutes les structures et établissements qui ont pour mission de promouvoir, d'améliorer ou de maintenir la santé de la population.

> Objectif 3 : Accueillir et accompagner les personnes les plus démunies dans leur parcours de santé.

La fiche action 3 détaille les actions que les structures peuvent mettre en œuvre pour garantir un accès effectif aux droits, à la prévention, aux soins et à la prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes les plus démunies qui s'adressent à elles.

> Objectif 4 : Aller à la rencontre des personnes démunies les plus éloignées du système sanitaire et social.

La fiche action 4 propose des actions permettant de rejoindre les personnes démunies qui ne fréquentent pas les dispositifs de prévention, de soins et d'accompagnement médico-social.

> Objectif 5 : Permettre aux personnes les plus démunies de se positionner comme actrices de leur santé.

La fiche action 5 propose d'expérimenter des actions permettant la participation effective des personnes les plus démunies aux actions en faveur de leur santé

> Objectif 6 : Coordonner les acteurs et les actions au niveau des territoires d'intervention.

La fiche action 6 détaille les actions à mettre en place en matière de coordination technique à l'échelle d'un territoire d'intervention (territoire de santé ou territoire infra-territorial).

3. THÈMES PRIORITAIRES

Les thèmes prioritaires retenus par l'agence régionale de santé d'Aquitaine seront notamment :

- > La périnatalité des femmes isolées
- > L'obésité de l'enfant et de l'adulte,
- > Les addictions et le dépistage précoce des problèmes de santé mentale,
- > Le renforcement des moyens et de la pluridisciplinarité des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et des équipes mobiles,
- > La systématisation d'une prise en charge bucco-dentaire dans les PASS
- > L'amélioration de la prise en charge des urgences psychiatriques et des pathologies somatiques des personnes en situation de précarité ou de fragilité.

(Cf. annexe 1 pages 48 à 51)

Axe 1 : Agir sur le système, les stratégies et les dispositifs

FICHE ACTION N°1

> Objectif 1 : **AMÉLIORER L'ACCÈS DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES À LA PRÉVENTION, AUX DROITS ET À UNE OFFRE DE SOINS ET MÉDICO-SOCIALE.**

> **Acteurs** : ARS et partenaires du SROS et du SROMS, Assurance Maladie, conseil de l'ordre des médecins, URPS, acteurs de prévention et du secteur social

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS	MOYENS NÉCESSAIRES	INDICATEURS D'ÉVALUATION
<p>1. Améliorer l'accès des personnes les plus démunies à l'offre de prévention</p>	<p>Identification des actions spécifiques aux personnes précaires dans chaque domaine prioritaire retenu dans le cadre du SRP</p> <p>Priorisation des publics en situation de précarité dans l'ensemble des thématiques</p> <p>Les thèmes suivants seront traités prioritairement (cf. annexe1 p. 48 à 50):</p> <ul style="list-style-type: none"> - La prévention du surpoids et de l'obésité des enfants et des adultes - Le suivi des grossesses des femmes isolées - La prévention des addictions et le dépistage des problèmes de santé mentale 	<p>Campagne annuelle et conventionnements pluriannuels</p> <p>Outils de suivi des actions destinées au public précaire</p>	<p>% du nombre d'actions destinées au public précaire/ nombre total des actions SRP</p> <p>% du budget des actions destinées au public précaire/budget total des actions SRP</p> <p>% du nombre d'actions destinées au public précaire/nombre total des actions SRP pour chaque thématique</p> <p>% du budget des actions destinées au public précaire/budget total des actions SRP pour chaque thématique</p>
<p>2. Adapter les pratiques des professionnels de santé et du social aux spécificités des plus démunis</p>	<p>Développement de la formation initiale et continue des professionnels et futurs professionnels de santé et du social aux spécificités du public notamment en matière de santé mentale</p> <p>Repérage des problèmes de dépassement d'honoraires et de refus de soins</p> <p>Sensibilisation de l'ensemble des acteurs de soins de premier recours aux difficultés d'accès aux soins des personnes les plus démunies notamment liées aux dépassements d'honoraires et aux refus de soin</p> <p>Conventionnement des maisons de santé pluridisciplinaires sur la prise en charge des plus démunis</p>	<p>Groupe de travail régional avec les organismes de formation (université, conseil de l'ordre, URPS, FMC, IFSI, IRTS,...)</p> <p>Groupe de travail ARS-Conseil de l'ordre-CPAM sur les dépassements d'honoraires et refus de soins</p> <p>Campagne de sensibilisation à destination des professionnels et futurs professionnels</p> <p>Cahier des charges, convention</p>	<p>Nombre d'heures de formation initiale (source : université)</p> <p>Nombre et répartition géographique des acteurs de soins de premier recours sensibilisés et formés (source : organismes de formation continue)</p> <p>% de patients bénéficiaires de la CMU et AME en moyenne par praticien (source: Assurance Maladie)</p> <p>Nombre de refus de soins signalés (sources : conseil de l'ordre, Assurance Maladie, ARS et organismes assurant le suivi des personnes)</p>



Axe 1 : Agir sur le système, les stratégies et les dispositifs

FICHE ACTION N°1 (suite)

> Objectif 1 : **AMÉLIORER L'ACCÈS DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES À LA PRÉVENTION, AUX DROITS ET À UNE OFFRE DE SOINS ET MÉDICO-SOCIALE.**

> **Acteurs** : ARS et partenaires du SROS et du SROMS, Assurance Maladie, conseil de l'ordre des médecins, URPS, acteurs de prévention et du secteur social

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS	MOYENS NÉCESSAIRES	INDICATEURS D'ÉVALUATION
<p style="text-align: center;">3. Améliorer la couverture des besoins en matière de dispositifs spécifiques d'accès aux soins des plus démunis.</p>	Recensement des besoins en matière de dispositifs spécifiques pour l'accès aux droits, aux soins somatiques et psychiques et aux dispositifs médico-sociaux	Réalisation de l'inventaire des études disponibles et lancement d'études complémentaires si nécessaire	Recensement réalisé Existence d'enquêtes Taux d'ayants droits potentiels/taux d'ayants droits effectifs
	Faciliter l'accès aux dispositifs sanitaires et médico-sociaux des personnes en situation de précarité économique	Mobilisation des moyens du SROS, du SROMS et de l'Assurance Maladie pour développer les dispositifs nécessaires et renforcer les équipes existantes	Files actives, taux d'occupation des lits Nombre de personnes non prises en charge par manque de moyens
	Développement des permanences d'accompagnement vers les droits par les institutions concernées	Possibilité de recours à des relais associatifs, médiateurs, interprètes	Nombre de nouvelles personnes prises en charge (source : structures)
	Développement des équipes mobiles (EMPP et autres)		Nombre de nouvelles permanences d'accompagnement vers les droits
	Réorganisation, repositionnement des PASS et développement des consultations médicales pluridisciplinaires et des PASS bucco dentaires (cf. annexe 1 p. 51)		Nombre de PASS médicalisées Nombre de PASS bucco-dentaires
	Développement des consultations sanitaires et sociales dans les établissements ou création de structures types « dispensaires » dans les zones isolées		Nombre d'équipes mobiles (EMPP, PASS mobiles) et d'ACT créés
	Création de places dans le secteur médico-social (cf. annexe 1 p. 50) : ACT, LHSS, FAM, LAM...		Nombre de places créées (LHSS, FAM et LAM)
Expérimentation d'espaces dédiés au bilan, à l'évaluation psychologique et à l'orientation vers les professionnels et structures adaptés (par mutualisation de moyens, partenariats intersectoriels, ...)			

Axe 1 : Agir sur le système, les stratégies et les dispositifs

FICHE ACTION N°2

> Objectif 2 : **AMÉLIORER LA COORDINATION ENTRE LES INSTITUTIONS IMPLIQUÉES DANS LA SANTÉ DES PLUS DÉMUNIS.**

> **Acteurs** : ARS, DRJSCS, DDCS, DRAAF, DIRECCTE, Éducation nationale, Assurance Maladie, Administration pénitentiaire, PJJ, Conseils généraux, Municipalités, ...

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS	MOYENS NÉCESSAIRES	INDICATEURS D'ÉVALUATION
1. Harmoniser les politiques et articuler les moyens au niveau de la région	<p>Définition de la contribution de chaque institution à la réalisation des objectifs du PRAPS</p> <p>Suivi de la mise en œuvre et de l'évaluation du PRAPS par les différentes institutions</p>	<p>Animation du comité de pilotage régional et transversal</p> <p>Production d'un tableau de bord commun aux institutions intervenant auprès de personnes démunies</p> <p>Développement d'outils communs pour l'observation régionale et territoriale</p>	<p>Proportion des institutions impliquées dans le soutien des plus démunis présentes au comité de pilotage</p> <p>Nombre de réunions annuelles</p> <p>Degré de satisfaction des participants quant au pilotage du programme</p> <p>Nombre d'actions soutenues de manière pluri institutionnelle</p> <p>Production d'un rapport d'évaluation et de préconisations pour l'évolution du PRAPS</p> <p>Nombre d'outils régionaux mis en place collectivement (tableau de bord, charte, ...)</p>
2. Définir et déployer dans chaque territoire de santé des stratégies territoriales partagées pour le déploiement du PRAPS	<p>Développement d'une culture partagée, avec les institutions, les acteurs de terrain et représentants d'usagers</p> <p>Amélioration de la connaissance de la précarité dans les territoires : les différentes formes de précarité, leur répartition géographique et populationnelle</p> <p>Suivi de la mise en œuvre du PRAPS par les différentes institutions au niveau de chaque territoire</p>	<p>Comité de pilotage ou groupe de travail territorial et transversal (prévention, soin, médico-social et social)</p> <p>Observation, études</p> <p>Mise en œuvre d'actions sur les zones et auprès des publics prioritaires</p> <p>Plan d'action et tableau de suivi territorial</p> <p>Rencontre annuelle opérateurs / représentants des usagers / décideurs</p>	<p>Nombre de réunions</p> <p>Nombre d'études locales produites sur la précarité</p> <p>Degré de satisfaction des membres des groupes de travail</p> <p>Nombre d'actions mises en œuvre auprès des publics prioritaires</p> <p>Degré de satisfaction des opérateurs engagés dans les actions</p>



Axe 2 : Agir auprès des personnes les plus démunies

FICHE ACTION N°3

> Objectif 3 : **ACCUEILLIR ET ACCOMPAGNER LES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES DANS LEUR PARCOURS DE SANTÉ**

> **Acteurs** : Structures et établissements qui ont pour mission de promouvoir, d'améliorer ou de maintenir la santé de la population ou des plus démunis

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS	MOYENS NÉCESSAIRES	INDICATEURS D'ÉVALUATION
<p>1. Lever les freins à l'accès aux locaux, qu'il s'agisse d'accès géographique, temporel, culturel ou économique</p>	<p>Amélioration de l'accessibilité dans le cadre d'un partenariat local avec les collectivités et les associations concernées</p> <p>Amélioration de l'accès à une couverture complémentaire</p>	<p>Etudes disponibles ou à réaliser, enquêtes auprès des dispositifs et structures financées</p> <p>Locaux accessibles en transports en commun</p> <p>Jours et horaires d'accueil adaptés</p> <p>Moyens de transport pour les personnes isolées</p> <p>Groupe de travail avec les partenaires locaux et/ou régionaux</p> <p>Documents de présentation</p>	<p>Nombre de personnes en situation de précarité accueillies par an</p> <p>Nombre de nouvelles personnes accueillies</p> <p>Degré de satisfaction des usagers sur les conditions d'accès (enquête)</p> <p>Nombre de partenaires informés des conditions d'accès</p>

Axe 2 : Agir auprès des personnes les plus démunies

FICHE ACTION N°3 (suite)

> Objectif 3 : **ACCUEILLIR ET ACCOMPAGNER LES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES DANS LEUR PARCOURS DE SANTÉ**

> **Acteurs** : Structures et établissements qui ont pour mission de promouvoir, d'améliorer ou de maintenir la santé de la population ou des plus démunis

