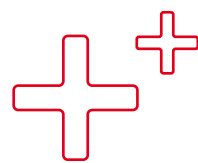
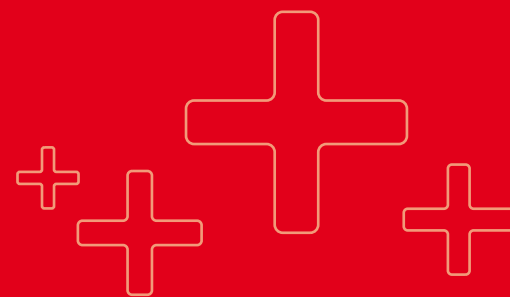


III.2

LE PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS (P.R.A.P.S.) EN DIRECTION DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ



Sommaire

I. PÉRIMÈTRE D'INTERVENTION DU PRAPS	824	II.4. ACCÈS A L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL	853
I.1. LE PRAPS DANS LA PROGRAMMATION RÉGIONALE PRS	824	FICHE PROGRAMME n° 11 : Les lits halte soins santé (LHSS)	853
I.2. LES FINALITÉS DU PRAPS	827	FICHE PROGRAMME n° 12 : Appartements de coordination thérapeutique (ACT)	854
II. LES FICHES PROGRAMMES DU PRAPS	832	FICHE PROGRAMME n° 13 : Les structures d'addictologie	856
II.1. ACCÈS AUX DROITS	832	ACTIONS CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL, INSCRITES DANS LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ	858
FICHE PROGRAMME n° 1 : CMU-C	832	II.5. FICHE PROGRAMME TRANSVERSALE	859
FICHE PROGRAMME n° 2 : l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS)	834	FICHE PROGRAMME n° 14 : Accompagnants santé	859
FICHE PROGRAMME n° 3 : Le tiers payant social	835	III. SUIVI ET ÉVALUATION DU PRAPS	860
FICHE PROGRAMME n° 4 : L'aide médicale d'État (AME) et les soins urgents	836	IV. LEVIERS FINANCIERS	860
ACTIONS CONCERNANT L'ACCÈS AUX DROITS INSCRITES DANS LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ	837	ANNEXES	861
II.2. ACCÈS AUX SOINS	838	ENQUÊTE RÉGIONALE SANTÉ PRÉCARITÉ (ORS - MAI 2011)	861
FICHE PROGRAMME n° 5 : Accès aux soins de 1er recours	838		
FICHE PROGRAMME n° 6 : Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)	839		
FICHE PROGRAMME n° 7 : Équipes mobiles psychiatrie précarité	845		
ACTIONS CONCERNANT L'ACCÈS AUX SOINS, INSCRITES DANS LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ	846		
II.3. ACCÈS A LA PRÉVENTION - PROMOTION DE LA SANTÉ	847		
FICHE PROGRAMME n° 8 : Accès et recours au dépistage	847		
FICHE PROGRAMME n° 9 : Nutrition et activité physique	849		
FICHE PROGRAMME n° 10 : Sevrage tabagique	850		
ACTIONS CONCERNANT LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ, INSCRITES DANS LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ	851		

I. PÉRIMÈTRE D'INTERVENTION DU PRAPS

I.1. LE PRAPS DANS LA PROGRAMMATION RÉGIONALE PRS

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ont été confirmés par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Ils constituent l'un des programmes obligatoires du projet régional de santé et visent, aux termes de la loi, les personnes « les plus démunies ».

Ils ont été élaborés, pour la première fois, en 1999, en application des dispositions de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998. Deux autres générations de PRAPS ont ensuite été mises en œuvre par les DRASS et leurs partenaires (ARH, DDASS, caisses, établissements, collectivités, associations etc.).

Les trois premières générations de PRAPS ont été construites dans un contexte administratif régional différent de celui d'aujourd'hui. Schématiquement, l'existence des DRASS et DDASS contribuait au rapprochement des secteurs santé et social. Mais, à l'inverse, il n'existait pas la cohérence portée désormais par les ARS entre le soin hospitalier, les soins de ville, la prévention et l'accompagnement médico-social.

Les nouveaux PRAPS sont porteurs d'enjeux de transversalité au sein comme en dehors de l'agence régionale de santé. L'enjeu de cette nouvelle génération de PRAPS est de s'inscrire dans cette dynamique régionale transversale constituée par le rapprochement des secteurs de la prévention, du soin, de l'accompagnement médico-social et de l'assurance maladie.

Le PRAPS doit être conçu en application du PSRS et des 3 schémas. **Il ne doit pas être compris comme la déclinaison du seul schéma régional de prévention puisqu'il s'attache notamment au parcours de soins des personnes démunies.** Le schéma de prévention projette de « passer d'une logique de prévention fondée sur l'individu à une logique de promotion de la santé agissant simultanément sur les différents facteurs qui vont influencer la santé » ; cette démarche doit avoir des effets sur toute la population y compris les plus vulnérables. Il prend en compte la population ciblée par le PRAPS, en particulier à travers un objectif stratégique qui prévoit de « Mieux accompagner les personnes en situation de précarité ou d'exclusion dans une démarche d'appropriation de leur santé » (p. 130 et 137 de ce schéma).

Le schéma régional de l'organisation médico-sociale et le schéma régional d'organisation des soins intègrent les besoins des personnes en situation de précarité dans les actions et les organisations proposées.

Le PRAPS, comme l'a souhaité le législateur, est centré sur les « plus démunis ». Il bénéficie d'une antériorité et propose des solutions à relativement court terme, concernant l'accès aux droits, aux soins et à la prévention. Le PRAPS agit ainsi sur un certain nombre de déterminants de la santé pour les individus les plus éloignés du système de santé. Il contribue ainsi par une action favorable sur le bas de l'échelle sociale à réduire certaines inégalités de santé.

En définissant et organisant les actions permettant d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis, le PRAPS s'inscrit pleinement dans les axes prioritaires décrits au Plan Stratégique Régional de santé.

Mais le PRAPS ne peut résumer à lui seul la réduction des inégalités de santé, qui doit inspirer l'ensemble de la programmation régionale et qui s'appuie essentiellement sur d'autres mesures visant à agir sur l'ensemble des déterminants de la santé (sociaux, environnementaux etc.), tout au long du gradient social. Lutter contre les inégalités de santé s'inscrit dans le long terme et fait appel à des partenariats intersectoriels et interministériels qui seront à construire dans la durée.

Extrait PSRS : « Il s'agit d'élaborer, un système adapté de santé dont l'organisation et le fonctionnement doivent permettre de répondre à l'enjeu majeur de réduction des inégalités.

Ce système vise d'abord à améliorer l'offre de droit commun et son accès pour tous et, en complément de cette approche systémique, il déploie des actions pour les populations et les territoires vulnérables.

La lutte contre les inégalités s'inscrit bien dans ce double registre et ne se limite donc pas à cibler les seules populations et/ou territoires les plus démunis. »

Le PRAPS Limousin est conçu comme un programme décrivant des orientations prioritaires en matière d'accès à la santé pour les plus démunis qui seront, au même titre que les schémas, déclinées dans les territoires de proximité.

RAPPEL : LES PRIORITÉS DU PRS

Finalité PRS : Réduire les inégalités de santé

Trois axes stratégiques structurants du PRS :

→ Agir favorablement sur les déterminants socio - environnementaux de santé (Prévention par la Promotion de la santé)

→ Garantir l'accès pour tous, sans perte de chances, à une offre de santé de qualité :

- prévention : éducation à la santé / dépistage – vaccination / éducation thérapeutique / Veille et alerte sanitaires

- soins hospitaliers et ambulatoires

- accompagnement et soins médico-sociaux

→ Garantir la continuité et la lisibilité de la prise en charge dans le respect du droit des usagers.

Ces axes s'inscrivant dans un contexte de nécessaire **maîtrise des dépenses de santé.**

Sur les territoires où divers indicateurs témoignent d'inégalités sociales de santé et de fragilités spécifiques la loi HPST intègre la possibilité de mise en place de contrats locaux de santé (CLS) « Art. L1434-17 du CSP : La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de Contrats Locaux de Santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. »

Le Contrat Local de Santé est l'instrument de la consolidation du partenariat local sur les questions de santé. Il incarne une dimension intersectorielle de la politique régionale de santé dans le but de favoriser:

- L'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au niveau local
- L'accès des personnes, notamment « démunies », aux soins, aux services, et à la prévention ;
- La promotion et le respect des droits des usagers du système de santé.

Il renforce la qualité de la mise en œuvre de la politique de santé au niveau local dans le respect des objectifs inscrits dans le Projet Régional de santé (PRS) en assurant à ce niveau la coordination des financeurs et des politiques impactant la santé mais aussi des acteurs.

La signature de quatre CLS est programmée pour l'année 2011 par l'ARS du Limousin, sur trois territoires ruraux et une ville :

- Le territoire de la Haute Corrèze
- La communauté de communes Aubusson – Felletin en Creuse
- La communauté de communes Bourgneuf - Royères de Vassivière en Creuse
- Les quartiers de priorité 1 de la politique de la ville sur Limoges.

Ces CLS intègrent des actions en directions des populations les plus démunies présentes sur ces territoires. Elles seront présentées au sein des fiches programmes de ce document.

Processus d'élaboration du PRAPS

Un comité de pilotage composé de représentants de l'ARS, des Conseils Généraux, de la DRJSCS et DDCSPP a élaboré le projet de PRAPS en s'appuyant sur une méthodologie définie au plan national.

Il s'est réuni trois fois entre mai et octobre 2011.

L'accès aux droits, aux soins, à la prévention et promotion santé, à l'accompagnement médico-social des personnes les plus démunies a été diagnostiqué à partir des dispositifs clés qui ont été identifiés dans ce cadre.

Les actions PRAPS ont été élaborées sur la base des problématiques ainsi identifiées et d'un croisement établi avec les travaux menés dans le cadre des contrats locaux de santé.