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS	MOYENS NÉCESSAIRES	INDICATEURS D'ÉVALUATION
<p>2. Apporter une réponse de qualité aux besoins des personnes les plus démunies</p>	<p>Amélioration du repérage et de l'accueil des personnes en situation de précarité dans les structures de soins, (notamment les femmes isolées avec enfants), médico-sociales et de protection sociale</p> <p>Développement de l'écoute, de l'aide au bilan personnalisé</p> <p>Information et orientation sur les dispositifs</p> <p>Amélioration de l'accompagnement dans les dispositifs existants, de droit commun et spécifiques pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'ouverture des droits - l'accès aux soins (notamment aux urgences psychiatriques) et aux dispositifs médico-sociaux <p>Soutien de projets d'accueil et de prise en charge (CASO de Médecins du Monde, association d'aide ou d'entraide, CHRS, structures d'hébergement, Pôle santé, « dispensaires », Maison de santé pluridisciplinaire, Associations de prévention)</p>	<p>Formation intersectorielle des personnels au repérage, à l'accueil des personnes en situation de précarité</p> <p>Locaux adaptés à l'activité (entretiens, soins, actions collectives...)</p> <p>Personnel formé à l'écoute et au conseil</p> <p>Personnel qualifié pour apporter les réponses sanitaires, psychologiques et sociales</p> <p>Permanences assurées par du personnel de structures sanitaires ou sociales ou de protection sociale</p> <p>Collaboration avec des relais communautaires, des médiateurs culturels et/ou des interprètes</p> <p>Plan de formation continue des professionnels</p> <p>Matériel de prévention ou de soins adapté</p> <p>Réseau de partenaires permettant la continuité de la prise en charge, médicale, psychique et sociale dans les dispositifs spécifiques et de droit commun</p>	<p>Nombre d'ETP affectés aux différentes missions</p> <p>Nombre d'accueil, d'accompagnements ou d'actes effectués, évolution</p> <p>Degré de satisfaction des usagers (enquête).</p> <p>Nombre d'usagers ayant bénéficié d'une ouverture de droits.</p> <p>Nombre d'usagers orientés ou accompagnés vers une structure de prévention.</p> <p>Nombre d'usagers orientés ou accompagnés vers une structure de soins de premier recours ou en établissement de santé.</p> <p>Nombre d'usagers orientés ou accompagnés vers une structure médico-sociale</p> <p>Nombre de personnes formées dans les équipes</p>



Axe 2 : Agir auprès des personnes les plus démunies

FICHE ACTION N°4

> Objectif 4 : **ALLER A LA RENCONTRE DES PERSONNES DÉMUNIES LES PLUS ÉLOIGNÉES DU SYSTÈME SANITAIRE ET SOCIAL POUR FACILITER LE RETOUR/RECOURS AU DROIT COMMUN**

> **Acteurs** : Structures et établissements qui ont pour mission de promouvoir, d'améliorer ou de maintenir la santé des plus démunis

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS	MOYENS NÉCESSAIRES	INDICATEURS D'ÉVALUATION
<p>Mettre en place des dispositifs itinérants ou des permanences délocalisées</p> <p>Identifier, localiser les personnes, repérer les besoins</p> <p>Se faire connaître et se faire accepter par les personnes et par le tissu socio-familial et le réseau des professionnels de terrain</p> <p>S'inscrire dans une approche globale, médico-psychosociale</p> <p>Informier sur les droits et proposer un accompagnement pour leur (ré-)ouverture</p> <p>Apporter des réponses préventives, sanitaires et/ou sociales à partir des besoins exprimés</p> <p>Accompagner vers les relais du droit commun, ou à défaut vers les dispositifs spécifiques</p>	<p>Développement d'équipes mobiles et de permanences délocalisées (Aller vers, outreach...) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - PASS intervenant hors des murs - Équipe mobile psychiatrie-précarité - Antenne mobile de Médecins du Monde - Bilans de santé délocalisés - Visites à domicile - Dépistage itinérant - Antennes mobiles d'accès aux droits <p>Inscription des équipes dans une démarche de formation continue et d'amélioration permanente des pratiques (analyser réussites et échecs)</p>	<p>Équipes pluridisciplinaires médico-sociales mobiles ou itinérantes (présence d'un interprète, médiateur, écrivain public...)</p> <p>Développement de consultations délocalisées : médicales, psychologiques, sociales</p> <p>Personnels formés aux spécificités des publics concernés et ayant une bonne connaissance des droits, du système sanitaire et social et des dispositifs spécifiques</p> <p>Moyens de transport permettant aux équipes d'effectuer des entretiens individuels et les actes de soins, des visites et des consultations au plus près des personnes</p> <p>Matériel de prévention, de soins adapté aux situations et aux publics</p> <p>Inscription dans une approche transversale (prévention, accès précoce aux soins, suivi et réinsertion)</p> <p>Inscription dans un réseau local</p>	<p>Nombre d'ETP par profession représentée</p> <p>Nombre de sorties, de personnes rencontrées, de matériel distribué</p> <p>Nombre d'entretiens et thématiques abordées (prévention, sanitaire, psychologique, social...)</p> <p>Nombre de nouvelles personnes rencontrées</p> <p>Nombre de personnes orientées et accompagnées vers les dispositifs (par dispositif)</p> <p>Nombre et nature des partenariats engagés (financier, technique, logistique, ...)</p> <p>Pourcentage de professionnels ayant suivi chaque année une formation continue, réunion d'échanges de pratiques, congrès, colloques</p> <p>Nombre de réunions d'échanges de pratiques (étude de cas, ...)</p>

Axe 2 : Agir auprès des personnes les plus démunies

FICHE ACTION N°5

> Objectif 5 : **PERMETTRE AUX PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES DE SE POSITIONNER COMME ACTRICES DE LEUR SANTÉ**

> **Acteurs** : Associations communautaires, acteurs de santé, ...

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS	MOYENS NÉCESSAIRES	INDICATEURS D'ÉVALUATION
<p>1. Soutenir les actions communautaires ayant pour objet l'accès à la prévention et aux soins</p>	<p>Repérage des dynamiques communautaires</p> <p>Acquisition d'une culture commune en santé communautaire</p> <p>Soutien d'actions menées par des structures communautaires (dépistage, éducation pour la santé, Education thérapeutique du patient (ETP) , actions santé-environnement...)</p>	<p>Recensement des dynamiques communautaires existantes pouvant porter des actions d'accès à la prévention et aux soins (ATD, Emmaüs, Médecins du Monde, CHRS, GEM, associations de gens du voyage, associations culturelles de personnes d'origine étrangère...)</p> <p>Présentation localement du PRS aux médiateurs et aux associations communautaires</p> <p>Actions de sensibilisation, de formation, mise à disposition d'outils et d'intervenants en santé communautaire</p> <p>Soutien méthodologique, aide au recueil de données et à l'évaluation</p>	<p>Nombre de réunions de sensibilisation</p> <p>Nombre, nature et répartition des structures communautaires engagées dans l'accès à la prévention et aux soins</p> <p>Nombre de projets élaborés avec la participation des usagers financés par l'ARS et/ou d'autres institutions</p>
<p>2. Permettre aux personnes les plus démunies de contribuer à la démocratie sanitaire</p>	<p>Recueil des besoins auprès des personnes les plus démunies et des associations communautaires</p> <p>Valorisation des actions menées par les communautés et par les groupes de personnes en situation de précarité</p>	<p>Organisation de rencontres entre institutions, associations communautaires et personnes démunies impliquées dans l'élaboration des actions (rythme à déterminer)</p> <p>Présentation d'actions communautaires à la CRSA ou lors des Conférences de territoire</p>	<p>Nombre d'actions communautaires valorisées par l'ARS (site internet, réunions régionales, locales...)</p> <p>Degré de participation des usagers lors des travaux sur les diagnostics de territoires (informés, associés à la mise en œuvre, associés à l'élaboration)</p>



Axe 2 : Agir auprès des personnes les plus démunies

FICHE ACTION N°6

> Objectif 6 : **COORDONNER LES ACTEURS ET LES ACTIONS SUR LES TERRITOIRES D'INTERVENTION**

> **Acteurs** : Tous les acteurs intervenant auprès des personnes les plus démunies (accès à la prévention, aux droits, aux soins, au suivi médico-social, insertion sociale et professionnelle, ...)

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS	MOYENS NÉCESSAIRES	INDICATEURS D'ÉVALUATION
<p>1. Faire connaître les actions et les dispositifs existants sur le territoire de projet</p>	<p>Recensement des actions et des différents acteurs (prévention, soin, médico-social)</p> <p>Promotion de l'existant : courrier, site Internet, réunions de présentation, outils élaborés au niveau local (plaquettes, annuaires, répertoires...)</p>	<p>Temps d'animation et de coordination (assurés par les institutions ou externalisés)</p> <p>Information de l'ensemble des acteurs sur les dispositifs accessibles sur chaque territoire de projet/ de proximité...</p> <p>Information/sensibilisation des acteurs de première ligne (prévention, sanitaire, médico-social)</p> <p>Actualisation régulière des données</p> <p>Outils : cartographie...</p>	<p>Existence et actualisation d'un outil de recensement</p> <p>Degré de satisfaction des acteurs quant à l'outil de recensement et à sa diffusion</p>
<p>2. Favoriser les articulations et les relais entre dispositifs spécifiques et de droit commun</p>	<p>Identification au niveau local de réseaux de correspondants existants et à rechercher en médecine générale, de spécialité et hospitalière travaillant avec chaque dispositif spécifique</p> <p>Amélioration des modalités de recours à ces relais</p> <p>Développement des coopérations sanitaires, sociales et médico-sociales</p>	<p>Temps d'animation et de coordination assurés par les institutions</p> <p>Groupes de travail précarité rassemblant les acteurs de prévention, du soin et du social</p> <p>Réseaux locaux de médecins généralistes, maisons de santé, établissements de santé et organismes sociaux</p> <p>Réseaux de correspondants hospitaliers et spécialistes libéraux pour l'accès aux soins spécialisés en lien avec les organismes sociaux</p> <p>Rencontres territoriales sur l'accès aux soins de 1^{er} recours</p> <p>Journée d'échanges de pratiques sur l'activité des PASS</p> <p>Recueil des dysfonctionnements constatés et transmission aux instances concernées</p> <p>Conventions de coopérations</p>	<p>Nombre de rencontres territoriales, de journées d'échanges</p> <p>Typologie des participants à ces rencontres</p> <p>Degré de satisfaction des participants sur la qualité des articulations, le travail en réseau (questionnaire)</p> <p>Existence d'outils de liaison pour faciliter l'articulation des acteurs</p> <p>Nombre et répartition géographique des correspondants en médecine générale, de spécialité et hospitalière travaillant avec chaque dispositif spécifique (sources : PASS, opérateurs locaux).</p> <p>Nombre de conventions de coopération</p>

Axe 2 : Agir auprès des personnes les plus démunies

FICHE ACTION N°6 (suite)

- > Objectif 6 : **COORDONNER LES ACTEURS ET LES ACTIONS SUR LES TERRITOIRES D'INTERVENTION**
- > **Acteurs** : Tous les acteurs intervenant auprès des personnes les plus démunies (accès à la prévention, aux droits, aux soins, au suivi médico-social, insertion sociale et professionnelle, ...)

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS	MOYENS NÉCESSAIRES	INDICATEURS D'ÉVALUATION
3. Engager l'ensemble des acteurs dans une dynamique territoriale de réduction des inégalités sociales de santé	Repérage des besoins émergents Suivi et évaluation des actions et productions de recommandations Concertation entre les opérateurs et les décideurs de santé publique	Temps d'animation et de coordination par les institutions Tableaux de bord d'activité à partir de critères et d'indicateurs communs Rencontres territoriales	Nombre de recommandations formulées pour l'évolution du PRAPS Existence et utilisation des tableaux de bord Nombre de rencontres territoriales



4. DÉCLINAISON DES OBJECTIFS AU NIVEAU RÉGIONAL ET TERRITORIAL

Actions régionales

Le niveau régional sera chargé de la mise en œuvre des actions suivantes déclinées dans :

- > L'objectif 1 – **Améliorer l'accès des personnes les plus démunies à la prévention, aux droits et à une offre de soin et médico-sociale** : Cet objectif concerne l'ensemble des actions visant à adapter les pratiques des professionnels de santé aux spécificités des plus démunis. Les actions visant à améliorer la couverture des besoins en matière de dispositifs spécifiques d'accès aux soins et à améliorer l'accès des personnes à l'offre de prévention seront réalisées en lien avec chaque territoire.
- > L'objectif 2 – **Améliorer la coordination entre les institutions impliquées dans la santé des plus démunis**. Il s'agit des actions qui ont pour vocation d'harmoniser les politiques et d'articuler les moyens au niveau de la région.
- > L'objectif 5 - **Permettre aux personnes les plus démunies de se positionner comme actrices de leur santé** : Cet objectif contribuera, en lien avec le niveau territorial, à la mise en œuvre de l'intégralité des actions prévues.
- > L'objectif 6 – **Coordonner les acteurs et les actions sur les territoires d'intervention** : le niveau régional mettra à disposition du niveau territorial les outils nécessaires au recensement, au suivi des actions et à leur valorisation.

Actions territoriales

Un cadre commun...

Chaque territoire de santé sera chargé de la mise en œuvre des actions suivantes déclinées dans :

- > L'objectif 1 – **Améliorer l'accès des personnes les plus démunies à la prévention, aux droits et à une offre de soin et médico-sociale**.

Cet objectif vise :

- L'amélioration de la couverture des besoins en matière de dispositifs spécifiques d'accès aux soins.
- L'accès des personnes à l'offre de prévention

- > L'objectif 2 – **Améliorer la coordination entre les institutions impliquées dans la santé des plus démunis** : les actions qui ont pour vocation de définir et déployer

dans chaque territoire de santé des stratégies territoriales partagées pour la réalisation du PRAPS.