I.2. LES FINALITÉS DU PRAPS

Le lien entre la situation sociale et de multiples aspects de l'état de santé (comportements à risque, incidence et pronostic de nombreuses pathologies, modalités de la prise en charge, mortalité, accès à la prévention) est à présent bien établi dans la littérature scientifique, notamment en France (Fassin et al, 2000 ; Joubert et al., 2001 ; Goldberg et al., 2003 ; HCSP, 2003 ; Moulin et al., 2005 ; ONPES, 2006). Les données recueillies au fil des années ont montré qu'en dépit d'une amélioration globale et incontestable de la santé dans les pays industrialisés, les inégalités de santé non seulement persistent mais ne cessent de s'aggraver depuis la période consécutive à la Seconde Guerre mondiale.

Ainsi, le quatrième rapport produit sur l'état de santé la population en France (2009/2010), élaboré dans le cadre du suivi des objectifs associés à la loi de santé publique du 9 août 2004, montre que malgré l'amélioration des conditions de vie et les progrès des prises en charge médicales, des disparités sociales significatives demeurent en matière de santé en France. En outre, le taux de renoncement aux soins pour raisons financières concerne encore 15% de la population métropolitaine (cf. enquête « Santé protection sociale » de l'Institut de recherche et documentation de la santé – IRDES – en 2008). L'absence de couverture complémentaire est le facteur principal du renoncement : 29% des personnes non protégées ont renoncé à des soins, contre 15% des personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire (privée ou CMUC).

De plus, les observatoires des structures associatives qui accueillent dans leurs permanences les publics les plus éloignés des soins (sans domicile stable, étrangers en situation de déshérence...) constatent une aggravation récente des problèmes de ces personnes. Ainsi, l'observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde note que, de 2000 à 2004, la proportion des Français dans ses centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) est passée de 21,7 % à 11,2 %, grâce à l'impact très positif de l'instauration de la CMU, alors que les demandes des étrangers ont augmenté, passant de 78,3 % à 88,8 %. Depuis, la situation est restée stable : seulement 19 % des étrangers qui peuvent prétendre à une couverture maladie ont des droits effectivement ouverts. Les principaux obstacles signalés pour l'accès à ces droits sont la difficulté de la domiciliation, les problèmes linguistiques et la complexité des démarches.

Le rapport 2009 de ce même observatoire indique que 11,5 % des femmes reçues dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) étaient enceintes, que 94 % d'entre elles ne disposaient d'aucune couverture maladie le jour de la consultation. Près de la moitié d'entre elles accusaient un retard de suivi de grossesse.

Le récent rapport de l'IGF et de l'IGAS sur les dépenses liées à l'AME apporte le constat suivant : l'évolution forte des dépenses d'AME en 2009 et sur le premier semestre 2010 ne s'explique pas par une croissance massive du nombre de bénéficiaires de l'AME, puisqu'il n'y a pas eu d'augmentation notable du nombre de consommateurs de soins... L'évolution des dépenses d'AME pourrait être liée principalement à l'effort d'amélioration du contrôle des droits par les hôpitaux, qui permet une nette amélioration des mises en recouvrement.

Afin d'identifier les destinataires de ces programmes, il convient de lister les principales problématiques rencontrées par les plus démunis et les publics cibles associés. Les facteurs explicatifs des difficultés sont multiples :

- (1) Des problèmes de santé hérités des parents, des comportements ou de mauvaises habitudes transmises par la famille. Précarité et pauvreté apparaissent particulièrement associées à des suivis de grossesse insuffisants, voire inexistant, responsables de morbidité chez la mère et l'enfant. C'est ainsi que certaines pathologies sont transmises in utero par la mère à l'enfant et certaines carences marquent des enfants dès leur plus jeune âge. De même, des problèmes de santé non traités dans l'enfance peuvent induire des troubles ultérieurement. Enfin, des habitudes alimentaires inadaptées ou de comportements à risque conditionnent l'état de santé de toutes les personnes d'une famille ou d'un groupe social (femmes étrangères). Par conséquent, il convient de repérer ces problèmes, d'informer et d'agir au plus tôt pour remédier à ces difficultés en agissant non seulement auprès des personnes directement concernées, mais également en s'appuyant sur les professionnels sociaux et sanitaires qui interviennent auprès des groupes concernés.
- (2) Une moindre perméabilité aux messages de prévention et une plus grande difficulté à appliquer ces messages. Par exemple, les familles démunies ou d'origine étrangère, les personnes demeurant dans les quartiers sensibles, des personnes âgées isolées dans des zones rurales sont peu réceptives à ces informations pour des raisons d'incompréhension, de préférence pour le présent, de préoccupations trop éloignées de leurs difficultés quotidiennes... Cela rend nécessaire l'adaptation des messages pour une meilleure atteinte de leurs publics cibles : simplification, traductions, illustrations plus parlantes, utilisation de partenaires et médias locaux.... En outre, le très faible recours médical, sauf en cas d'urgence, des plus démunis contribue à la rareté de la diffusion des pratiques de dépistage et de vaccination.
- (3) Des conditions de vie plus difficiles, conditions de travail ou de la vie au quotidien. D'une part, ces conditions de vie interfèrent avec les risques de développer une maladie, par exemple : les personnes vivant dans des habitats dégradés, dans certaines zones urbaines ou rurales, peuvent présenter des problèmes de santé spécifiques, comme le saturnisme, l'asthme.... D'autre part, l'éloignement social et géographique de certains habitats à l'égard des lieux où les soins sont dispensés diminue leur accessibilité. On pense particulièrement aux travailleurs pauvres, aux personnes sans logement (SDF ou hébergées), aux gens du voyage...
- (4) Un accès aux soins complexe pour les plus précaires, plus tardif et plus limité pour les personnes en difficultés financières. Les plus précaires ou grands exclus auront des difficultés à aller se faire soigner (difficulté à se présenter devant le médecin avec des problèmes révélant trop franchement leurs conditions de vie dégradées, difficultés de couverture sociale, difficulté de compréhension des systèmes de prise en charge pour les étrangers). Les études montrent qu'il existe un risque pour les plus pauvres de se voir refuser l'accès aux soins par certains médecins, induisant un recours plus fréquent à l'hôpital dans le meilleur des cas, pouvant aboutir à un renoncement aux soins dans des cas moins favorables ou pour des soins a priori peu dispensés en établissement de santé.

Les difficultés d'accès aux soins des personnes vivant dans des situations de précarité ne concernent pas seulement les soins de premier recours, mais également l'accès à des soins spécialisés, c'est le cas notamment de l'accès à certains traitements dans le cas de pathologies nécessitant un traitement au long cours.

En outre, les personnes les plus en difficultés, grands exclus ou personnes isolées sur un plan géographique, social, culturel ou en raison de leurs difficultés de compréhension de la langue posent un problème encore plus complexe à résoudre, car elles ne recourent pas aux soins : perçoivent mal leur besoin et/ou qu'il existe une réponse sanitaire à certaines de leurs difficultés. Il est dès lors nécessaire d'aller vers le patient pour qu'il accepte la démarche de soins, la comprenne et y adhère. Des dispositifs de soins adaptés doivent alors être développés, en particulier les équipes mobiles de soins.

Le PRAPS est un programme qui s'adresse « aux plus démunis ».

Le risque de cette terminologie assez large est qu'elle pourrait conduire à considérer des populations très diverses, importantes quantitativement, et conduisant à un saupoudrage de crédits et d'actions publiques.

C'est pourquoi, un choix doit être fait au sein de chaque région afin de prioriser les publics, les problématiques et les actions à conduire.

Qui sont « les plus démunis » ?

Cette question n'appelle pas de réponse univoque, car elle ne préjuge pas de là où s'arrête la limite supérieure le long du gradient social de ce groupe, par nature très hétérogène, dont la composition dépendra des indicateurs retenus et des contextes locaux.

Il est toutefois clair que la notion de « démunis » vise les personnes situées au plus bas de l'échelle sociale, caractérisées par des désavantages majeurs en termes de revenus, de logement, emploi, utilisation des services, lien social, etc. Ce sont en effet ces personnes qui, plus que tout autre, présentent des difficultés d'accès aux droits (en pratique : accès à une couverture maladie, mais aussi accès aux droits fondamentaux), renoncent à des soins pour des raisons financières, se voient opposer des refus de soins de la part de certains professionnels, ont des difficultés de repérage dans le parcours de soin et de prise en charge médico-sociale, et des difficultés d'accès, notamment secondaire, aux soins.

Très schématiquement, dans les régions très urbanisées : personnes sans chez soi, jeunes en errance, les résidents âgés en foyer de travailleurs migrants (FTM) ou résidences sociales (RS), étrangers en situation irrégulière, personnes en situation de prostitution... Dans d'autres régions : publics ayant déjà un certain niveau d'accès aux soins mais des difficultés du type renoncement pour raisons financières, (personnes âgées ou famille monoparentale à faible revenu avec reste à charge élevé pour les soins), gens du voyage, saisonniers, etc...

Les personnes « fragiles » du fait de leur handicap ou de leur âge ne constituent pas a priori un public « démunis » au sens du PRAPS.

Quels sont les freins à l'accès à la prévention et aux soins ?

La première sélection par publics sera à croiser d'indicateurs objectifs ou subjectifs de difficultés d'accès à la prévention et aux soins pour les publics ou situations devant être prioritairement prises en compte.

Ces difficultés peuvent être appréhendées ainsi :

- Renoncement aux soins pour raison financière, dont les principaux déterminants sont les revenus des personnes, l'importance du reste à charge lors des soins, l'accès à une complémentaire (CMU c ou privée) ou à l'AME, etc. ;
- D'autres formes de renoncements aux soins liées à l'isolement social, aux problèmes de repérage dans le système de santé, à la connaissance des droits inhérents aux couvertures complémentaires, au manque de confiance dans l'institution sanitaire, à d'autres problèmes d'ordre culturel ... ;
- Refus de soins de la part de certains professionnels ;
- Déficit en offre de soins ;
- Difficultés d'offre et dans l'accès aux ESMS...

A titre indicatif, le rapport sur « la santé des personnes sans chez soi » visé dans l'annexe 1 - Ressources utiles - cite les principaux freins aux soins repérés dans un projet d'accès à la santé concernant 8 CHRS toulousains.

Les principaux freins aux soins repérés :

- Absence de «chez soi»
- Freins administratifs et financiers
- Barrière linguistique
- Problématiques intriquées entre santé et social
- Décalage entre l'état de santé réel et ressenti
- Dénî de pathologie, déni du corps
- Expérience négative du système de soin
- Élément de rupture dans l'histoire de vie
- Perte d'estime de soi
- Violence subie et agie
- Sentiment d'isolement, difficultés à demander de l'aide
- Souffrance psychique, stress
- Comportements à risque
- Alcool, poly médication, addiction
- Manque de perspectives ou de projets

- Absence de suivi médical
- Manque de coordination entre les acteurs

Les finalités du PRAPS

Permettre aux personnes les plus démunies d'accéder au système de santé et médico-social de droit commun, par des mesures spécifiques élaborées avec elles, constitue la finalité principale du PRAPS.

Ces mesures spécifiques devront conduire à :

- **Favoriser l'ouverture des droits (droit à bénéficier d'une couverture pour la prise en charge financière des soins, mais aussi droits fondamentaux – pour mémoire : 2011, année des droits des patients...)** ;
- **Adapter l'offre de soins afin d'inscrire les personnes dans la meilleure trajectoire de soins possible (importance de l'offre de premier recours, des PASS, PASS dentaires, des urgences, du secteur psychiatrique, des équipes mobiles, LHSS...)** ;
- **Travailler les problématiques d'admission au sein des services et établissements sociaux et médico-sociaux (personnes âgées, handicapées, immigrées) ; d'où l'importance d'une bonne articulation PRIAC-PRAPS ;**

La prévention, au sens large, est difficile à mettre en œuvre d'emblée auprès et avec les personnes les plus démunies. Elle serait plutôt à considérer après les mesures précédentes. Mais toute nouvelle opportunité de soins ou de prise en charge doit constituer une chance de rattrapage en termes de prévention médicalisée (vaccinations, dépistage etc.).

II. LES FICHES PROGRAMMES DU PRAPS

II.1. ACCÈS AUX DROITS

Afin de faciliter l'accès aux soins et le recours au système de santé, ainsi que réduire les inégalités de santé, il est primordial de veiller, au préalable, à l'effectivité de l'accès aux droits.

FICHE PROGRAMME N° 1 : CMU-C

Description générale

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

La CMU-C est une prise en charge des dépenses de couverture complémentaire assurée par les caisses d'assurance maladie ou par des organismes complémentaires (OC), selon le choix de l'assuré, sous conditions de résidence régulière en France et de ressources, qui doivent être inférieures à 647,58 € par mois en moyenne pour une personne seule en France métropolitaine.

Prenant la forme d'une protection complémentaire gratuite, elle permet à l'assuré une prise en charge des soins à 100 % sans avance de frais, y compris pour le forfait journalier hospitalier. Les bénéficiaires sont exonérés du forfait de 1 € et des franchises. Elle est accordée à environ 4,3 millions de personnes en mars 2010 (marquant une grande stabilité depuis un an, puisque, depuis mars 2009, les effectifs sont en diminution de 0,1 %). Une remontée du nombre de bénéficiaires est toutefois observée depuis le début de l'année 2010

Situation et initiatives locales

Nombre de bénéficiaires (assurés + ayants droit) région Limousin par régime au 31/12/10 :

- Régime général	33 174
CPAM 19	6 979
CPAM 23	5 873
CPAM 87	20 322
- Régime Social des Indépendants.....	3 665
- Régime Social Agricole	2 484
TOTAL RÉGION POUR LES 3 PRINCIPAUX RÉGIMES :.....	39 323

(Source caisses d'assurance maladie)

Les initiatives décrites ci-après sont mises en place à l'initiative des caisses de sécurité sociale :

- Des parcours coordonnés ont été mis en place entre CPAM et CAF pour les bénéficiaires du RSA.
- Communication sur le dispositif CMU-C par voie de presse et d'internet
- En complément du courrier national, un courrier local pour renouvellement est envoyé.

- Formation de personnels d'association de lutte contre la précarité et aide à l'actualisation des connaissances des assistants sociaux
- Envois de mémos relatifs à la CMU-C aux différents partenaires à vocation sociale
- Envois de SMS aux bénéficiaires de la CMU-C qui n'ont pas retourné leur dossier de renouvellement
- Requêtes concernant les assurés de plus de 25 ans susceptibles de bénéficier de la CMU-C

Difficultés relevées

- La barrière de la langue
- La difficulté à fournir les justificatifs demandés liée à la lourdeur du dossier à remplir

Objectif

- Améliorer le taux de couverture de la population concernée

Axes d'intervention

- Mutualiser et coordonner les initiatives locales de promotion du dispositif auprès des assurés.
- Développer l'implication des acteurs intervenant auprès du public (en vertu de l'art L. 861-51 du code de la Sécurité Sociale¹) à apporter leur concours aux personnes dans leur demande de protection complémentaire.
- Alléger la constitution des dossiers.
- Développer l'interprétariat.
- Développer des outils de communication adaptés aux publics visés : traductions, utilisation de pictogrammes, affichage dans les lieux publics ...
- Encourager les synergies associant l'ensemble des acteurs locaux, en facilitant la coopération des offreurs de soins, des caisses d'assurance maladie et des associations assurant un relais vis-à-vis des personnes en situation de précarité

1- Article L861-5 Article modifié (version en vigueur du 1 janvier 1999 au 6 juillet 2000) Créé par Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 - art. 20 () JORF 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000

La demande d'attribution de la protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur en application de l'article L. 861-4, est faite auprès de la caisse du régime d'affiliation du demandeur. Le formulaire de la demande d'adhésion ou le contrat est établi d'après un modèle défini par décret en Conseil d'État. Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'État dans le département ainsi que les établissements de santé apportent leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent.

La décision est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale. En l'absence de notification de la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée.

Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est attribué, dès le dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions prévues aux articles L. 380-1 et L. 861-1. Le bénéfice de cette protection est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées.

Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable.

FICHE PROGRAMME N° 2 : L'AIDE AU PAIEMENT D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS)

Description générale

Mise en place en 2004 pour apporter une réponse aux effets de seuil liés à la CMU-C, l'ACS permet d'attribuer aux foyers dont le niveau de ressources est compris entre le plafond de la CMU-C (634,25 € pour une personne seule en métropole, 705,92 € dans les départements d'outre-mer -DOM) et ce plafond majoré de 26 % depuis le 1/01/2011, puis 30% au 1/01/2012 (761,17 € pour une personne seule en métropole, 847,17 € dans les DOM) une aide couvrant en moyenne la moitié du prix d'une assurance complémentaire.

Le montant de l'aide a été revalorisé de manière significative en 2006, 2009 et 2010 en passant de 75 à 100 € pour les moins de 16 ans, de 75 à 200 € pour les moins de 25 ans, de 150 à 200 € pour les 25-59 ans, de 150 à 350 € pour les 50/59 ans, de 250 à 500€ pour les plus de 60 ans. En outre, le plafond de ressources a été revalorisé en 2007 (de 15 à 20 % au-dessus du plafond de la CMU-C).

En outre, plusieurs actions ont été entreprises depuis 2007 pour simplifier et dynamiser ce dispositif : création d'un chèque envoyé avec l'attestation de droits, afin que les bénéficiaires visualisent directement l'aide à laquelle ils ont droit ; envoi de courriers ciblés aux populations potentiellement concernées parmi les bénéficiaires du minium vieillesse et des prestations familiales (à compter de 2009 ces envois de courriers sont automatisés via des échanges de fichiers de bénéficiaires potentiels entre les branches vieillesse, famille et maladie). Ces efforts ont permis à l'ACS de passer de 492 000 bénéficiaires utilisateurs de l'aide au 31 mai 2009 à 535 000 personnes au 30 novembre 2010, sur une population cible estimée à un peu plus de 2 millions de personnes.

Situation et initiatives locales

Nombre de bénéficiaires ACS (assurés + ayants droit) région Limousin par régime au 31/12/10 :

- Régime général	7 121
CPAM 19	1 648
CPAM 23	1 511
CPAM 87	3 964
- Régime Social des Indépendants.....	436
- Régime Social Agricole	656
TOTAL RÉGION POUR LES 3 PRINCIPAUX RÉGIMES :.....	8 213

(Source caisses d'assurance maladie)

Les actions décrites ci-après sont mises en place à l'initiative des caisses de sécurité sociale :

- Formation de personnels d'association de lutte contre la précarité et d'assistants sociaux
- Envois de mémos relatifs à l'ACS aux différents partenaires à vocation sociale
- Requêtes concernant les assurés de plus de 25 ans susceptibles de bénéficier de l'ACS

- Envoi par la CARSAT d'une proposition d'ACS aux retraités à faibles revenus.

Difficultés relevées en région

L'identification et l'information aux bénéficiaires potentiels

La couverture partielle du montant de la cotisation Mutuelle constitue un frein à l'adhésion effective à une Complémentaire Santé.

Le décalage entre les échéances du contrat Mutualiste et le chèque santé.

Objectif

Améliorer le taux de couverture des bénéficiaires potentiels

Axes d'intervention

- Mutualiser les initiatives locales de promotion du dispositif auprès des assurés
- Encourager les synergies associant l'ensemble des acteurs locaux, en facilitant la coopération des offreurs de soins, des caisses d'assurance maladie et des associations assurant un relais vis-à-vis des personnes en situation de précarité
- Étudier systématiquement le droit à l'ACS en cas de refus CMU-C pour dépassement de ressources.