- > Les objectifs 3 et 4 – **Accueillir et accompagner les personnes les plus démunies dans leur parcours de santé et aller à la rencontre des personnes démunies les plus éloignées du système sanitaire et social pour faciliter le retour/recours au droit commun** : le niveau territorial sera chargé de la mise en œuvre effective de l'ensemble des actions prévues.
- > L'objectif 5 - **Permettre aux personnes les plus démunies de se positionner comme actrices de leur santé** : il contribuera en lien avec le niveau régional à la mise en œuvre de l'intégralité des actions prévues.
- > L'objectif 6 – **Coordonner les acteurs et les actions sur les territoires d'intervention**. Toutes les actions sont concernées. Cette coordination s'appuiera sur les outils régionaux permettant le recensement, le suivi et la valorisation des actions.

... Et des focus sur des problématiques propres à chaque territoire

La deuxième vague de concertations territoriales, menée entre le 20 septembre et le 13 octobre 2011 a permis de débiter ou poursuivre des travaux sur des problématiques relatives à des thématiques, des populations et des zones territoriales (cf. annexe 3 : tableau des travaux réalisés).

Ces problématiques ont été proposées par chaque délégation territoriale de l'ARS au regard de la situation décrite dans l'état des lieux de l'ORS, des résultats de la première concertation territoriale et de sa connaissance des situations locales. Ces thèmes ont été dans l'ensemble repris par les participants des ateliers, certains ont été ajoutés ou modifiés avec l'accord de la délégation.

Ces problématiques présentent donc un caractère innovant et/ou prioritaire au regard de l'épidémiologie, de l'offre de santé, des besoins ressentis par les acteurs, de la dynamique des acteurs. Cependant, elles ne sont en aucun cas limitatives.

Ainsi, chaque délégation territoriale s'assurera de la mise en œuvre des différentes actions du PRAPS en mettant un accent particulier sur :

- Les thématiques prioritaires (cf. p. 19)
- Les problématiques territoriales mises en évidence lors des concertations (voir pages suivantes)

Enjeux et propositions plébiscités par l'ensemble des territoires

Les PASS

L'ensemble des territoires a abordé la réorganisation des PASS et leur place dans le parcours de santé, soit de façon prioritaire (focus), soit en les plaçant comme actrices incontournables.

Les propositions d'actions communes aux territoires sont les suivantes :

- > Développer la médicalisation des PASS et la mise en place d'équipes pluridisciplinaires
- > Inscrire les PASS dans un parcours de santé en lien avec tous les acteurs de santé : prévention, médico-social, soins ambulatoires et hospitaliers
- > Développer la mise en place d'équipes mobiles rattachées aux PASS

Les transports

La problématique des transports dans l'accès à la prévention et aux soins, déjà repérée dans l'évaluation de PRAPS II et les préconisations de la Conférence régionale de santé (CRS) mise en place conformément à la loi relative à la santé publique du 9 août 2004.



Dordogne

Éléments socio-économiques

En décembre 2010, environ 13 080 personnes âgées de 20-59 ans sont bénéficiaires d'un minima social versé par la CAF ou la MSA. Il s'agit du revenu de solidarité active « socle » ou de l'allocation d'adulte handicapé (AAH). Les personnes bénéficiaires de ces minima sociaux représentent en Dordogne 6.6 % ; de la population âgée de 20 à 59 ans, ce qui est proche de la valeur moyenne régionale. Cette situation intermédiaire est également observée pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire. Près de 20 800 personnes en sont bénéficiaires en Dordogne en 2009, soit 5 % de la population.

Dispositifs

Médecine de ville : par rapport à l'ensemble aquitain, l'offre médicale libérale apparaît faible en Dordogne. Environ 415 médecins généralistes libéraux sont installés dans le département, soit 102 médecins pour 100 000 habitants. Elle est comparable à la valeur moyenne nationale (101,5) et en-deçà de la moyenne régionale (116,5). La couverture en médecins généralistes est inégale dans les infra territoires ruraux et tendra à s'aggraver d'ici à 5 ans avec les cessations d'activité. Il faut noter que près de 30 autres médecins généralistes libéraux travaillent également en Dordogne comme remplaçants. Parmi les autres spécialités libérales, la situation la plus défavorable concerne la gynécologie, la psychiatrie et la pédiatrie

Prise en charge des mères et des enfants par la PMI :

PMI	ENFANTS < 6 ANS PAR MÉDECIN	FEMMES ENCEINTES PAR SAGE-FEMME	NOUVEAU-NÉS PAR PUÉRICULTRICE
France métropolitaine	2 140	970	200
Aquitaine	2 060*	890	210
Dordogne	2 420	560	220

Dispositifs d'accès aux soins :

- > PASS : 3 (CH de Sarlat, CH Périgueux, CH Bergerac)
- > EMPP : 1 (Bergerac)
- > LHSS : 5 (Périgueux)
- > Places ACT : 5 (Périgueux)

Actions prioritaires :

1. Accès aux soins de premier recours et PASS

Constat :

L'offre de soins diminue et les distances augmentent pour les personnes qui doivent se soigner. Il est difficile de repérer les personnes en difficultés et d'identifier les différents acteurs vers qui orienter ces personnes.

Objectif :

Outre les objectifs communs avec les autres territoires sur les PASS, il a été proposé de :

- > Développer le travail en réseau local et la coordination médicosociale, en amont du soin.
- > Favoriser l'accès au système de santé par la mise en place de moyens de transport et la mobilité des équipes.

2. L'accès à la prévention et aux soins pour les personnes vivant dans la rue

Constats :

- > Les personnes vivant dans la rue sont marquées par les ruptures ; la santé n'est pas pour elles une priorité. Les acteurs constatent une augmentation du nombre de femmes avec enfants et de personnes étrangères.
- > La perte des repères temporels rend difficile un autre recours aux soins que le service des urgences. L'insuffisance de dispositifs adaptés (LHSS) renvoie à la rue ces personnes après leur hospitalisation.
- > Les acteurs sont nombreux et ont développé des actions favorisant l'accès à la prévention et aux soins : ateliers santé, points santé, bus pour l'accès aux soins, consultations, dentistes bénévoles...

Objectif :

- > Soutenir les partenariats associations/soignants allant au devant des personnes dans la rue (maraudes, repérage, écoute, valorisation et accompagnement physique vers les soins).
- > Favoriser le développement des espaces de concertation et d'échanges entre les acteurs.
- > Permettre le suivi médical dans le dispositif de droit commun, par l'établissement de liens entre les acteurs en contact avec ce public et les acteurs du soin de premier recours.

3. L'accès à la prévention et aux soins des personnes détenues et des personnes sous main de justice

Constats :

- > Le territoire de santé comprend 1 000 personnes incarcérées et 2 000 personnes sous main de justice en milieu ouvert.
- > De nombreux intervenants agissent dans les établissements. Mais certaines actions ne sont pas accessibles aux détenus (dépistage des cancers, prévention du suicide, des IST...) et devraient impliquer également le personnel pénitentiaire. Les intervenants ne sont pas coordonnés.
- > Les surveillants ne sont pas formés au repérage des pathologies, à la prévention et aux conduites à tenir.
- > Les personnes soumises à une injonction de soins n'ont pas toutes une complémentaire santé, et les soins psychologiques ne sont pas pris en charge... L'accès aux soins dentaires est également limité.

Objectif :

- > Partager un minimum d'informations avec les acteurs du soins et les personnels pénitentiaires, en tenant compte de la question du secret médical.
- > Renforcer la coordination entre l'UCSA et la psychiatrie.
- > Intégrer la prévention dans les formations initiales et continues des personnels pénitentiaires.
- > Mieux préparer les sorties en intégrant les soins dans le projet de sortie.

4. Liens entre santé environnement et l'accès à la prévention et aux soins : l'habitat indigne en milieu rural

Constats :

- > Dans les zones rurales, de nombreuses personnes vivent dans des maisons insalubres. Il s'agit de personnes ou de familles avec un faible niveau de revenus, de personnes âgées et de personnes handicapées. La plupart d'entre elles refusent de partir et les personnes âgées refusent les solutions d'hébergement collectif.
- > Les services de l'Etat et le Conseil général ont en charge un programme de lutte contre l'habitat indigne, et gèrent un observatoire départemental de l'habitat. Dans le département, un zonage du logement insalubre est en préparation. Un comité de lutte contre l'habitat indigne créé en juillet 2011, a pour mission de repérer les logements indignes et de contacter les propriétaires pour des travaux de remise aux normes.

Objectifs :

- > Développer un partenariat avec le Conseil général pour une approche conjointe.
- > Conjuguer l'approche sociale et l'approche santé-environnement pour permettre l'accès à la prévention et aux soins des personnes isolées en milieu rural, notamment :
 - Les risques de saturnisme, de légionellose, d'allergies et d'intoxication au monoxyde de carbone.
 - Les risques de décompensation de pathologies mentales.



Gironde

Éléments socio-économiques

En décembre 2010, plus de 52 500 personnes âgées de 20-59 ans sont bénéficiaires d'un minima social versé par la CAF ou la MSA. Il s'agit du revenu de solidarité active « socle » ou de l'allocation d'adulte handicapé (AAH). Les personnes bénéficiaires de ces minima sociaux représentent en Gironde 6.8 % de la population âgée de 20 à 59 ans, ce qui est proche de la valeur moyenne régionale. Cette situation intermédiaire est également observée pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire. Plus de 73 600 personnes en sont bénéficiaires en Gironde en 2009, soit 5.2 % de la population.

Dispositifs

Médecine de ville : par rapport à l'ensemble aquitain, l'offre médicale libérale apparaît plus importante en Gironde. Environ 1 772 médecins généralistes libéraux sont installés dans le département, soit 126 médecins pour 100 000 habitants. Elle est supérieure aux valeurs moyennes nationale (101,5) et régionale (116,5). Il faut noter que près de 200 autres médecins généralistes libéraux travaillent également en Gironde comme remplaçants.

La situation de la Gironde est également favorable pour les autres spécialités libérales.

Les PASS de la Gironde connaissent plusieurs originalités :

- > la première est l'offre de service de la PASS du centre d'Albret ; elle est fortement médicalisée comparativement aux autres PASS du département.
- > la seconde : deux PASS ne sont pas situées au sein d'hôpitaux (une à la clinique des Quatre Pavillons, l'autre à la Tour de Gassies).

Prise en charge des mères et des enfants par la PMI :

PMI	ENFANTS < 6 ANS PAR MÉDECIN	FEMMES ENCEINTES PAR SAGE-FEMME	NOUVEAU-NÉS PAR PUÉRICULTRICE
France métropolitaine	2 140	970	200
Aquitaine	2 060*	890	210
Gironde	1 960*	1 000	230

Dispositifs d'accès aux soins

- > PASS : 11 (Bordeaux : CH Charles Perrens, CRPS Gassies/Emmaüs 33, Hôpital Pellegrin, Hôpital Saint-André

- somatique et dentaire - ; Polyclinique de Lormont ; CH Arcachon ; CH Blaye ; CH Libourne ; CH Langon ; Clinique mutualiste Lesparre)

- > EMPP : 1 (CH Charles Perrens)
- > LHSS : 14 (gérés par le CCAS de Bordeaux)
- > Places en ACT : 29 (24 à Bègles et 5 à Bordeaux)
- > CASO de Médecins du Monde à Bordeaux (plus de 1 670 patients reçus par le CASO en 2009). La mission Médecins du Monde de Bordeaux a également mis en place une mission dite SDF, qui va à la rencontre des sans abris.

Actions prioritaires :

1. PASS

Il a été proposé de :

- > Faire connaître les PASS et leurs missions
- > Garantir une prise en charge financière a minima par les établissements
- > Pérenniser les actions de santé publique et sécuriser les financements des PASS dans les MIG des établissements

2. L'accompagnement des personnes en grande précarité en milieu urbain

Constats :

- > La population en grande précarité vivant dans la Cub est importante. Elle se caractérise par une grande diversité et une grande instabilité des situations, du fait notamment de l'absence de logement ; les troubles psychiques sont fréquents.
- > Concentration des acteurs et des dispositifs dans la Cub, mais absence de lisibilité et de coordination qui masque de réelles carences.
- > Malaise des acteurs médicaux et sociaux devant les manifestations de la souffrance psychique ou de la maladie mentale ; les familles et les proches sont également démunis.
- > Les difficultés sont présentes tout au long du parcours : comment repérer ? Comment caractériser les problèmes ? Comment orienter et comment soigner (en tenant compte des problèmes de temporalité, de médiation et de traduction) ? Quels sont les acteurs qui doivent/peuvent le faire ?
- > Nécessité de trouver un référent légitime et reconnu par le « grand précaire », capable d'un accompagnement transversal et physique.

Objectifs :

- > Identifier les différentes ressources, les valoriser et diffuser cette information.
- > Ménager des espaces d'élaboration pour les professionnels : formations, échanges de pratiques.
- > Développer des formations mixtes, alliant des acteurs de différentes professions et de différents secteurs, intervenant sur un même territoire.
- > Soutenir les offres de prise en charge globale des personnes en situation de grande précarité sur la Communauté urbaine de Bordeaux.
- > Coordonner au niveau infra-départemental les projets à destination de ces publics.
- > Développer un réseau de référents d'accompagnement pour les grands précaires, formés et connaissant les réseaux et les dispositifs de prise en charge sans entrer dans une logique de « prise en charge type ».

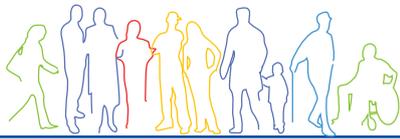
3. L'accès à la prévention et aux soins des personnes isolées en milieu rural

Constats :

- > En milieu rural, personnes âgées, travailleurs pauvres, femmes isolées, jeunes en difficulté ont du mal à accéder à la prévention et aux soins (Blayais, pays Médoc, Réolais, Entre-deux-Mers, Coutras, Libournais et nord Bassin).
- > Les freins sont d'ordre culturel, financier, psychologique (comportement abandonnique) liés à la mobilité.

Objectif :

- > Améliorer l'accès vers le soin et les actions de promotion de la santé favorisant le lien social par :
 - Le développement de l'offre de proximité avec les professionnels de santé, les réseaux, les acteurs sociaux et les élus : Maisons de santé pluridisciplinaires, équipes mobiles et actions d'aller vers les personnes isolées...
 - Le développement de l'aide à la mobilité.



Landes

Éléments socio économiques

En décembre 2010, environ 10 900 personnes âgées de 20-59 ans sont bénéficiaires d'un minima social versé par la CAF ou la MSA des Landes. Il s'agit du revenu minimum d'activité « socle » ou de l'allocation d'adulte handicapé (AAH). Les personnes bénéficiaires de ces minima sociaux représentent dans les Landes 5.8 % de la population âgée de 20 à 59 ans. Il s'agit de la valeur la plus faible observée dans les territoires aquitains. Cette situation est également observée pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (4.1 % de la population).

Dispositifs

Médecine de ville : par rapport à l'ensemble aquitain, l'offre médicale libérale est comparable à la moyenne régionale. Environ 430 médecins généralistes libéraux sont installés dans le département, soit 117 médecins pour 100 000 habitants. Elle est équivalente à la moyenne régionale (116,5) et supérieure à la valeur moyenne nationale (101,5). Parmi les autres spécialités libérales, la situation la plus défavorable concerne la gynécologie, la psychiatrie et la pédiatrie. Les densités sont nettement inférieures aux valeurs moyennes régionales et nationales.

Prise en charge des mères et des enfants par la PMI :

PMI	ENFANTS < 6 ANS PAR MÉDECIN	FEMMES ENCEINTES PAR SAGE-FEMME	NOUVEAU-NÉS PAR PUÉRICULTRICE
France métropolitaine	2 140	970	200
Aquitaine	2 060*	890	210
Landes	1 730	440	190

Dispositifs d'accès aux soins

- > PASS : 2 (CH Dax, CH Mont-de-Marsan)
- > EMPP : 2 (Mont-de-Marsan/Dax créations 2011)
- > EM Jeunes : 1 (Mont-de-Marsan création 2011)
- > LHSS : 2 (2 autorisés à Mont-de-Marsan, 4 prévus à Dax)
- > Places ACT : 8

Actions prioritaires :

1. PASS et Pôles de Santé publique

Constat :

Des particularités ont été soulignées pour le territoire des Landes avec l'existence de 3 pôles de santé publique pluridisciplinaires dotés notamment d'équipes mobiles.

Objectif :

Outre les objectifs communs aux territoires, il a été proposé de rattacher ces pôles de santé aux PASS et d'y organiser des consultations et soins directs.

2. La prévention et l'accès aux soins des travailleurs saisonniers

Constats :

- > On peut différencier deux catégories de travailleurs saisonniers : les saisonniers agricoles (plutôt locaux) et les saisonniers touristiques (employés de camping, de la restauration, éducateurs sportifs...).
- > Les travailleurs saisonniers du tourisme ont des conduites à risques pendant le travail et en dehors (addictions, sexualité, accidents du travail...).
- > Peu de visites médicales à l'embauche, les campagnes de prévention ne sont pas toujours relayées dans les centres de vacances.
- > Certains travailleurs saisonniers du tourisme restent sur place et se précarisent. De même, certains saisonniers agricoles rejoignent les villes une fois la saison terminée.
- > Les pays ont mis en place une plate-forme des travailleurs saisonniers avec la fédération de l'hôtellerie.

Objectifs :

- > Mettre en place des actions de sensibilisation au moment de l'embauche.
- > Repérer et former des relais auprès des saisonniers.
- > Améliorer la coordination des acteurs, notamment après la saison.

3. La prévention et l'accès aux soins des détenus et des personnes sous main de justice

Constats :

- > L'UCSA est présente pour les détenus adultes qui ont ainsi un accès aux soins. En revanche, la situation n'est pas bonne pour les mineurs du centre éducatif fermé qui n'ont aucun interlocuteur pour les soins de premier recours et la santé mentale.

- > Les actions sont peu coordonnées et s'intéressent peu à la sortie où les ruptures de parcours sont nombreuses, les détenus venant de la France entière.

Objectifs :

- > Définir une chaîne entre les différents acteurs (personnels pénitentiaire, de soin, éducatif, de prévention, service attentionné de la CPAM...) pour mieux repérer, mieux prioriser et mieux agir (parcours de santé).
- > Développer l'accès aux droits et aux soins pour tous et notamment pour les mineurs (couverture sociale, violences sexuelles...).

4. La santé mentale (errance, isolement, addictions) chez les plus démunis

Deux ateliers (santé mentale chez les plus démunis, errance et addictions) ont été regroupés, leurs problématiques et surtout les objectifs proposés étant très voisins.

Constats :

- > Il n'y a pas d'équipe mobile psychiatrie-précarité dans les Landes (création en cours).
- > Les publics concernés sont nombreux et variés (jeunes dans la rue, plus de femmes, personnes vieillissantes, migrants, saisonniers, ruraux isolés...)
- > Les problématiques sont nombreuses : rupture de droits, pas d'accès aux soins, auto-exclusion, addictions, souffrance psychique, prostitution, viols....
- > L'orientation vers les soins psychologiques ne fonctionne pas de façon optimale (délais, non respect du rendez-vous, transport, culture...), les professionnels allant vers ces populations sont peu nombreux.

Objectifs :

- > Mettre en place une veille sanitaire sur l'errance au niveau du territoire de santé.
- > Renforcer le dispositif d'accueil de jour et de nuit.
- > Créer ou renforcer les équipes mobiles (soins somatiques et psychiques) et les PASS qui pourront organiser ou réaliser des consultations et soins directs.
- > Mutualiser les « Pôles de Santé Publique » avec les PASS.

5. Périnatalité et précarité

Constats :

- > La précarité en matière de périnatalité entraîne des difficultés de suivi, l'augmentation de la prématurité et a des conséquences sur le lien parental.
- > La précarité est d'abord socio-économique. Elle se double parfois d'une addiction et/ou de problèmes psychiatriques, certaines femmes étrangères sont en situation irrégulière.
- > La précarité n'est pas toujours détectée : les femmes en situation de précarité n'en parlent pas forcément au personnel des maternités.
- > Les actions coordonnées ont fait la preuve de leur efficacité ; le plan périnatalité accorde une place à la précarité. Les acteurs du territoire travaillent au sein d'un réseau local périnatalité.

Objectifs :

- > Promouvoir l'entretien prénatal précoce pour tous afin d'améliorer le repérage précoce des femmes en situation de précarité et leur orientation dans le réseau local de prise en charge.
- > Intensifier la formation et l'information des professionnels des différents secteurs.
- > Développer une PASS périnatale sur Mont-de-Marsan à titre expérimental avec un temps de professionnel de santé (sage-femme notamment), de travailleur social et de psychologue.



Lot-et-Garonne

Éléments socio économiques

En décembre 2010, environ 12 100 personnes âgées de 20-59 ans sont bénéficiaires d'un minima social versé par la CAF ou la MSA du Lot-et-Garonne. Il s'agit du revenu de solidarité active « socle » ou de l'allocation d'adulte handicapé (AAH). Les personnes bénéficiaires de ces minima sociaux représentent 7.5 % de la population âgée de 20 à 59 ans. Cette valeur est la plus élevée parmi celles observées dans les territoires aquitains. Cette situation est également observée pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire.

Dispositifs

Médecine de ville : par rapport à l'ensemble aquitain, l'offre médicale libérale apparaît la plus faible dans le Lot-et-Garonne. Environ 297 médecins généralistes libéraux sont installés dans le département, soit 92 médecins pour 100 000 habitants. Cette densité est la plus faible des territoires de santé de la région. Elle est en-deçà des valeurs moyennes, nationale (101,5) et régionale (116,5). Parmi les autres spécialités libérales, la situation la plus défavorable concerne la gynécologie, la psychiatrie et la pédiatrie. Les densités sont nettement inférieures aux valeurs moyennes régionales et nationales.

Prise en charge des mères et des enfants par la PMI :

PMI	ENFANTS < 6 ANS PAR MÉDECIN	FEMMES ENCEINTES PAR SAGE-FEMME	NOUVEAU-NÉS PAR PUÉRICULTRICE
France métropolitaine	2 140	970	200
Aquitaine	2 060*	890	210
Lot-et-Garonne	3 000	3 380	210

Dispositifs d'accès aux soins

- > PASS : 3 (CH Agen, CH Villeneuve-sur-Lot, CHIC Marmande)
- > LHSS : 5
- > Places ACT : 10

Actions prioritaires

1. La prévention et l'accès aux soins des personnes isolées en milieu rural

Constats :

- > Les personnes isolées en milieu rural sont souvent en grande précarité économique. Il s'agit essentiellement de personnes âgées et de migrants, d'origine étrangère ou venant du Nord de la France.
- > Les zones concernées, à faible densité de population et des professionnels de santé, sont Nérac, Fumel, Duras, Miramont de Guyenne, Mas d'Agenais, Casteljaloux, Tonneins, zone proche des Landes...
- > Des actions existantes permettent le transport vers le soin (gratuité sur le réseau de bus, bus à la demande...), mais l'information n'est pas assez diffusée.
- > L'accès aux soins spécialisés n'est pas toujours assuré compte tenu du déficit en professionnels de santé.

Objectifs :

- > Améliorer le maillage du territoire, en concertation avec les élus, autour des pôles de santé ou des Maisons de santé pluridisciplinaires, notamment pour l'accès aux soins spécialisés (consultations avancées en gériatrie, cardiologie, diabétologie, PMI, soins dentaires, ophtalmologie...).
- > Veiller à la présence de travailleurs sociaux dans les pôles de santé et des Maisons de santé pluridisciplinaires.
- > Améliorer la coordination entre professionnels de santé (télémédecine).
- > Élaborer le volet prévention des pôles de santé et des Maisons de santé pluridisciplinaires, incluant l'éducation du patient.

2. La prévention et l'accès aux soins des détenus

Constats :

- > Un centre de détention de 600 à 700 places va remplacer la maison d'arrêt (dont une quinzaine de places pour les femmes) et le centre de détention actuels.
- > La population est plutôt jeune et de nombreux détenus présentent des problèmes psychiatriques et d'addictions. La réduction des risques n'est pas accessible (seringues), le dépistage VIH n'est proposé qu'à l'entrée et l'accès aux préservatifs est difficile.
- > La présence du psychiatre est passée de 3 demi-journées par semaine à une demi-journée (malgré un poste affecté).

- > De nombreux acteurs externes interviennent dans les établissements mais sont insuffisamment coordonnés.
- > Le plan santé des détenus n'est pas mis en œuvre.

Objectifs :

- > Envisager les actions dans le cadre d'un continuum (avant – pendant – après la détention).
- > Mettre en œuvre des formations communes aux différents acteurs, internes et externes, pour parler des risques en détention.
- > Mettre en place une coordination des acteurs sous l'égide de la délégation territoriale de l'ARS.

3. La prévention et l'accès aux soins pour les jeunes en situation de précarité

Constats :

- > On trouve des jeunes en situation de précarité dans les trois zones urbaines, mais aussi en milieu rural, où l'accès aux soins de santé est plus difficile.
- > La population prioritaire se compose des jeunes de 14 à 16 ans (en apprentissage, décrocheurs) et de 16 à 25 ans (jeunes en rupture familiale, sans emploi, sans ressources, engagés ou pas dans une démarche d'insertion).
- > Des points relais santé ont été mis en place dans les CHRS et les missions locales (expérimentation), un projet de Maison des adolescents est en cours d'élaboration.