FICHE PROGRAMME N° 3 : LE TIERS PAYANT SOCIAL

La convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 26 juillet 2011 introduit la notion de tiers payant social dans son article 5 :

«Le tiers payant social pour les bénéficiaires de l'ACS

Les personnes et leurs ayants droit exonérés ou non du ticket modérateur pouvant prétendre au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale sont dispensés de l'avance des frais pour les soins réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant, le ou les médecins correspondants et les médecins en accès spécifique.

Cette procédure dite de « tiers payant social » contribue à l'amélioration de l'accès aux soins et à la lutte contre les inégalités en permettant aux assurés qui rencontrent des difficultés financières de bénéficier de la dispense d'avance de frais.

Les assurés bénéficiaires de ce dispositif d'aide se voient remettre par l'organisme d'assurance ils dépendent une attestation de tiers payant social.

La dispense d'avance des frais est donc accordée systématiquement par le médecin, dans le cadre du parcours de soins, aux bénéficiaires de l'ACS soit sur présentation de l'attestation de tiers payant social, soit sur la base de l'information mise à disposition via les téléservices de l'assurance maladie.

Cette dispense d'avance de frais est réalisée sur la part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Les partenaires conventionnels constatent qu'actuellement dans 74 % des cas, les assurés bénéficiaires de l'ACS se voient offrir la dispense d'avance des frais par leur médecin traitant. L'assurance maladie s'engage à informer l'ensemble des médecins, et tout particulièrement les médecins traitants, des droits à la dispense d'avance des frais pour les bénéficiaires de l'ACS.

Les commissions paritaires locales sont tenues régulièrement informées de la progression du taux de tiers payant.»

Objectif

Améliorer le taux de couverture des bénéficiaires potentiels

Axes d'intervention

- Promouvoir ce dispositif et suivre sa mise en place

FICHE PROGRAMME N° 4 : L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT (AME) ET LES SOINS URGENTS

Description générale

L'Aide médicale de l'État de droit commun (AME) permet à tout étranger résidant en France, en situation irrégulière, de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et dont les ressources ne dépassent pas le seuil d'admission à la CMU-C (634 € pour une personne seule en métropole) de bénéficier, pour lui-même et pour les personnes à sa charge, d'une prise en charge intégrale, avec dispense d'avance de frais, de la quasi-totalité des frais de soins pris en charge par les assurances maladie et maternité dans la limite des tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale, ainsi que du forfait journalier hospitalier.

Par ailleurs, la loi de finances pour 2004 a créé le dispositif des soins urgents (article L.254-1 CASF), ouverts aux personnes majeures qui ne peuvent bénéficier de l'AME (condition de résidence ou de ressources non remplie). Ce dispositif assure une prise en charge limitée aux soins urgents réalisés en établissement hospitalier et dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître.

Conformément à la de la circulaire DHOS/DSS/DGAS du 16 mars 2005, sont également considérés comme urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le sida par exemple).

Sont pris en charge dans ce cadre les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse et mentionnés aux articles L. 2122-1 et suivants du code de la santé publique ainsi que les soins à la femme enceinte et au nouveau-né.

Sont également prises en charge les interruptions de grossesse pour motif médical ainsi que les IVG, les conditions de délai régissant l'accès à ces actes donnant un fondement légal à l'urgence de l'intervention.

Situation et initiatives locales

Nombre de bénéficiaires de l'aide médicale État (assurés + ayant droits) région Limousin pour le régime général uniquement au 31.12.2010 :

CPAM 19	38
CPAM 23	13
CPAM 87	518
TOTAL RÉGIME GÉNÉRAL POUR LA RÉGION :	569

(Source : caisses d'assurance maladie)

Axes d'intervention

- Développer l'interprétariat professionnel : un outil à mettre au service des personnes pour qui la langue française est un obstacle majeur aux soins

Il convient d'assurer aux structures de soins la possibilité de recours simple à des interprètes professionnels pour permettre l'accès aux soins à des personnes qui ne maîtrisent pas le français, dans le respect de la confidentialité et la fiabilité de la traduction que ne permet pas l'assistance d'un conjoint, de parents, d'enfants...

ACTIONS CONCERNANT L'ACCÈS AUX DROITS INSCRITES DANS LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ

Le CLS de Limoges prévoit de développer des actions visant à faciliter l'accès aux droits des publics des quartiers afin de lutter contre le renoncement aux soins. La CPAM est un opérateur essentiel de cette démarche; elle prévoit d'agir à différents niveaux :

- auprès des assistants sociaux et personnes assimilées qui aident directement les personnes dans leurs démarches en :

Mettant en place des accès privilégiés pour les assistants sociaux sur les divers canaux de contact de la CPAM (PFS, accueil physique et mails)

Désignant des référents dédiés à la CPAM (pour les appels ou mails nécessitant un transfert en niveau 2)

Contribuant à l'actualisation des connaissances concernant les droits

- auprès des associations et structures relais qui sont directement au contact des personnes précaires en offrant un appui documentaire
- Et auprès des populations précaires bénéficiaires des dispositifs tels que l'AME, la CMU de base ou complémentaire, l'ACS en proposant des accueils sur de plages horaires identifiées.

L'enjeu d'interprétariat a été pris en compte dans le cadre du CLS de Limoges avec le soutien, le développement des actions d'interprétariat.

Une expérimentation organisée d'interprétariat, mise à disposition pour la PASS Mobile santé précarité du Centre Hospitalier Esquirol démarre fin 2011.

Un autre projet porté par la PASS du CHU doit permettre la réalisation d'une plaquette d'information traduite en plusieurs langues

II.2. ACCÈS AUX SOINS

Les publics précaires ou les plus en difficultés n'ont pas recours au système de soins selon les mêmes modalités que l'ensemble de la population. Leur recours au système de soins est plus tardif, il s'effectue moins fréquemment au cabinet du généraliste, le spécialiste étant encore plus rarement mobilisé. On a pu constater au niveau national que ces publics s'adressaient préférentiellement aux établissements de santé, là où s'applique la règle du tiers-payant et où l'ensemble des moyens sont accessibles par le point d'entrée constitué par le service des urgences. Dans le cadre d'une politique d'accès aux soins, il convient de veiller à un rééquilibrage de la demande de soins.

FICHE PROGRAMME N° 5 : ACCÈS AUX SOINS DE 1ER RECOURS

Description générale

La reconnaissance de la place des soins de premiers recours dans le système de santé constitue l'un des axes principaux de la loi HPST. Celle-ci s'est attachée notamment à en clarifier le champ.

Les soins de premier recours s'articulent autour de trois grandes fonctions :

- L'entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement
- Le suivi du patient et la coordination de son parcours (y compris vers le médico-social)
- Le relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé

On distingue au sein du 1er recours, l'organisation des soins ambulatoires de l'organisation des soins hospitalière (essentiellement les activités de soins de médecine d'urgence).

Le 1er recours ainsi conçu constitue un élément essentiel du PRS.

(1) La stratégie de prise en charge des soins de premier recours en ambulatoire

Les ARS ont pour mission de construire la stratégie d'organisation des soins ambulatoires au sein de la partie ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins (SROS) : proposer une offre de soins ambulatoires visible, organisée de façon à assurer l'accès de tous à des soins de qualité.

(2) La stratégie de prise en charge des soins de premier recours en urgence

Au niveau régional, la stratégie d'organisation des soins hospitaliers est déterminée au sein de la partie hospitalière des SROS. Cette partie couvre l'ensemble des activités soumises à autorisation et notamment l'activité de médecine d'urgence. La prise en charge au sein des services d'urgence répond à la fois à une problématique d'accès à des soins de proximité et d'accès à des filières de soins spécialisées.

(3) La stratégie de développement d'une organisation répondant à des enjeux transversaux

En plus d'intégrer un volet ambulatoire, les SROS PRS (instaurés par la loi HPST) développent une partie où sont traités les enjeux de transversalité. En ce qui concerne la réponse apportée aux demandes de soins non programmées l'accent est mis :

- Sur l'articulation entre la ville et les urgences ;
- Sur l'articulation avec les structures médico-sociales ou les EHPAD.

Situation et initiatives locales

Accompagnants santé

Temps psychologue dans les Missions Locales

Objectif

Diminuer les reports de prise en charge, les renoncements et les abandons de soins des personnes les plus démunies.

Axes d'intervention

- Intégrer la problématique précarité dès le projet de mise en place des maisons de santé.
- Garantir la prise en charge globale et coordonnée des patients les plus démunis notamment par la pérennisation des accompagnants santé.
- Encourager la mise en place du tiers payant au sein des maisons médicales de garde dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires.
- Développer une offre de transport de droit commun dans les zones rurales isolées et favoriser l'accès des plus démunis à cette offre
- Améliorer le repérage des personnes en situation précaire dans les services d'urgence et les modalités de réponse.

FICHE PROGRAMME N° 6 : PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ (PASS)

Description générale

Conformément à la loi d'orientation n°96-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions des permanences d'accès aux soins de santé existent dans toutes les régions. Ainsi « les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs missions de service public, mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès aux soins de santé et à la accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ».

Ces permanences se sont développées depuis 1998 sous des formes variables. Le guide des recommandations sur l'organisation des PASS établi par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins en 2008 définit les bonnes pratiques et les indicateurs d'évaluation des PASS. Ce guide met en valeur le double rôle de ces permanences, qui offre une réponse directe aux patients en leur offrant certaines prestations en son sein et une réponse indirecte en accompagnant les professionnels s'occupant de leur prise en charge.

L'hétérogénéité du développement de ces permanences dans les établissements de chaque région nécessite que soient mises en œuvre de façon coordonnée ces bonnes pratiques d'organisation et d'évaluation.

Dans les régions où se sont mises en place les PASS régionales, cette coordination peut être facilitée et un partenariat étroit doit permettre de progresser dans l'organisation et l'efficacité de leurs actions.

Dans les autres régions, cette coordination et cette expertise doivent être assurées par d'autres moyens afin de garantir l'accessibilité et la cohérence d'action des acteurs dans ces permanences pour l'accueil, l'orientation et la prise en charge de toutes les personnes précaires sur l'ensemble du territoire régional.

Situation et initiatives locales

Implantations PASS.

Il existe quatre PASS en Limousin au sein des centres hospitaliers de Brive, Tulle, Guéret et du CHU de Limoges [avec deux sites pour cet établissement: les urgences de l'hôpital Dupuytren et l'hôpital de la mère et de l'enfant (HME)]

Ces quatre PASS ont été mises en place en 2001.

Financement par PASS et personnels par PASS

	CHU Limoges	CH Guéret	CH Tulle	CH Brive
Dotation MIG 2009	223 112 €	56 317 €	33 743,32 €	58 115 €
Personnel médical	0,1 ETP	0	0	0
Personnel social	2,05 ETP	1	0,5 ETP	1
Personnel administratif	0,5 ETP	0	0,07 ETP	0,1 ETP
Remplacement			0,45 ETP	

Activité par PASS

Le fonctionnement de chaque PASS étant relativement différent, le recueil des données l'est également; aussi les données ci-dessous sont à interpréter avec précautions.

Quelques données issues des rapports d'activité 2009 et 2010	CHU Limoges	CH Guéret	CH Tulle	CH Brive
Nombre de personnes accueillies:				
- en 2009	Site Dupuytren: 1180 Site HME : 1883	151	NC	118
- en 2010	Site Dupuytren: 1693 Site HME : 1883	200	146	82 A noter une augmentation constatée en 2011 (112 au 30.09.11)
Nombre de nouveaux patients:				
- en 2009	Site Dupuytren: 261 Site HME : 249			
- en 2010	Site Dupuytren: 303 Site HME : 221			

Spécificité des PASS

Le tableau ci-dessous illustre quelques spécificités des PASS

En 2006	CHU Limoges	CH Guéret	CH Tulle	CH Brive
Personnes d'origine étrangère	93 %	9 %	15 %	3 %
Absence totale de couverture sociale	Environ 80 %	47 %	22 %	63 %
Personnes venues d'elle-même à la PASS	76 %	20 %	9 %	18 %
Durée des visites à la PASS:				
- moins de 1 heure	99 %	41 %	20 %	87 %
- plus de 2 heures	0	30 %	32 %	2 %

Données recueillies à partir de l'étude STATLIM n° 14 «les permanences d'accès aux soins de santé en Limousin en 2006: la plupart des personnes accueillies sont en grande précarité sociale»

Difficultés rencontrées

Les tableaux concernant l'activité et la spécificité des PASS font apparaître une hétérogénéité importante entre les PASS de la région avec, en particulier, des spécificités concernant la PASS de Limoges; en effet celle-ci accueille essentiellement une population d'origine étrangère (93% en 2006, 84 % en 2009, 91 % en 2010) sans couverture sociale et sans domicile fixe (avec un hébergement en squatt ou en centre d'hébergement d'urgence fréquent).

Les pratiques professionnelles de chaque PASS apparaissent également très différentes mais mériteraient d'être analysées plus finement.

Objectif

Mettre en œuvre les pratiques d'organisation et d'évaluation des PASS décrites au référentiel DHOS 2008 (voir ci-dessous)

Conformité des pratiques par rapport au référentiel DHOS 2008.

En 2008 la DHOS a édité un document intitulé «Organiser une permanence d'accès aux soins de santé **PASS** Recommandations et indicateurs»

Les préconisations de ce document ont été validées auprès d'un comité de pilotage composé de représentants de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, de la direction générale de la santé, de la direction de la population et des migrations, des agences régionales de l'hospitalisation, des DDASS, ainsi que de directeurs d'établissements, de médecins coordonnateurs, d'assistants sociaux et d'infirmiers travaillant dans les PASS. Ont été, en outre, recueillis les avis de la Haute autorité de santé, de différents représentants institutionnels concernés ainsi que d'associations intervenant auprès des personnes démunies.

Ces recommandations s'organisent autour de deux axes :

- Mettre en place une organisation efficace des PASS;
- Mesurer l'efficacité de la PASS et adapter son organisation et son action aux besoins évolutifs des personnes démunies du territoire de santé.

A partir de ce document une analyse de l'organisation et du fonctionnement des quatre PASS de la région paraît nécessaire.

Axes d'intervention

1 - Conduire un programme d'inspection des quatre PASS de la région

(En s'appuyant sur le référentiel «Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS Recommandations et indicateurs»)

Afin :

- D'Identifier les points positifs et les points faibles du fonctionnement actuel.
- De Prioriser les mesures correctrices à mettre en œuvre

> Démarche mise en place:

Cette démarche doit reprendre les deux axes du référentiel :

La mise en place une organisation efficace des PASS

Thématiques à analyser:

- La structuration des relations avec les acteurs internes
- La structuration des relations avec les acteurs externes
- Les outils opérationnels mis en place
- La communication sur le rôle de la PASS
- L'existence d'un rapport d'activité de la PASS, son contenu, sa diffusion
- La valorisation et le développement des compétences des professionnels
- L'inscription de la PASS dans des démarches qualité

La mesure de l'efficacité de la PASS L'adaptation de son organisation et son action aux besoins évolutifs des personnes démunies du territoire de santé

Thématiques à analyser:

- L'évaluation de la stratégie développée par la PASS
- L'évaluation des modalités de fonctionnement de la PASS
- L'évaluation de l'impact de la PASS
- L'évaluation de l'adéquation de la réponse de la PASS aux besoins
- L'évaluation de la satisfaction des usagers

> Pilotage de l'action

L'Agence Régionale de Santé du Limousin sera le pilote de l'action.

> Partenariats

L'association à l'équipe d'inspection de professionnels et des Directions départementales de la cohésion sociale et la protection des populations (DDCSPP) et de la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), devra permettre de développer une approche globale des besoins des populations concernées.

Le décret n° 2009-1484 du 3 décembre 2009 précise en particulier que les DDCSPP concourent «...à l'identification et à la prise en compte des besoins prioritaires de santé des populations les plus vulnérables»

La pertinence de l'adjonction à l'équipe d'inspection d'un expert du champ social (associatif ?) sera à évaluer.

> Calendrier

Réalisation des quatre inspections, finalisation des rapports et synthèse des conclusions et préconisations : fin 2012

Tout constat de dysfonctionnements importants devra amener la mise en place de mesures correctives sans attendre.

Au cours des années 2013 et 2014 mise en place des réorganisations nécessaires.

2 – Mettre en place une réunion annuelle des professionnels des PASS, des lits-halte-soins-santé, CAARUD et des EPP

Cette action se décline à l'identique pour les quatre types de structures.

Objectif

Développer les complémentarités et le travail en réseau entre les professionnels des structures.

Axes d'intervention

Favoriser les rencontres, les échanges de pratiques pour les professionnels œuvrant dans le champ de la précarité.

Développer le travail en réseau entre les divers acteurs sanitaires et médico-sociaux œuvrant dans le champ de la précarité.

Structurer une démarche régionale de transversalité entre les diverses structures du champ de la précarité relevant de l'ARS.

> Démarche mise en place:

Organisation d'une journée de rencontre entre les professionnels des structures autour de thématiques communes concernant la santé des publics les plus démunis, les réponses des professionnels, l'accès aux droits, l'accompagnement vers les soins,

> Pilotage de l'action

L'Agence Régionale de Santé du Limousin sera le pilote de l'action.

> Partenariats

Intervenants en fonction des thématiques en incluant des acteurs exerçant en dehors de la région.

> Calendrier

Première rencontre au cours du 2ème semestre de l'année 2012

FICHE PROGRAMME N° 7 : ÉQUIPES MOBILES PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ

Description générale

Les équipes mobiles psychiatrie précarité, dispositif évoqué au point 2.4, ont pour particularité d'intervenir directement au plus près des lieux de vie des personnes défavorisées et des acteurs sociaux qui les accompagnent. Elles peuvent ainsi accompagner dans leur parcours de soins les personnes défavorisées, mais également former et conseiller les acteurs sociaux pour leur permettre de mieux appréhender les troubles psychiques ou des situations de détresse sociale des personnes qu'ils accompagnent.

Attentes

Optimiser le recours à ce dispositif

Situation locale

Il existe, dans la région :

- Une structure en Haute-Vienne, correspondant à cette description : la PASS mobile
- Une équipe mobile en Creuse
- Une équipe en Corrèze qui intervient dans 2 CHRS et auprès des associations.

Axes d'intervention

Identifier les points positifs et les points faibles du fonctionnement actuel.

Prioriser les mesures correctrices à mettre en œuvre

1 - Évaluer l'organisation au regard des besoins de la région

> Démarche mise en place:

Évaluation du fonctionnement des EMPP

Évaluation de la réponse aux besoins de la région

Proposition de réponse pour les zones non couvertes de la région

> Pilotage de l'action

L'Agence Régionale de Santé du Limousin sera le pilote de l'action.

> Partenariats

A définir dans le champ social en particulier

> Calendrier

Année 2012

2 – Mettre en place une réunion annuelle des professionnels des PASS, des lits-halte-soins-santé, CAARUD et des EPP

Cette action se décline à l'identique pour les quatre types de structures (voir description dans la fiche programme 5 : PASS)

ACTIONS CONCERNANT L'ACCÈS AUX SOINS, INSCRITES DANS LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ

Tous les contrats locaux de santé de la région ont inscrit des objectifs concernant l'accessibilité de l'offre de soins sur les territoires concernés; cette accessibilité y est développée sous l'angle de la démographie des professionnels de santé et, pour les CLS de Creuse et de Corrèze, sous l'angle des besoins en transport pour accéder à l'offre.