Objectifs :

- > Agir pour les jeunes les plus éloignés du système (ne fréquentant pas les missions locales, en milieu rural isolé) avec les acteurs locaux (mairies, associations, gendarmerie...). Leur proposer un bilan de santé, et veiller au passage de relais pour les amener vers les soins.
- > Pérenniser les points relais santé existants.
- > Renforcer les actions auprès des étudiants en situation de précarité.
- > Soutenir le projet de la Maison des adolescents.

4. Dépasser les différences culturelles pour permettre l'accès à la prévention et aux soins

Constats :

- > Les populations concernées sont des étrangers, principalement les femmes des travailleurs agricoles marocains installés dans le département, mais également les gens du voyage, des étrangers en situation irrégulière...
- > Ces populations peuvent présenter des problèmes d'acculturation (langue, méconnaissance du système et des ressources) qui peuvent aller de pair avec des problèmes liés aux représentations réciproques (de la population envers les soignants et des soignants envers la population).

Objectifs :

- > Organiser des formations croisées (professionnels et relais auprès de la population).
- > Aller au devant des usagers, pour favoriser l'accessibilité aux droits et aux soins, mais aussi pour développer des actions de promotion de la santé (aires d'accueil des gens du voyage : favoriser l'accueil des enfants dès la maternelle, permettre le dépistage du cancer du sein).
- > Adapter les outils et les pratiques (illettrisme, méthode communautaire...)



Béarn-Soule

Éléments socio-économiques

En décembre 2010, environ 12 900 personnes du Béarn-Soule, âgées de 20-59 ans, sont bénéficiaires d'un minima social versé par la CAF ou la MSA. Il s'agit du revenu de solidarité active « socle » ou de l'allocation d'adulte handicapé (AAH). Les personnes bénéficiaires de ces minima sociaux représentent 6.6 % de la population âgée de 20 à 59 ans, ce qui est proche de la valeur moyenne régionale. Les bénéficiaires de la CMU-C ne sont pas connus pour le territoire de Béarn-Soule mais pour l'ensemble du département des Pyrénées-Atlantiques. Près de 28 600 personnes en sont bénéficiaires dans le département en 2009, soit 4.4 % de la population.

Dispositifs

Médecine de ville : par rapport à l'ensemble aquitain, l'offre médicale libérale apparaît globalement faible. Environ 402 médecins généralistes libéraux sont installés dans le Béarn-Soule, soit 107 médecins pour 100 000 habitants. Cette densité figure parmi les plus faibles observées dans les territoires aquitains, en deçà de la moyenne régionale (116,5) mais au dessus de la moyenne nationale (101,5). Parmi les autres spécialités libérales, la situation la plus défavorable concerne l'ophtalmologie ; la densité est deux fois plus faible qu'en Aquitaine. Les densités concernant les autres spécialistes libéraux sont proches des valeurs moyennes régionales et nationales.

Prise en charge des mères et des enfants par la PMI :

PMI	ENFANTS < 6 ANS PAR MÉDECIN	FEMMES ENCEINTES PAR SAGE-FEMME	NOUVEAU-NÉS PAR PUÉRICULTRICE
France métropolitaine	2 140	970	200
Aquitaine	2 060*	890	210
Pyrénées-Atlantiques	2 130	1 240	190

Dispositifs d'accès aux soins

- > PASS : 2 (CH Pau, CHG Oloron-Sainte-Marie)
- > EMPP : 0
- > LHSS : 7
- > Places ACT : 9
- > Médecins du Monde : 247 patients reçus par le CASO

de Pau en 2009. Mise en place d'une consultation psychiatrique

Actions prioritaires

1. La prévention et l'accès aux soins auprès des gens du voyage

Constats :

- > Les gens du voyage qui vivent de façon plus ou moins sédentarisée sur le territoire sont environ 1500 (460 familles). Il n'existe que 150 places aménagées dans la région paloise, 300 familles sont donc obligées de tourner d'un site à l'autre, en attendant de se faire chasser. Le schéma départemental d'accueil des gens du voyage a pour objectif de permettre l'accès à un habitat adapté aux familles.
- > Leur situation est caractérisée par la pauvreté (399 familles bénéficient du RSA) et par une grande discrimination (représentations réciproques).
- > Sur le plan de la santé, la mortalité prématurée est très importante, certaines pathologies sont liées à la consanguinité, d'autres aux conditions de vie et aux addictions.
- > Grâce au travail de l'association Gadgé Voyageurs qui assure une fonction de médiation, des actions d'accès aux droits et d'éducation pour la santé sont menées, un réseau de référents médicaux (médecins généralistes, PASS) est actif, le partenariat avec les municipalités et les services sociaux du Conseil général est permanent.
- > L'école des gens du voyage va fermer, au profit d'une politique de l'intégration scolaire. Au niveau du collège, de nombreux jeunes décrochent.

Objectifs :

- > Assurer une présence forte auprès des gens du voyage sur les questions de santé (addictions, obésité, prévention, accès aux soins).
- > Développer des consultations avancées sur les terrains non aménagés.
- > Favoriser la cohabitation entre les communautés (scolarisation, médiation scolaire, travail avec les enfants et les parents).

2. L'accès à la prévention et aux soins des personnes détenues

Constats :

- > La maison d'arrêt est vétuste, et comprend un quartier hommes, un quartier mineurs et un quartier femmes, incluant les mineures.

- > Les problématiques de santé sont nombreuses : risques infectieux, hygiène, addictions, infections sexuellement transmissibles dont VIH, santé mentale, violences, risque suicidaire.
- > Les interventions de prévention menées par les associations extérieures dépendent du bon vouloir du chef d'établissement et souffrent d'un manque de coordination. La formation des personnels pénitentiaires se fait sur leur temps libre.
- > Les carences de préparation à la sortie et d'articulations avec l'extérieur (la convention CHS-Tribunal n'est pas mise en œuvre) se traduisent par une non exécution des obligations et injonctions de soins qui peut se conclure par des réincarcérations.

Objectifs :

- > Développer une coordination de l'ensemble des actions santé et de prévention autour de l'UCSA.
- > Développer des actions en direction de la santé des personnels pénitentiaires.
- > Favoriser la formation des personnels pénitentiaires sur leur temps de travail.

3. L'accès à la prévention et aux soins des travailleurs pauvres

Constats :

- > Les travailleurs pauvres gagnent moins de 900 euros par mois, tout en travaillant toute l'année,
- > Du fait de la précarité économique, 30 % de personnes renoncent à des soins nécessaires et 6 % ne vont pas chercher les médicaments prescrits. Les médecins ne sont pas formés au repérage des difficultés sociales.
- > De nombreux travailleurs à temps très partiel échappent à la médecine du travail (chèque emploi service).
- > Les dispositifs existent : PASS, centre d'exams de santé de l'Assurance Maladie, plate-forme accueil et orientation du RSA, ASV, chantiers d'insertion, missions locales..., mais surtout à Pau. Ils sont peu connus par la population et peu articulés avec les acteurs de ville. La difficulté est plus grande encore dans les autres zones du territoire.
- > La PASS est actuellement uniquement sociale, un médecin y assure du bénévolat depuis 6 ans.

Objectifs :

- > Développer les actions allant au devant des publics concernés.

- > Sensibiliser les médecins, les former au repérage des difficultés sociales et économiques et à l'orientation dans les dispositifs.
- > Favoriser la coordination des acteurs pour le développement de parcours de santé adaptés à un niveau infra territorial (territoire « économique »).
- > Favoriser le développement de la PASS et ses actions d'articulation avec les acteurs hors hôpital et en interne.

4. Accompagner les personnes en grande précarité

Constats :

- > La grande précarité se manifeste de façon très différente dans les zones urbaines et dans les zones très rurales. L'alcoolisme et les pathologies mentales sont cependant les problématiques de santé les plus fréquemment rencontrées. Les acteurs notent un phénomène de vieillissement précoce des grands dépendants et des grands errants.
- > Les professionnels en contact avec ces personnes ne prennent en charge qu'un aspect du problème et cette fragmentation nuit à la cohérence du parcours et induit des ruptures de soins.
- > Les structures existantes sont inadaptées et insuffisantes (LHSS, maisons relais...).

Objectifs :

- > Mieux identifier les acteurs et les structures, et travailler en réseau pour répondre à la fragmentation des compétences.
- > Améliorer la prise en charge continue de l'alcoolisme.
- > Favoriser la création de structures accueillant les personnes dépendantes de moins de 60 ans.



Navarre-Côte basque

Éléments socio-économiques

En décembre 2010, environ 9 250 personnes de Navarre-Côte basque, âgées de 20-59 ans, sont bénéficiaires d'un minima social versé par la CAF ou la MSA. Il s'agit du revenu de solidarité active « socle » ou de l'allocation d'adulte handicapé (AAH). Les personnes bénéficiaires de ces minima sociaux représentent en Navarre-Côte basque 6.7 % de la population âgée de 20 à 59 ans. Les bénéficiaires de la CMU-C ne sont pas connus pour le territoire de Navarre-Côte basque mais pour l'ensemble du département des Pyrénées-Atlantiques. Près de 28 600 personnes en sont bénéficiaires dans le département en 2009, soit 4.4 % de la population.

Dispositifs

Médecine de ville : l'offre médicale libérale est la plus forte en Navarre-Côte basque. Environ 360 médecins généralistes libéraux sont installés dans le territoire, soit 132 médecins pour 100 000 habitants. Cette densité est la plus élevée parmi celles observées dans les territoires de santé aquitains. Elle est au dessus des valeurs moyennes nationale (101,5) et régionale (116,5). Parmi les autres spécialités libérales, la situation est également favorable dans ce territoire. Les densités sont supérieures aux valeurs moyennes régionales et nationales.

Prise en charge des mères et des enfants par la PMI :

PMI	ENFANTS < 6 ANS PAR MÉDECIN	FEMMES ENCEINTES PAR SAGE-FEMME	NOUVEAU-NÉS PAR PUÉRICULTRICE
France métropolitaine	2 140	970	200
Aquitaine	2 060*	890	210
Pyrénées-Atlantiques	2 130	1 240	190

Dispositifs d'accès aux soins

- > PASS : 1 (CH Bayonne)
- > EMPP : 1
- > LHSS : 5
- > Places ACT : 6

Actions prioritaires

1. La prévention et l'accès aux soins des personnes désocialisées ou en voie de l'être et PASS

Constats :

- > Du fait de la situation économique, de plus en plus de personnes, de tous âges, se retrouvent sans abri, sur l'ensemble du territoire de santé.
- > Les problématiques de santé mentale sont très présentes, qu'elles soient la cause ou la conséquence de la désocialisation.
- > Les acteurs du territoire travaillent activement en réseau et exploitent toutes les ressources disponibles, notamment l'équipe mobile sociale et médico-sociale de la Côte basque. Une nuance, concernant la prise en charge psychiatrique : le soin au-delà de la crise n'est pas assuré actuellement de manière satisfaisante mais des initiatives sont en cours afin de définir une stratégie.

Objectifs :

- > Adapter le fonctionnement et la structuration de la PASS aux réalités de terrain en développant la coordination des différents acteurs et en les fédérant

Ex. projet de « Maison d'accès à la santé pluridisciplinaire », regroupant sur un site et mutualisant :

- des services de différents organismes (Conseil général, hôpital) : PMI, consultations somatiques et psychiatriques
- des lits médicalisés types LAM, pour des pathologies aiguës ou chroniques nécessitant un suivi médical rapproché (somatique et/ou psychiatrique),
- un accueil médico-psycho-social notamment SAMSAH, SAVS

- > Améliorer le partenariat avec le service de psychiatrie.

2. La prévention et l'accès aux soins des travailleurs pauvres

Constats :

- > Un travailleur pauvre est quelqu'un qui ne peut vivre de revenus de son travail. Il peut s'agir de personnes de tous âges, isolées ou vivant en groupe (gens du voyage, surfeurs...), en Pays Basque intérieur, ou sur la côte (personnes plus désinsérées).

- > Les travailleurs pauvres sont souvent mal informés sur leurs droits (aide à l'accès à une complémentaire) et ont des problèmes d'accès aux soins (mobilité, moyens financiers) qui peuvent les conduire au renoncement. Ils sont difficiles à repérer.

Objectifs :

- > Mobiliser les employeurs (petites entreprises, tourisme, restauration...) aux problèmes d'accès aux droits et aux soins.
- > Développer et faire connaître les bilans de santé auprès de ces publics.
- > Développer des consultations et actions de proximité (équipes mobiles, permanences...) et des aides à la mobilité vers les soins.