La démographie des professionnels de santé

1 - En Haute Corrèze, il est prévu de

- Structurer et coordonner l'offre sur l'ensemble du territoire, afin de garantir un accès aux soins adéquat pour l'ensemble de la population comme pour les publics à besoins spécifiques : cette structuration peut se traduire par un réseau d'échange d'information, mais également par la mise en place de maisons de santé et de points d'accueil (politique immobilière) ;
- Coordonner la prise en charge des patients et l'intervention des différents acteurs, afin de garantir la qualité et la continuité des soins et des pratiques.

2 - En Creuse, les CLS prévoient de:

- Formaliser les nouvelles coopérations entre les professionnels de santé salariés et/ou libéraux
- Promouvoir et valoriser l'offre de soins existante
- Favoriser l'installation de nouveaux professionnels de santé
- Communiquer sur les ressources du secteur géographique visé
- Favoriser l'implantation de nouvelles technologies au service de la médecine
- Encourager les professionnels de santé dans de nouveaux modes de fonctionnement

3 - Le CLS de Limoges un projet d'étude prévoyant sur les besoins en professionnels de santé sur les quartiers, a été déposé ; cette étude doit :

- Décrire l'existant en matière d'environnement et de soins de premier recours.
- Repérer les pratiques des habitants en matière de recours aux soins (poids relatif du recours de proximité) et identifier les difficultés d'accès aux soins rencontrées par la population.
- Identifier les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans leur exercice quotidien.
- Identifier les besoins exprimés par ces professionnels et leurs souhaits pour le présent et pour le futur (anticipation du renouvellement).
- Accompagner ceux d'entre eux qui souhaiteraient s'engager dans une réflexion sur une nouvelle organisation de l'offre de soins.»

- Les transports et la lutte contre l'isolement

1 - En Haute Corrèze, il est prévu de :

- «Développer ou créer une offre de transport pour l'accès aux soins :ambulanciers, taxis, transports en commun, covoiturage ... en sollicitant des entreprises de transports sanitaires, taxis, communes, conseil général, associations, bénévoles ...
- Favoriser le développement de la télémédecine»

2 - En Creuse, les CLS ont inscrit fortement inscrit cette thématique à travers divers objectifs opérationnels:

- Conforter et valoriser le milieu associatif
- Pallier la carence en offre de transports
- S'appuyer sur les acteurs de terrain pour le repérage des situations à risques
- Accompagner les usagers dans la recherche et la mise en œuvre de solutions après repérage
- Favoriser l'accès aux nouvelles technologies

3 - Sur Limoges, la lutte contre l'isolement des personnes âgées dans les quartiers de la politique de la ville, est inscrite dans le CLS.

II.3. ACCÈS A LA PRÉVENTION - PROMOTION DE LA SANTÉ

FICHE PROGRAMME N° 8 : ACCÈS ET RECOURS AU DÉPISTAGE

Description générale

L'une des mesures phares du plan Cancer, la mesure 14, prévoit de « Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages ». Dans ce cadre, il est prévu d'augmenter de 15% la participation de l'ensemble de la population aux dépistages organisés. Cette augmentation devra être de 50% dans les départements rencontrant le plus de difficultés.

En effet, la majorité des actions relatives à la lutte contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage a été initiée. Une étude pour évaluer les freins à l'adhésion et à la fidélisation est en cours de lancement. La dynamique de travail avec les ARS a été enclenchée par leur participation au séminaire national des programmes de dépistage organisé des cancers qui s'est déroulé début décembre 2010. Les campagnes de communication relatives aux dépistages sont menées chaque année (mars bleu pour le cancer colo-rectal et octobre rose pour le cancer du sein) visant l'amélioration de la participation et la connaissance des rythmes et bonnes pratiques de dépistage selon les niveaux de risque. Des actions spécifiques sont réalisées pour les publics précaires.

Pour mieux repérer le sous-dépistage, l'étude de faisabilité de géocodage des bases de données des structures de gestion s'est poursuivie dans l'optique de déterminer les conditions techniques de mise en œuvre d'un système d'information géographique.

Cette territorialisation des zones de sous-dépistage vise à développer des interventions locales adaptées.

Situation et initiatives locales

Le renoncement aux soins et à la prévention pour raisons pécuniaires est de plus en plus signalé dans certains départements et dans certains quartiers (groupes de travail sur le dépistage des cancers).

Les soins et la prévention n'apparaissent plus comme prioritaires pour les personnes en difficulté (groupes de travail sur le dépistage des cancers).

Une enquête a été réalisée par l'ORS en 2006 sur la perception du dépistage organisé du cancer du sein en Limousin, en particulier sur les freins à la participation. Cette enquête a montré que les femmes qui n'ont jamais été dépistées (dépistage individuel ou organisé) ont plutôt un niveau d'études bas, des revenus modestes, peuvent avoir des difficultés de prise en charge des soins. Certaines de ces femmes mettent en avant la distance et les difficultés de déplacement pour justifier leur non participation.

Difficultés rencontrées

Les expériences de géo localisation des populations semblent difficiles à mettre en œuvre.

On sait également que les hommes participent moins que les femmes au dépistage du cancer colorectal et qu'il existe certainement pour tous les dépistages des freins culturels.

Les délais de rendez vous dans le secteur public creusois peuvent poser problème.

Il est difficile de connaître les taux de participation des personnes vulnérables aux dépistages en particulier du cancer colorectal. Seules les Caisse d'Assurance Maladie pourraient apporter des précisions (notion de CMU dans les remboursements) pour le dépistage du cancer du sein.

Les aides aux déplacements mises en place par les structures de gestion départementales n'ont pas eu beaucoup de succès

Objectif

Améliorer le recours au dépistage des personnes le plus démunies

Axes d'intervention

- Relayer en local les supports d'information adaptés aux publics visés
- Développer des actions locales ciblées sur les territoires en situation de sous-dépistage.
- Travailler avec des associations de proximité sans caractère sanitaire.
- Mettre en place la formation des personnes relais (associations recevant des publics en situation de précarité et personnes relais repérées hors tissu associatif).
- Organiser des débats sur les freins et les leviers aux dépistages avec des groupes de personnes en situation de précarité après activation par des personnes relais formées.
- Organiser l'offre de transports.
- Externaliser les dépistages hors les murs de l'hôpital pour toucher les populations à risques vis-à-vis des pathologies concernées.

FICHE PROGRAMME N° 9 : NUTRITION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

Description générale

Dans le cadre du Programme national nutrition santé, il est proposé aux maires de signer avec le ministre chargé de la santé et le Président de l'association des maires de France une charte «Villes actives PNNS». Les villes, individuellement ou dans le cadre d'une coordination régionale qui peut être animée par les ARS, peuvent ainsi concevoir des actions visant spécifiquement les populations défavorisées ou les quartiers prioritaires de la politique de la ville afin de mener des activités de proximité en matière d'alimentation ou d'activité physique utilisant les référentiels du PNNS. Le PNNS a mis en place un site Internet www.reseauvillesactivespnns.fr qui permet aux villes signataires de mutualiser leurs actions. Le PNNS propose aussi aux Présidents de Conseils généraux la signature de chartes «Départements actifs PNNS» par laquelle le département s'engage sur des actions en matière d'alimentation et d'activité physique en lien avec ses compétences, notamment dans le domaine social. Le PNNS développe aussi, en lien avec le Programme national pour l'alimentation, des actions visant l'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'aide alimentaire, ainsi que des sessions régionales de formation pour les bénévoles et salariés de l'aide alimentaire.

Situation et initiatives locales

- L'Atlas de la santé de l'ORS indique que le Limousin se place en dessous de la moyenne nationale en matière de prévalence du surpoids et de l'obésité; cependant, de réels problèmes sont à prendre en compte notamment par rapport à un mode de vie défavorable. Suivant une enquête menée en 2010 (thèse du Dr Avodé) auprès des médecins généralistes de la Haute-Vienne, 19,5 % des patients de ces médecins sont obèses.
- Actions existantes.

Des actions de prévention vers les publics défavorisés ont été mises en place :

- Des actions le plus souvent suivies et/ou financées par le GRSP entre 2007 et 2010

Ateliers de diététique ou culinaires notamment pour les personnes en difficulté (IREPS, chantiers d'insertion,...)

Actions en épicerie sociale (Tulle Solidarité)

Diagnostic participatif réalisé par l'ORS dans le cadre de l'Atelier Santé Ville sur les zones urbaines sensibles de Limoges et repris au sein du Contrat Local de Santé en cours d'élaboration

- D'autres actions ont été soutenues et financées par la DRAAF depuis 2009 dont la mise en place d'ateliers cuisine et la création d'atelier de jardinage en direction des populations en situation de précarité ainsi que le soutien au projet de création d'une épicerie sociale.
- La Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale a un champ d'activité concernant en particulier l'accès à la prévention pour les personnes les plus démunies et la prise en compte de la santé des personnes en situation particulières. L'accès aux pratiques d'activité physique pour les publics vulnérables fait partie des priorités.

Difficultés rencontrées

Manque de données sur «alimentation - précarité» et «sédentarité – précarité» au niveau régional et infra régional.

Objectif

Diminuer le taux d'obésité des personnes les plus démunies (ORS)

Axes d'intervention

Mener des activités de proximité en matière d'alimentation et/ou d'activité physique utilisant les référentiels du PNNS 3

Organiser le système de dépistage et de prise en charge des troubles nutritionnels

FICHE PROGRAMME N° 10 : SEVRAGE TABAGIQUE

Description générale

Un des grands thèmes transversaux qui structure et irrigue la stratégie du Plan cancer 2009-2013 est de mieux prendre en compte les inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers. Une des mesures préventives mises en œuvre prévoit de « renforcer la politique d'aide au sevrage tabagique ». La nouvelle COG 2010-2013 entre l'État et la CNAMTS a retenu le triplement de la prise en charge des médicaments de sevrage du tabac chez les femmes enceintes et les bénéficiaires de la CMUC (de 50 à 150 euros), mesure qui devrait être applicable courant 2011.

Situation et initiatives locales

Une enquête a été réalisée au premier trimestre 2011 par la Direction de la Santé Publique sur les consultations de tabacologie en Limousin. Elle n'a pas permis d'étudier plus particulièrement le recours au sevrage tabagique des populations en situation de précarité.

Le recrutement des Centres d'Examens de Santé se fait majoritairement vers les publics précaires. En ce qui concerne le sevrage tabagique, le rapport d'activité du CRESLI de Limoges pour 2010 fait état sur 40 nouveaux patients de 48 % de personnes précaires. Le centre d'exams de santé de Tulle fait état de 11 personnes précaires sur 28 reçues.

Le CRESLI Creuse a aussi une activité de sevrage tabagique sur l'ensemble du territoire creusois (Guéret, Boussac, Bénévent l'Abbaye, La Souterraine, Bourgueuf et Aubusson).

Difficultés rencontrées

Les personnes en situation de précarité n'ont que rarement comme priorité la prise en charge de leur santé et en particulier la prévention.

Objectif

Augmenter le recours au sevrage tabagique des personnes les plus démunies.

Axes d'intervention

Promouvoir la mesure de triplement de la prise en charge des médicaments de sevrage du tabac pour les bénéficiaires de la CMUC.

Permettre l'appropriation par les équipes des spécificités d'accueil et d'accompagnement requise

pour les personnes précaires

Promouvoir le repérage précoce et de l'intervention brève en addictologie

Organiser le partenariat en faveur des publics vulnérables

Formaliser la coopération entre les structures de prise en charge sanitaires et médico-sociales d'addictologie.

ACTIONS CONCERNANT LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ, INSCRITES DANS LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ

Tous les CLS intègre et développe des actions dans le champ de la prévention et la promotion de la santé.

1 - Dans le CLS de Limoges un des 5 axes stratégiques s'intitule: développer la promotion de la santé, l'éducation pour la santé, la prévention orientée, le repérage et le dépistage

Il prévoit, parmi ses objectifs, la diffusion d'une culture commune autour de la promotion de la santé afin d'améliorer la connaissance des acteurs.

Dans le plan d'actions sont proposés :

- La création d'espaces de rencontre dans les quartiers pour informer et mobiliser le tissu local d'acteurs et la population autour de la promotion de la santé
- L'organisation de temps de formation en promotion de la santé

Il s'agit d'associer et de mobiliser les populations et les représentants associatifs en recensant notamment l'existant en matière de micro-projets et en encourageant les initiatives intéressantes en organisant un temps commun de partage d'informations et d'échanges sur les pratiques déjà existantes.

Dans le champ de la prévention et du dépistage, divers objectifs sont définis:

- Éduquer à la sexualité et à la vie affective, prévenir les grossesses précoces et les IST
- Promouvoir et développer la formation à l'acquisition des gestes de premiers secours en milieu scolaire et auprès des adultes
- Promouvoir l'intérêt d'une alimentation équilibrée afin de lutter contre le surpoids et l'obésité
- Renforcer les compétences des intervenants sur la thématique nutrition dans les quartiers
- Favoriser le repérage précoce, le dépistage et la prise en charge spécifique des enfants en surpoids ou souffrant d'obésité
- Lutter contre les risques liés à la consommation d'alcool
- Participer à l'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire et à l'accès aux soins des enfants

- Améliorer le dépistage du cancer du sein
- Améliorer le taux de couverture vaccinale
- Promouvoir la santé mentale des jeunes sur les quartiers

2 - Dans le cadre des CLS d'Aubusson/Felletin et de Bourgneuf/Royère de Vassivière la prévention et le dépistage sont également prioritaires.

Propositions issues des fiches actions transmises à la Conférence de territoire

Axe prioritaire validé par le Copil : dépistages des cancers, amélioration de la participation au dépistage organisé (sein, colorectal)

Objectif stratégique 1 : promouvoir le dépistage organisé

Objectif opérationnel 1.2 : sensibiliser et informer les acteurs relais dans leur milieu de vie

Action 1.2.4 : formation en direction des bénévoles ou des salariés d'associations et structures du secteur géographique visé (associations recevant des publics en situation de précarité)

Objectif stratégique 2 : améliorer l'accessibilité au dépistage organisé du cancer du sein

Objectif opérationnel 2.1 : développer l'offre de transport

Action 2.1.1 : organisation de transports et rendez-vous groupés

Action 2.1.2 : prise en charge des coûts liés aux transports organisés et individuels

3 – Le CLS de Haute-Corrèze plusieurs axes stratégiques dans le champ de la prévention:

- La lutte contre les addictions; divers acteurs locaux sont mobilisés sur cette thématique, particulièrement sur la problématique de l'alcool et du tabac
- La prévention et le dépistage du cancer

Deux cancers spécifiques sont ciblés dans la promotion du dépistage :

Le cancer du sein

Le cancer colorectal

- La prévention et le dépistage du diabète
- La prévention du suicide

II.4. ACCÈS A L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL

Le secteur médico-social est constitué à la fois de structures dédiées aux personnes en situation de précarité (lits haltes soins santé, appartements de coordination thérapeutiques,...) mais aussi de dispositifs spécifiques d'accompagnement, d'hébergement et d'appui à l'insertion professionnelle de personnes handicapées, âgées ou présentant des addictions.

FICHE PROGRAMME N° 11 : LES LITS HALTE SOINS SANTÉ (LHSS)

Description générale

Les lits halte soins santé (LHSS) offrent une prise en charge médico-sociale temporaire globale à des personnes sans domicile qui ont besoin de soins ne nécessitant pas d'hospitalisation. Les LHSS sont des établissements médico-sociaux au sens du 9° du I de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles. Ils ne sont pas dédiés à une pathologie donnée. Au cours du séjour, une solution pour la sortie doit être recherchée : logement ordinaire, appartement de coordination thérapeutique, maison relais, centre d'hébergement et de réinsertion sociale. La durée prévisionnelle du séjour ne doit pas excéder deux mois, mais elle reste conditionnée à l'évolution de l'état de santé de la personne accueillie et de la possibilité d'une solution pour la sortie.

Financés sur l'ONDAM médico-social, 900 lits ont été créés au 31 décembre 2010. Il est prévu la création de 100 lits supplémentaires en 2011.

Situation et initiatives locales

Il existe une seule structure de lits halte soins santé implantée sur Limoges et à vocation régionale.

Objectif

Optimiser le recours à ce dispositif

Axes d'intervention

1 – Évaluer la réponse de la structure aux besoins de la région

> Objectifs :

Général

Rendre effectif l'accès aux soins des personnes en situation précaire et leur assurer une prise en charge de qualité.

Opérationnel

Identifier les points positifs et les points faibles du fonctionnement actuel.

Prioriser les mesures correctrices à mettre en œuvre

> Démarche mise en place :

Évaluation du fonctionnement des LHSS de Limoges

Évaluation de la réponse aux besoins de la région

> Pilotage de l'action

L'Agence Régionale de Santé du Limousin sera le pilote de l'action.

> Partenariats

L'association à l'équipe d'inspection de professionnels et des Directions départementales de la cohésion sociale et la protection des populations (DDCSPP), voire de la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), devra permettre de développer une approche globale des besoins des populations concernées.

Le décret n° 2009-1484 du 3 décembre 2009 précise en particulier que les DDCSPP concourent «...à l'identification et à la prise en compte des besoins prioritaires de santé des populations les plus vulnérables»

> Calendrier

Année 2012

2 – Mettre en place une réunion annuelle des professionnels des PASS, des lits-halte-soins-santé, CAARUD et des EPP

Cette action se décline à l'identique pour les quatre types de structures (voir description dans la fiche programme 5 : PASS)

FICHE PROGRAMME N° 12 : APPARTEMENTS DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE (ACT)

Description générale

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale a permis de pérenniser le dispositif national des **appartements de coordination thérapeutique** qui permet d'apporter une réponse adaptée aux besoins des malades du SIDA, mais aussi de personnes atteintes de pathologies chroniques sévères (cancers, hépatites chroniques évolutives...) qui ne pouvaient en bénéficier auparavant.

Ces appartements "hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion".

Le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011) prévoit de doubler le nombre de places d'ACT pour passer des 900 places fin 2006 à 1800 places à la fin du plan en 2011.

Situation et initiatives locales

Implantation

Établissement gestionnaire : CH ESQUIROL à LIMOGES

8 lits prévus au total

Activité

Actuellement 4 ACT financés et mis en œuvre (AP n° 754 di 31/03/10 – visite de conformité

25/06/10)

2 ACT financés (décembre 2010)

2 ACT financés (à compter 1er avril 2011)

La mise en fonctionnement de ces 4 derniers ACT est en cours. La visite de conformité n'a pas encore été demandée.

Difficultés rencontrées

La mise en œuvre est trop récente pour faire état de difficultés et de besoins potentiels

Objectifs

Stabiliser l'état de santé dégradé de la personne à l'entrée

Aider à l'observance d'un traitement

Permettre une réinsertion sociale à la sortie avec un état de santé stabilisé.