3. La prévention et l'accès aux soins des détenus et personnes sous main de justice

Constats :

- > La population concernée se compose des détenus de la maison d'arrêt, de personnes en liberté surveillée et d'étrangers en centre de rétention administrative.
- > En maison d'arrêt, le nombre de personnes séropositives au VIH a été multiplié par deux et celui des porteurs d'une hépatite par cinq. Il n'y a pas de politique de réduction des risques dans l'établissement.
- > Les personnes sortant du centre de rétention ont un problème d'ouverture des droits (timbre de 30 euros pour l'accès à l'AME).
- > La procédure est complexe pour pouvoir intervenir auprès des détenus.
- > Les acteurs sont nombreux mais peu coordonnés.

Objectifs :

- > Développer les actions de prévention (matériel de réduction des risques).
- > Améliorer l'accès aux centres des différents acteurs de santé, l'organisation de leurs interventions et leur coordination par l'UCSA.
- > Développer des formations pour les personnels pénitentiaires, sur leur temps de travail (aujourd'hui elles sont prises sur le temps libre).
- > Améliorer la coordination des actions de préparation à la sortie, en mettant l'accent sur les droits.
- > Aboutir à la définition et la mise en œuvre d'un parcours de santé intra et extra pénitentiaire harmonisé.



5. LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

L'organisation

Régionale

Le Comité de pilotage régional, créé en juin 2011 pour piloter l'élaboration de ce programme, rassemble autour des chefs de projet PRAPS des représentants des institutions impliquées, des opérateurs, des associations et des usagers du système de santé. Il est appelé à suivre la mise en œuvre du PRAPS et de son évaluation.

Deux groupes de travail (cf. axe 1), émanation du comité de pilotage seront constitués :

> **Groupe de travail régional « Couverture des besoins »** constitué des représentants des directions concernées de l'ARS, de l'Assurance Maladie. Peuvent être invités aux travaux des représentants des Conseils de l'ordre, de l'URPS, les principaux opérateurs du PRAPS.

Constat : Les acteurs de premier recours prennent insuffisamment en charge les personnes les plus démunies, les dispositifs spécifiques sont insuffisants et sont peu articulés avec les acteurs de premier recours. La création de lits médicalisés dépend du niveau national, d'autres dispositifs relèvent des trois schémas régionaux.

Objectifs :

- Centraliser au niveau régional les besoins territoriaux, planifier les évolutions nécessaires, préparer la prochaine génération du PRAPS.
- Sensibiliser les professionnels de premier recours (MDSP, URPS...) et les autres acteurs à la question de la prise en charge des plus démunis.
- Veiller à ce que les actions de prévention bénéficient en priorité aux personnes en situation de précarité.

> **Groupe de travail régional « Coordination interinstitutionnelle »**, rassemblant des représentants de l'ARS et de l'Assurance Maladie, des autres services de l'Etat (DRJSCS, Pénitentiaire, PJJ, Education nationale...), des Conseils généraux et des principales communautés d'agglomérations.

Constat : Les institutions ayant dans leurs missions la santé des plus démunis sont nombreuses et insuffisamment coordonnées. L'articulation de moyens peut permettre de rendre les dispositifs plus efficaces.

Objectifs :

- Définir la contribution de chaque institution aux objectifs du PRAPS et élaborer les principes d'une mutualisation des moyens au service de ces objectifs.
- Contribuer au suivi de la mise en œuvre du PRAPS, à son évaluation et sa réactualisation.

Territoriale

Dans chaque territoire de santé, sera mis en place un comité de pilotage et/ou groupe de travail territorial (cf. axe 1) chargé de la mise en œuvre et du suivi du PRAPS.

Constat : Les actions de terrain gagnent en efficacité quand les acteurs relevant d'institutions différentes partagent la même culture et travaillent en réseau. La mise en œuvre du PRAPS au niveau local requiert une coordination des institutions et des acteurs pour définir des parcours de santé adaptés aux publics les plus démunis.

Objectifs :

Dans chaque territoire de santé :

- Renforcer la cohésion des financeurs et des acteurs par le partage du diagnostic sur les thématiques et les publics prioritaires.
- Organiser la coordination et la concertation entre les acteurs.
- Elaborer un plan d'action et de suivi territorial pour aboutir à des parcours de santé cohérents au niveau de chaque territoire de projet.

Ces différents groupes définiront leur propre calendrier de réunions et leurs modalités de travail.

Les leviers financiers

Le programme doit assurer la déclinaison des trois schémas régionaux : schéma de prévention, schéma de l'organisation des soins et schéma de l'organisation médico-sociale. Ceci implique donc que les moyens financiers de sa mise en œuvre reposent sur ceux de ces trois schémas.

En fonction de la nature et des objectifs ciblés par les actions, différents fonds peuvent être mobilisés :

> **Les crédits relevant du médico-social**, pour le financement des dispositifs spécifiques mis en place pour l'accueil, l'accompagnement, l'hébergement temporaire de personnes confrontées à des difficultés et nécessitant des soins et un suivi médical : Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), Lits Haltes Soins Santé (LHSS), Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)...

> **Les crédits relevant du sanitaire** : la dotation financière des Missions d'Intérêt Général (MIG) destinée notamment au financement des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

> **Le fonds d'intervention régional (FIR)** : le PLFSS 2012 prévoit la création de ce fonds mutualisant des crédits qui étaient jusqu'à présent dédiés soit à l'ambulatoire, soit à l'hospitalier, soit à la prévention. Ce fonds inclurait notamment :

- Le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FICQS).
- Les crédits d'intervention « prévention, sécurité sanitaire, offre de soins » de l'Etat et la dotation versée par l'Assurance Maladie pour la prévention et la promotion de la santé.²

Dans le PSRS, l'Aquitaine a retenu comme première orientation stratégique de « *Développer les politiques et actions de prévention, dans un objectif de réduction des inégalités de santé* ». A cette fin, au cours des cinq années de mise en œuvre du PSRS et du SRP, les moyens consacrés en 2011 au financement des actions de prévention en Aquitaine seront reconduits.

Cette disposition concerne en particulier les actions de prévention mises en œuvre dans le cadre du PRAPS jusqu'à 2016 inclus. Ainsi, 25 % des crédits d'intervention de l'Etat et de la dotation versée par l'Assurance Maladie seront réservés au financement de ces actions.

Les modalités d'allocation de ressources retenues pour le schéma régional de prévention s'appliquent aux actions de prévention afférentes à la mise en œuvre du PRAPS : si le champ de la prévention ne fait pas l'objet d'une tarification, l'utilisation de différents leviers financiers doit permettre la régulation des activités au bénéfice des priorités de santé identifiées. L'allocation et la réallocation des ressources est une activité qui implique la mise en place de procédures explicites.

L'évaluation du PRSP et du PRAPS II a mis en évidence que l'appel à projets annuel tel qu'il a pu être mis en œuvre les années passées ne satisfait ni les promoteurs ni les instructeurs. L'orientation des opérateurs sur les priorités du SRP par un cahier des charges, doit permettre d'éviter la dispersion ou la sédimentation des projets et des financements qui pouvait résulter de ce type d'appel à projets.

² L'article L.1434-6 du Code la santé publique précise que « *les moyens financiers, quelle qu'en soit l'origine, attribués à l'agence régionale de santé pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation pour la santé, à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.* »

Il est donc prévu que pour la mise en œuvre du SRP, l'ARS d'Aquitaine fasse évoluer ses procédures financières et mobilise, en fonction des objectifs poursuivis, de nouveaux outils :

- le conventionnement pluriannuel permettra d'inscrire dans la durée l'intervention des opérateurs pour la mise en œuvre d'actions structurantes programmées participant efficacement à la mise en œuvre des objectifs du SRP.
- l'appel à projets ciblé sur les thématiques du SRP et/ou sur les territoires pourra être utilisé pour soutenir des projets expérimentaux, innovants (en région et sur les territoires de santé) et assurer un déploiement pertinent des politiques de santé.



6. LE SUIVI ET L'ÉVALUATION

Le Comité de pilotage du PRAPS sera garant de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du programme.

L'évaluation du programme s'effectuera à quatre niveaux :

- > Evaluation de l'impact du programme sur l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
- > Evaluation de la gouvernance et des moyens mis en œuvre au niveau régional
- > Evaluation des dynamiques territoriales de mise en œuvre du PRAPS
- > Evaluation de l'activité, de la qualité et de l'efficacité des actions financées

> Evaluation de l'impact du programme sur l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

- Critères : Diminution de la mortalité prématurée, de la morbidité chez les publics les plus démunis.
- Indicateurs : voir CPOM ARS (suicides en prison)
- Méthodologie : Epidémiologie, enquêtes
- Sources : INSERM, ORS, Observatoires...
- Calendrier : A la fin de la programmation

> Evaluation de la gouvernance et des moyens mis en œuvre au niveau régional

- Critères : Gouvernance, coordination intra ARS et coordination inter-institutionnelle, gestion des campagnes de financement, couverture des besoins en termes de dispositifs spécifiques.
- Indicateurs³ : Participation des différentes institutions concernées à la mise en œuvre et au pilotage du PRAPS, proportion des actions en direction des publics précaires parmi les actions financées, moyens alloués aux dispositifs spécifiques (PASS, EMPP, LHSS, ACT...), satisfaction des acteurs régionaux quant à la conduite du PRAPS...
- Méthodologie : Monitoring, système d'information régional.
- Sources : Tableaux de bord, membres du COPIL.
- Calendrier : Rapport annuel présenté au COPIL.

3 L'intégralité des indicateurs d'évaluation se trouve dans les fiches actions 1, 2, 5 et 6

> Evaluation des dynamiques territoriales de mise en œuvre du PRAPS

- Critères : Coordination des institutions et des acteurs, articulation entre dispositifs spécifiques et acteurs du soin de premier recours et acteurs spécialisés.
- Indicateurs⁴ : Participation des institutions concernées aux travaux territoriaux sur la mise en œuvre du PRAPS, satisfaction des opérateurs quant à la concertation territoriale, existence de parcours de santé locaux pour les populations prioritaires...
- Méthodologie : Monitoring, système d'information territorial.
- Sources : Animation territoriale, acteurs du PRAPS.
- Calendrier : Synthèse annuelle présentée au COPIL.

> Evaluation de l'activité, de la qualité et de l'efficacité des actions financées

- Critères⁵ : Conformité par rapport au prévisionnel. Inscription dans le dispositif, ancrage, soutien social, pérennité Effets obtenus, service rendu Pilotage, gestion des ressources, participation des usagers Communication externe, visibilité, notoriété Suivi, évaluation
- Indicateurs⁶ : Les indicateurs des fiches 3 et 4 et les 33 indicateurs de la grille d'aide au jugement évaluatif (cf. annexe 4).
- Méthodologie : Visites sur site, grille d'aide au jugement évaluatif scorée.
- Sources : Rapports d'activité, opérateurs, partenaires, usagers.
- Calendrier : Une thématique, population ou dispositif par an.

4 L'intégralité des indicateurs d'évaluation se trouve dans les fiches actions 1, 2, 5 et 6

5 Les critères sont ceux de la grille d'aide au jugement évaluatif élaborée par le service en janvier 2011

6 Les indicateurs de la grille d'aide au jugement évaluatif sont à adapter aux publics concernés



ANNEXES



Sommaire

- > 1 Actions à mettre en œuvre en priorité . . . 48
- > 2 Composition du groupe projet 52
- > 3 Composition du comité de pilotage 53
- > 4 Travaux réalisés
lors des concertations territoriales 55
- > 5 Grille d'aide au jugement évaluatif
sur les actions financées 56

1. ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE EN PRIORITÉ

INTITULE	PERINATALITE
Contexte	<p>La périnatalité fait partie des 5 grandes priorités nationales pour l'établissement des PSRS. Le rapport annuel 2012 de la Cour des comptes dresse un constat sévère sur les suites données au plan périnatalité 2005-2007 et juge la situation plus préoccupante qu'en 2006 (date du rapport précédent). Depuis 2005, la mortalité infantile stagne en France alors qu'elle recule dans les autres pays européens. En dix ans, la France est passée du 7^e au 20^e rang européen (sur 30 pays), cet indicateur reflète pour l'OMS le niveau de développement d'un pays.</p> <p>La coordination des acteurs reste toujours insuffisante, les indicateurs manquent de fiabilité et les inégalités de santé périnatale continuent de progresser.</p> <p>L'entretien prénatal précoce bénéficie surtout aux femmes qui ont un profil socioéconomique privilégié. Le renoncement aux consultations ou examens a doublé entre 2003 et 2010 (prise en charge à 100 % à partir du 6^e mois de grossesse).</p> <p>Le pourcentage de femmes ayant déclaré leur grossesse après le premier trimestre a augmenté entre 2003 et 2010, passant de 4,9 à 7,8 %. Le nombre moyen d'échographies et de visites a globalement augmenté sauf pour les personnes les plus vulnérables.</p> <p>Le rapport souligne le rôle crucial d'une politique de prévention active et coordonnée en direction des femmes en situation de précarité pour limiter la construction d'inégalités sociales de santé.</p>
Objectif et résultats attendus	<p>Renforcer la prévention en direction des femmes défavorisées notamment par une prise en charge psycho sociale plus efficace.</p> <p>Améliorer la coordination entre les acteurs.</p>
Référents ARS	Marie-José CARLACH, Dr Annie BURBAUD, Dr Béatrice-Anne BARATCHART
Partenariats souhaités	<p>Réseau régional de périnatalité</p> <p>PMI</p> <p>PASS des établissements de santé</p> <p>Centres d'examen de santé</p>
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Réorganiser le réseau de périnatalité en Aquitaine en : <ul style="list-style-type: none"> > associant les PASS (coordination régionale) > prévoyant l'adossement du niveau régional aux réseaux polyvalents de proximité avec 0.5 ETP de sage femme ou de puéricultrice dédié par territoire de santé pour la coordination des parcours de santé périnatale des femmes, notamment en situation sociale défavorisée. - Réorienter l'entretien prénatal précoce vers les femmes socio économiquement défavorisées - Améliorer le recueil et l'analyse des indicateurs de périnatalité et des indicateurs relatifs à l'entretien prénatal précoce (les mettre en lien avec le score EPICES)
Thèmes abordés	Repérage des problèmes, prévention, orientation, recueil et analyse de données
Zone géographique	Territoires de proximité et aires de santé
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de mi-temps de sage femme ou de puéricultrice dédiés à la politique périnatale de proximité - Mise en place d'un groupe de travail permanent périnatalité au sein de l'ARS
Financements	ARS (FIR – FICQS)
Facteurs de réussite	<p>Volonté politique</p> <p>Mobilisation du réseau régional de périnatalité et de la PMI</p>
Evaluation de la mise en œuvre des objectifs	A mi-parcours du PRAPS

INTITULE	OBSÈTE DES ENFANTS ET ADULTES (VOLET PREVENTION EN DIRECTION DES PUBLICS DE L'AIDE ALIMENTAIRE)
Contexte	Inégalités nutritionnelles Nécessité d'accompagner les professionnels en 1 ^{ère} ligne, en partant de leurs pratiques et de leurs demandes
Objectif et résultats attendus	Accompagner les structures d'aide alimentaire en matière de nutrition (éducation et offre alimentaire)
Référents ARS	Marion Elissalde, Dr Béatrice-Anne Baratchart, Marie-José CARLACH, Dr Annie BURBAUD
Partenariats	DRAAF IREPS Structures d'aide alimentaire
Objectifs opérationnels	Mener une recherche action en 2 étapes : 1- Réaliser un état des lieux des pratiques en matière de distribution et d'accompagnement des usagers dans les structures d'aide alimentaire afin de recenser les besoins d'accompagnement et de soutien des professionnels et des bénévoles de ces structures 2- Mettre en place des actions d'accompagnement des professionnels et des bénévoles sur la base des données de l'état des lieux
Thèmes abordés	Offre alimentaire, éducation alimentaire
Zone géographique	Ensemble des territoires de santé aquitains
Indicateur(s) de suivi	Réalisation de l'enquête (production d'un rapport) Restitution de l'enquête aux commanditaires et aux structures d'aide alimentaires Nombre et qualité des actions proposées (cohérence avec l'état des lieux)
Financements	Cofinancement ARS-DRAAF
Facteurs de réussite	Partenariat Collaboration des structures d'aide alimentaire
Echéance de réalisation	1 ^{ère} étape : en cours, échéance : 1er semestre 2012 2 ^{nde} étape : 2 nd semestre 2012-2013

INTITULE	OBSÈTE DES ENFANTS ET ADULTES (VOLET DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE)
Contexte	Les enquêtes régionales (programme régional nutrition – enfants et adolescents) et nationales (Obépi) montrent une prévalence plus importante du surpoids et de l'obésité dans les familles socio-économiquement défavorisées.
Objectif et résultats attendus	Prendre en considération les difficultés particulières des personnes en difficulté ayant des problèmes de surpoids et d'obésité dans le cadre de l'organisation du dispositif gradué du dépistage et de la prise en charge et dans la mise en place des programmes d'éducation thérapeutique du patient dans le domaine.
Référents ARS	Dr Béatrice-Anne BARATCHART, Dr Laura FERNANDEZ, Marie-José CARLACH, Dr Annie BURBAUD
Partenariats souhaités	Centres spécialisés obésité Nord et Sud Aquitaine Partenaires et réseaux associés PASS Centres d'examen de santé
Objectifs opérationnels	Faciliter le dépistage et la prise en charge des personnes en difficulté en la prévoyant explicitement dans la formalisation du partenariat entre centres spécialisés et réseaux associés Développer un partenariat entre les centres spécialisés et les centres d'examen de santé ainsi que les PASS
Thèmes abordés	Accompagnement Médiation Prise en charge Education thérapeutique
Zone géographique	Région
Indicateur(s) de suivi	Nombre de personnes bénéficiaires de la CMU/AME... suivies
Financements	ARS
Facteurs de réussite	Organisation en cours d'élaboration Plan national obésité/PNNS
Evaluation de la mise en œuvre des objectifs	A mi parcours du PRAPS

INTITULE	ADDICTIONS / SANTE MENTALE
Contexte	Les centres de soins, accompagnement et prévention en addictologie (CSAPA), les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques auprès des usagers de drogues (CAARUD) et les consultations jeunes consommateurs (CJC) rencontrent des personnes en grande précarité présentant des conduites addictives et parfois des manifestations de souffrance psycho sociale, des troubles psychiatriques et une désocialisation importante. De ce fait, des liens sont nécessaires à mettre en œuvre entre les professionnels d'addictologie, de psychiatrie et du secteur social.
Objectif et résultats attendus	Organiser un partenariat entre établissements sociaux, médico-sociaux, équipes de soin psychiatrique et les services d'addictologie formalisé sur chaque territoire de santé.
Référents ARS	Dr Martine VALADIE-JEANNEL, Marie-José CARLACH, Dr Annie BURBAUD
Partenariats souhaités	CSAPA pivots sur chaque territoire, hôpitaux psychiatriques, PASS, intervenants sociaux (CHRS, SAMU social, associations porteuses de dispositifs d'hébergement [lits halte soins santé (LHSS), appartements de coordination thérapeutique (ACT)], SSR addiction, centres thérapeutiques résidentiels, CAARUD, CJC. Conférences de territoire
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - S'appuyer sur les CSAPA pivots sur chaque territoire de santé pour faciliter les articulations et la fluidité des parcours des personnes. - Créer des places dans le secteur médico-social pour l'hébergement médicalisé.
Thèmes abordés	<ul style="list-style-type: none"> - Hébergement des personnes - Renforcement des compétences psycho sociales des personnes - Développement des actions de repérage précoce et de réduction des dommages liés aux consommations - Prévention des rechutes et de la chronicité - Accompagnement des personnes présentant des conduites addictives de longue date et des troubles cognitifs
Zone géographique	Centres urbains Certaines zones rurales plus particulièrement concernées (à définir) Tout le littoral
Indicateur(s) de suivi	Nombre de conventions passées entre les CSAPA pivots et les structures partenaires. Nombre de places créées (LHSS, ACT, FAM)
Financements	ARS (ONDAM médico-social, MIG, crédits de prévention) Cohésion sociale Collectivités territoriales
Facteurs de réussite	Bonne connaissance réciproque des acteurs impliqués sur un même territoire Bonne complémentarité entre les dispositifs mis en œuvre dans les domaines social, médico-social et sanitaire.
Evaluation de la mise en œuvre des objectif	A mi parcours du PRAPS

INTITULE	REINFORCEMENT DES MOYENS DES PASS
Contexte	<p>Les PASS s'inscrivent dans le rôle social imparti à l'hôpital pour contribuer à la lutte contre l'exclusion. Elles sont définies comme des cellules de prise en charge médico-sociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies aux droits mais aussi aux soins. Or, le constat fait en Aquitaine montre que trop souvent l'organisation des PASS repose sur une assistante sociale, la médicalisation étant insuffisante.</p> <p>Compte tenu du contexte socioéconomique (paupérisation, renoncement aux soins pour raisons financières...) et des problèmes médicaux spécifiques présentés, l'enjeu pour les années à venir va être de favoriser la pluridisciplinarité des équipes pour répondre aux besoins, de valoriser l'activité des PASS, de mieux structurer leurs partenariats internes et externes.</p>
Objectif général et résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la pluridisciplinarité (médecins, infirmiers, dentistes, sage-femmes...) - Développer les équipes mobiles sur les territoires de santé
Référents ARS	Marie-José CARLACH, Dr Annie BURBAUD
Partenariats souhaités	Etablissements de santé Coordination régionale des PASS URPS dentaire Conseil de l'Ordre Associations assurant des prises en charge sociales et/ou médicales (CHRS, SAMU social, Médecins du Monde...)
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser la prise en charge médicale (somatique et psychologique), paramédicale et dentaire - Assurer des consultations (équipes mobiles) dans les structures d'accueil des populations en situation de précarité (CHRS, structures d'accueil d'urgence...)
Thèmes abordés	Repérage des problèmes, dépistage, accompagnement, prévention, soins, orientation
Zone géographique	A déterminer
Indicateur(s) de suivi	Nombre de PASS disposant d'une équipe pluridisciplinaire, d'une équipe mobile
Financements	ARS
Facteurs de réussite	Prise en compte de la précarité incluse dans le projet d'établissement Formations au repérage de la précarité dans l'établissement Existence d'un comité de pilotage des PASS avec la direction et différents services
Evaluation de la mise en œuvre des objectifs	A mi parcours du PRAPS

2. COMPOSITION DU GROUPE PROJET

MEMBRES	QUALITÉ
Béatrice-Anne BARATCHART	Médecin Département PPS - ARS Siège
Céline BRAZZOROTTO	Service Santé publique ARS - DT24
Annie BURBAUD	Médecin Département PPS - ARS Siège Chef de projet PRAPS
Marie-José CARLACH	Responsable du Service Promotion de la santé - ARS Siège Chef de projet PRAPS
Annie CLAVEL-SARRAZIN	Responsable Service Santé publique ARS - DT33
Valérie DANGER	Service Promotion de la santé - ARS Siège
Emilie DE SAINT POL	Service Promotion de la santé - ARS Siège
Julia DOUTREIX	Médecin DSPOMS - ARS Siège Chef de projet « VAGUSAN »
Christian HOSSELEYRE	Service Santé publique ARS - DT64
Nadège LAYLLE	Service Santé publique ARS - DT40
Martine LUGAT	Service Santé publique ARS - DT24
Claire MORISSON	Ingénieur Santé Environnement - ARS Siège
Frédéric OCANA	Service Santé publique ARS - DT33
Daniel PEREZ	Médecin ARS - DT64
Pierre POUYANNE	Médecin DOS - ARS Siège Référént détenus, soins ambulatoires et urgences
Martine RUELLO	Responsable du Service Prévention médicalisée - ARS Siège
Martine SENCEY	Médecin DOS - ARS Siège Chef de projet «Maladies Chroniques»
Joao SIMOES	Médecin DSPOMS - ARS Siège Chef de projet « VAGUSAN »
Joséphine TAMARIT	Responsable Département PPS - ARS Siège Chef de projet SRP
Martine VALADIE-JEANNEL	Médecin DSPOMS (Addictions) - ARS Siège
Josiane VERGA	Service Santé publique ARS - DT47
COMPÉTENCES EXTERNES	
Vincent VAN LACKEN	Directeur Régional IREPS/Pôle de compétence en EPS
Delphine COURALET	Responsable antenne Gironde IREPS/Pôle de compétence en EPS
André OCHOA	Directeur ORSA
Francis NOCK	Consultant en santé publique

3. COMPOSITION DU COMITÉ DE PILOTAGE

Chefs de projet : Annie BURBAUD - Marie-José CARLACH - **Consultant externe :** François NOCK

REPRÉSENTATION	TERRITOIRE	STRUCTURES OU PERSONNES REPRÉSENTÉES	TITRE	NOM	PRÉNOM
Représentants ARS	Région	ARS Siège : Schéma de Prévention	Mme	TAMARIT	Joséphine
Représentants ARS	Région	ARS Siège : Schéma de l'organisation sanitaire	Mme	LAFLAQUIERE	Sabine
Représentants ARS	Région	ARS Siège : Schéma de l'organisation médico-sociale	Mme	LUFFLADE	Viviane
Représentants ARS	Région	ARS Siège : Département Prévention Promotion Santé	Mme	DE SAINT POL	Emilie
Représentants ARS	24	ARS - DT 24	Mme	GRANDGUILLOT	Hélène
Représentants ARS	33	ARS - DT 33	Mme	CLAVEL-SARRAZIN	Annie
Représentants ARS	33	ARS - DT 33	M.	OCANA	Frédéric
Représentants ARS	47	ARS - DT 47	Mme	VERGA	Josiane
Représentants ARS	64	ARS - DT 64	M.	HOSSELEYRE	Christian
Représentants ARS	40	ARS - DT 40	Mme	PERRIN	Colette
Représentants ARS	40	ARS - DT 40	M.	LAPERLE	Philippe
Représentants Etat	33	Direction Départementale de la Cohésion Sociale	M.	CAILLIET	Vincent
Représentants Etat	Région	OFII Direction Territoriale	M.	AFCHAIN	Nicolas
Représentants Etat	Région	Préfecture/Politique Ville - SGAR	Mme	LAFON	Monique
Représentants Etat	Région	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale	Mme	LE MAO	Liliane
Représentants Etat	Région	Direction de la PJJ	M.	VANDEBERGHE	Yves
Collectivités territoriales	24	Conseil Général de la Dordogne	Mme le Dr	CAUCAT	Bénédicte
Collectivités territoriales	33	Conseil Général de la Gironde	Mme	NORMANDIN	Françoise
Collectivités territoriales	40	Conseil Général des Landes	M.	BARDET	Dominique
Collectivités territoriales	47	Conseil Général du Lot-et-Garonne	Mme le Dr	CAPPIELLO	Annie
Collectivités territoriales	64	Conseil Général des Pyrénées-Atlantiques	Mme	COSTEDOAT	Frédérica
Assurance Maladie	Région	CARSAT service social	Mme	POIRIER-LEYSSIEUX	Roselyne
Assurance Maladie	40	CPAM Landes	Mme	DU COURNAU	Martine
Assurance Maladie	Sud Aquitaine	MSA	M.	RIAUD	Gilles
Assurance Maladie	47	Centres examen de Santé	M. le Dr	AIRAUD	André

REPRÉSENTATION	TERRITOIRE	STRUCTURES OU PERSONNES REPRÉSENTÉES	TITRE	NOM	PRÉNOM
Etablissements de santé	40	PASS de Mont-de-Marsan	Mme	CROZES	Muriel
Etablissements de santé	64	PASS de Bayonne	M.	SAINT VAL	Thierry
Etablissements de santé	33	Service social CHU Bordeaux	Mme	BROTHIER	Jacqueline
Etablissements de santé	33	PASS régionale St André	M. le Dr	ROUILLARD	Jean-François
Etablissements médico-sociaux	33	CEID	M.	BOURGUIGON	Nicolas
Professionnels de santé libéraux		URPS Infirmiers	Mme	GOYENECHE	Fabienne
Professionnels de santé libéraux		URPS pharmaciens	M.	BERTHELON	Patrick
Associations accueillant des populations en difficulté	24	CHRS -FNARS	M.	REYNAL	Jean-Louis
Associations accueillant des populations en difficulté	33	Médecins du Monde - Bordeaux	M. le Pr	HENRY	Patrick
Associations accueillant des populations en difficulté	33	Samu social	M.	BODIN	Gérard
Associations accueillant des populations en difficulté	33	Réseau social Haute Gironde	Mme	BOUCHIN	Karine
Usagers ou représentants d'usagers- Associations thématiques		Ligue cancer	Mme	LAURENT-DASPAS	Marie
Usagers ou représentants d'usagers- Associations thématiques		AIDES Région Sud-Ouest	M.	BROUARD	Anthony
Territoires de santé	Région	IREPS - Santé et territoires	M.	WIEHN	Arnaud
Territoires de santé	33	Ville de Bordeaux - Ateliers santé ville	Mme	LHERM	Pascaline
Territoires de santé	33	Pays Médoc	Mme	BRUN	Marjorie
Observatoire de la santé	Région	ORSA	M.	OCHOA	André
Organisme d'Education et Promotion de la Santé	Région	IREPS	M.	VAN LACKEN	Vincent

4. TRAVAUX RÉALISÉS LORS DES CONCERTATIONS TERRITORIALES

POPULATIONS THÉMATIQUES	TERRITOIRE DE DORDOGNE	TERRITOIRE DE GIRONDE	TERRITOIRE DES LANDES	TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE	TERRITOIRE DE BÉARN-SOULE	TERRITOIRE DE NAVARRE CÔTE BASQUE
PERSONNES VIVANT EN MILIEU URBAIN	Personnes vivant dans la rue	Accompagner les personnes en grande précarité	Santé mentale des plus démunis Errance urbaine et addictions	Jeunes en situation de précarité	Grande précarité Travailleurs pauvres	Travailleurs pauvres
PERSONNES VIVANT EN MILIEU RURAL	L'habitat indigne et la santé	Personnes isolées		Personnes isolées	Grande précarité	
PERSONNES CARACTÉRISÉES PAR LEUR MOBILITÉ OU LEUR ORIGINE			Travailleurs saisonniers	Dépasser les différences culturelles	Gens du voyage	
PERSONNES DÉTENUES OU SOUS MAIN DE JUSTICE	Santé des détenus		Personnes détenues et sous protection judiciaire	Santé des détenus	Santé des détenus	Santé des détenus
PLACE DES PASS DANS LE PARCOURS DE SANTÉ	La place des PASS dans le parcours de santé	La place des PASS dans le parcours de santé	La place des PASS et Pôles de Santé publique dans le parcours de santé			La place des PASS dans le parcours de santé
AUTRES THÉMATIQUES			Précarité et périnatalité			

5. GRILLE D'AIDE AU JUGEMENT ÉVALUATIF SUR LES ACTIONS FINANCÉES

Programme ou axe : _____ Année(s) : _____
 N° du dossier : _____ Promoteur : _____
 Date de l'évaluation : _____
 Intitulé de l'action : _____

CRITÈRES	INDICATEURS	SOURCES			AVIS DE L'INSTRUCTEUR	APPRÉCIATION GLOBALE	RECOMMANDATIONS
		DOCUMENTS	OPÉRATEUR	PARTENAIRES			
I CONFORMITÉ PAR RAPPORT AU PRÉVISIONNEL	1 - Degré de réalisation des objectifs annoncés						
	2 - Activités effectivement menées						
	3 - Population rejointe par l'action						
	4 - Couverture temporelle et géographique						
	5 - Efficience au regard des indicateurs ci-dessus						
II INSCRIPTION DANS LE DISPOSITIF, ANCRAGE, SOUTIEN SOCIAL, PÉRENNITÉ	1 - Complémentarité avec l'offre existante						
	2 - Adéquation avec les plans nationaux, régionaux						
	3 - Articulation, collaboration au sein du secteur						
	4 - Collaboration intersectorielle, interdisciplinaire						
	5 - Soutien d'associations, de groupes d'usagers						
	6 - Degré de formalisation des collaborations						

Notation :

NSP : ne sait pas SO : sans objet

-- : non réalisé - : peu satisfaisant, doit être amélioré

+ : assez satisfaisant, peut être amélioré

++ : satisfaisant

CRITÈRES	INDICATEURS	SOURCES				AVIS DE L'INSTRUCTEUR	APPRÉCIATION GLOBALE	RECOMMANDATIONS
		DOCUMENTS	OPÉRATEUR	PARTENAIRES	BÉNÉFICIAIRES			
III EFFETS OBTENUS, SERVICE RENDU	1 - Adéquation de l'offre à des besoins des usagers							
	2 - Variété, palette de l'offre proposée							
	3 - Qualité de l'offre proposée							
	4 - Compétences, qualification des acteurs/intervenants							
	5 - Effets: au niveau des usagers							
	6 - au niveau de l'environnement/intégration sociale							
	7 - au niveau du dispositif et de la réglementation							

CRITÈRES	INDICATEURS	SOURCES				AVIS DE L'INSTRUCTEUR	APPRÉCIATION GLOBALE	RECOMMANDATIONS
		DOCUMENTS	OPÉRATEUR	PARTENAIRES	BÉNÉFICIAIRES			
IV GOUVERNANCE, PILOTAGE, GESTION DES RESSOURCES, PARTICIPATION DES USAGERS	1 - Existence/fonctionnement d'un pilotage stratégique							
	2 - Existence/fonctionnement d'un pilotage technique							
	3 - Niveau de participation des usagers							
	4 - Niveau de participation des acteurs de terrain							
	5 - Répartition des rôles et des responsabilités							
	6 - Existence/qualité des outils de communication interne							
	7 - Maintien/amélioration des compétences des acteurs							

Notation :

NSP : ne sait pas

SO : sans objet

-- : non réalisé

- : peu satisfaisant, doit être amélioré

+ : assez satisfaisant, peut être amélioré

++ : satisfaisant

CRITÈRES	INDICATEURS	SOURCES				AVIS DE L'INSTRUCTEUR	APPRÉCIATION GLOBALE	RECOMMANDATIONS
		DOCUMENTS	OPÉRATEUR	PARTENAIRES	BÉNÉFICIAIRES			
V COMMUNICATION EXTERNE, VISIBILITÉ, NOTORIÉTÉ	1 - Existence/qualité de la communication sur l'offre: en direction du public cible							
	2 - en direction des relais potentiels							
	3 - Notoriété du programme/de l'action							
VI SUIVI, ÉVALUATION	1 - Définition de critères et d'indicateurs d'évaluation							
	2 - Effectivité du recueil de données, tableau de bord							
	3 - Existence de temps d'analyse critique							
	4 - Modifications, réorientations d'objectifs							
	5 - Attitude par rapport à la mission d'évaluation : Accès aux informations, ouverture à la discussion...							

Notation :

NSP : ne sait pas SO : sans objet

-- : non réalisé

- : peu satisfaisant, doit être amélioré

+ : assez satisfaisant, peut être amélioré

++ : satisfaisant

Remarques générales:

Propositions :



Glossaire



A

AAH : Allocation adulte handicapé

ACS : Aide au paiement d'une complémentaire santé

ACT : Appartements de coordination thérapeutique

AIDES : Association de lutte contre le SIDA

AME : Aide médicale d'état

ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

ARS : Agence régionale de santé

ASV : Atelier santé ville

ATD : Aide à toute détresse

C

CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CAF : Caisse d'allocations familiales

CASO : Centre d'accueil, de soins et d'orientation

CCAS : Centre communal d'action sociale

CH : Centre hospitalier

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CHS : Centre hospitalier spécialisé

CIADT : Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire

CMU : Couverture maladie universelle

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

CODIR : Comité directeur de l'agence régionale de santé

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CRPS : Centre de réadaptation psycho-sociale

CRS : Conférence régionale de santé (loi de santé publique du 9 août 2004)

CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

CUB : Communauté urbaine de Bordeaux

D

DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

DT-ARS : Délégation territoriale de l'agence régionale de santé

DDCS : Direction départementale de la cohésion sociale

DDCS-PP : Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations

E

EHPAD : Établissement hospitalier pour les personnes âgées dépendantes

EM Jeunes : Équipe mobile jeunes

EMPP : Équipe mobile de psychiatrie précarité

ETP : Éducation thérapeutique du patient

ETP : Équivalent temps plein

F/G

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

FMC : Formation médicale continue

GEM : Groupe d'entraide mutuelle

GRITTA : Groupe de recherche et de réflexion des intervenants en toxicomanie d'Aquitaine

GRSP : Groupement régional de santé publique

I

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INVS : Institut national de veille sanitaire

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

IREPS : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé

IST : Infections sexuellement transmissibles

L/M/O

LAM : Lits d'accueil médicalisés

LHSS : Lits halte soins santé

MDSI : Maison départementale de la solidarité et de l'insertion

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

MSA : Mutualité sociale agricole

OFPRA : Office français de protection des réfugiés et apatrides

ORSA : Observatoire régional de la santé Aquitaine

P

PASS : Permanences d'accès aux soins de santé

PDAHI : Plan départemental d'accueil, d'hébergement et d'insertion

PDALPD : Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées

PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse

PMI : Protection maternelle et infantile

PNNS : Programme national nutrition santé

PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

PreCEPS : Pôle régional de compétence en éducation pour la santé

PRIPi : Programme régional d'intégration des populations immigrées

PRS : Projet régional de santé

PSRS : Plan stratégique régional de santé

R

RMI : Revenu minimum d'insertion

RSA : Revenu de solidarité active

RSI : Régime social des indépendants

S

SAMENTA : Étude portant sur la santé mentale et les addictions des personnes sans logement

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAMU social : Service d'aide médicale urgente, mais centrée sur les problématiques sociales

SAVS : Services d'accompagnement à la vie sociale

SDF : Sans domicile fixe

SROMS : Schéma régional d'organisation médico-sociale

SROS : Schéma régional d'organisation des soins

SRP : Schéma régional de prévention

U/V

UCSA : Unité de consultation et de soins ambulatoires

URPS : Union régionale des professionnels de santé

VIH : Virus de l'immunodéficience acquise humaine

ars

» Agence Régionale de Santé
Aquitaine

www.ars.aquitaine.sante.fr

Agence Régionale de Santé d'Aquitaine

Espace Rodesse
103 bis rue Belleville - CS 91704
33063 Bordeaux Cedex

Tél : 05 57 01 44 00 / Fax : 05 57 01 47 85

ars-aquitaine-contact@ars.sante.fr