Axes d'intervention

Pour faire suite à la circulaire du 28/04/11 sur la campagne budgétaire 2011, la note d'orientation budgétaire 2011 de l'ARS préconise, dans le cadre des mesures nouvelles de création de places (soit pour les 4 places financées en 2011), les recommandations pour les prises en charge suivantes :

Nécessité de développer les partenariats :

- Avec les dispositifs répondant à d'autres besoins (de l'hébergement social aux dispositifs pour personnes handicapées)

- Avec les réseaux et structures spécialisées

Afin de favoriser la diversité des réponses aux besoins d'hébergement des personnes malades en situation de précarité

Afin de favoriser les conditions permettant un parcours vers l'autonomie au sein de l'ACT

Afin d'améliorer la prise en charge des publics les plus difficiles (troubles psychiatriques et co-morbidités addictives)

Afin d'adapter la prise en charge en ACT aux spécificités des publics accueillis (personnes usagères de drogues, personnes migrantes séropositives dont les femmes, personnes sortants de prisons...)

FICHE PROGRAMME N° 13 : LES STRUCTURES D'ADDICTOLOGIE

Description générale

Il s'agit des Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD) et des communautés thérapeutiques (CT).

Créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les CSAPA sont des établissements médico-sociaux qui s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage). Ils assurent :

- L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation,
- La réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives,
- La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative.

Ils fonctionnent en ambulatoire et/ ou avec hébergement.

Ces établissements vont progressivement remplacer les Centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) au nombre de 270 et les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) au nombre de 230 en les rassemblant sous un statut juridique commun. Par ailleurs les consultations pour jeunes consommateurs, au nombre de 240 pour celles financées sur l'ONDAM médico-social spécifique, sont désormais intégrés dans les CSAPA.

Créés par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 et dont les missions ont été fixées par décret du 19 décembre 2005, les CAARUD sont des établissements médico-sociaux dont les missions sont de prévenir ou de réduire, les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association avec d'autres substances psychoactives (alcool, médicaments...). Ils visent ainsi, à améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs. Ils s'adressent à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins ou dont les modes de consommation ou les produits qu'ils consomment les exposent à des risques majeurs qu'ils soient infectieux, accidentels, psychiatriques, etc.

On dénombre actuellement 130 CAARUD.

Situation et initiatives locales

5 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) :

Haute-Vienne..... CSAPA Bobillot (toxicomanie)

..... CSAPA – ANPAA 87 (alcool)

Corrèze CSAPA (toxicomanie)

..... CSAPA ANPAA 19 (alcool)

Creuse CSAPA

Un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD) dont le périmètre d'intervention est la Haute-Vienne

Les consultations délocalisées des CSAPA permettent d'assurer le maillage sur l'ensemble du territoire. Cette couverture est toutefois inégale :

- La Haute-Vienne bénéficie d'un maillage à la fois en alcoologie et en toxicomanie, hormis sur le secteur sud-est du département en alcoologie,
- La Creuse dispose de consultations délocalisées en alcoologie (permanences hebdomadaires) et en toxicomanie (sur rendez-vous)
- La Corrèze présente le même dispositif que la Creuse, avec un secteur non couvert autour d'Égletons.

L'activité des CSAPA est répartie en Haute-Vienne et en Corrèze entre la toxicomanie et la prise en charge de l'alcool. Le CSAPA de la Creuse prend en charge les problèmes d'addictions de façon indifférenciée, en lien avec le Centre d'Aide au Sevrage Tabagique (CAST) du CMN de Sainte FEYRE pour le volet tabac.

Le CAARUD a mis en place depuis mai 2011 3 permanences mobiles par mois : 1 à Saint-Yrieix, 1 à Bellac et 1 à Saint-Junien.

Difficultés rencontrées

Difficulté pour l'intervention du CAARUD en milieu carcéral pour les actions de réduction des risques liées aux consommations de drogues. Néanmoins, interventions à la MA de Limoges et au CD d'Uzerche pour la réduction des risques et la prévention Hépatites.

Les départements de la Creuse et de la Corrèze ne sont couverts par le CAARUD.

Interventions sollicitées auprès du CAARUD en particulier par la Corrèze

Objectifs

Améliorer l'accès des personnes les plus démunies à ces structures.

Permettre l'appropriation par les équipes des spécificités d'accueil et d'accompagnement requise pour les personnes précaires.

Axes d'intervention

Renforcer les maraudes pour communiquer sur l'existence du dispositif CAARUD auprès des personnes de la rue.

Concernant le milieu carcéral, organiser des actions de prévention dans les MA de Tulle et de Guéret.

Pour les personnes prostituées, développer les interventions sur les lieux de travail (prévention/ réduction des risques) et l'accueil au local pour la distribution de préservatifs et le soutien et l'accompagnement vers de l'accès aux droits et aux soins.

1 - Organiser le partenariat en faveur des publics vulnérables :

Pour les personnes en situation de précarité :

Formaliser la coopération entre les structures de prise en charge sanitaires et médico-sociales d'addictologie :

Avec les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Et les Équipes mobiles psychiatriques pour les personnes en situation de précarité et d'exclusion (EMPP)

Formaliser le partenariat entre les équipes d'addictologie et les structures relevant du social et de l'insertion professionnelle

Associer les PASS et les EMPP au réseau régional Addictlim

2 – Mettre en place une réunion annuelle des professionnels des PASS, des lits-halte-soins-santé, CAARUD et des EPP

Cette action se décline à l'identique pour les quatre types de structures (voir description dans la fiche programme 5 : PASS)

ACTIONS CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL, INSCRITES DANS LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ

1 – Le CLS de Corrèze prévoit de :

- Renforcer le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie
- Mettre en place la consultation de spécialistes à distance pour les populations de malades âgés et/ou éloignés d'une offre de soins très spécialisée : mettre en place un système de téléconsultation et/ou télé-expertise entre le CHU, le CHS Esquirol et les EHPAD de la région.

2 – Le CLS de Bourgneuf – Royères de Vassivière prévoit un axe sur le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie avec:

- Des actions d'accompagnement de la perte d'autonomie à domicile dans une démarche d'approche globale
- Des actions de diversification de l'offre de services existants pour les malades Alzheimer et leurs aidants et de développement de la communication autour de cette offre [Développement de l'offre de répit (hébergement temporaire, baluchonnage...) , mise en place d'actions pour les aidants avec en parallèle une prise en charge alternative de l'aidé, développement des compétences de l'aidant naturel dans la prise en charge par un accompagnement (par gré à gré) à domicile (savoir, savoir faire, savoir être)]

3 – Le CLS d'Aubusson – Felletin comprend un axe prioritaire ciblant les personnes âgées et les personnes en perte d'autonomie visant à :

- Favoriser le maintien, ou le retour, à domicile en bonne santé
- Développer les alternatives au maintien à domicile
- Contribuer à optimiser la qualité de la prise en charge en institution

4 – Le CLS de Limoges prévoit de développer l'implication des structures médico-sociales sur les quartiers à travers :

- L'ouverture des établissements pour personnes âgées (EHPAD, logement-foyers) sur les quartiers où ils sont implantés et le développement des échanges inter-générationnels.
- Et la mise en place d'une réflexion sur l'implication des autres structures du champ médico-sociale.

II.5. FICHE PROGRAMME TRANSVERSALE

FICHE PROGRAMME N° 14 : ACCOMPAGNANTS SANTÉ

Description générale

Accompagnement santé des personnes précaires

Les accompagnants santé ont pour mission d'aider de façon individuelle les personnes en grande situation de précarité et d'exclusion, ciblées par les travailleurs sociaux et/ou les techniciens d'insertion, à s'orienter vers une démarche de santé et à acquérir une certaine autonomie dans la démarche de soins.

Situation et initiatives locales

- Financement par le GRSP puis l'ARS dans le cadre du PRAPS d'un accompagnant santé porté par l'IREPS 19 (IETP infirmière cofinancé avec le Conseil Général de la Corrèze).
- Financement par le GRSP puis l'ARS dans le cadre du PRAPS de deux accompagnants santé en Creuse portés par ISBA (2 IDE cofinancées par le Conseil Général et par autofinancement)

Objectif

Permettre l'accès effectif des populations suivies à la prévention et aux soins.

Axes d'intervention

Étendre ce dispositif sur la totalité de la région Limousin en priorisant les zones où résident les populations vulnérables.

III. SUIVI ET ÉVALUATION DU PRAPS

Le comité de pilotage composé de représentants de l'ARS, des Conseils Généraux, de la DRJSCS et de la DRCSP qui a élaboré le PRAPS assurera le suivi et l'évaluation du PRAPS.

Dans cette perspective, il sera tenu informé des actions mises en œuvre sur le territoire en déclinaison du PRAPS.

IV. LEVIERS FINANCIERS

Le financement s'inscrit globalement dans le cadre des crédits du budget opérationnel du programme «Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins». La mise en œuvre de ces crédits incombe à l'ARS.

Certaines actions peuvent bénéficier de cofinancements des collectivités territoriales. La participation du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) pourra être également utilement sollicitée.

Outre les crédits spécifiquement dédiés au PRAPS, les crédits médico-sociaux gérés par la CNSA et alloués aux établissements peuvent concourir à la prise en charge des personnes visées dans le cadre du PRAPS et accueillies dans ces structures.

La CNAMTS s'est engagée à mobiliser les fonds d'action sanitaire et sociale notamment pour l'accès aux soins et à la santé sous forme d'aides ponctuelles, sous conditions de ressources, après examen des situations individuelles. Il s'agit également de favoriser l'adhésion à l'ACS et de conforter la vocation sociale des œuvres.

Par ailleurs, le 6ème sous-objectif de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), intitulé Ondam médico-social spécifique ou hors CNSA, assure le financement des établissements et services médico-sociaux relevant des articles L. 312-1, 9° et L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles. Il s'agit des structures qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées « lits halte soins santé » et les appartements de coordination thérapeutique.. Relèvent également de cet objectif de dépenses les actions expérimentales de caractère médical et social mentionnées à l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale (notamment le SAMU social de Paris et à partir de 2011, l'expérimentation «Un Chez soi d'abord»).

ANNEXES

ENQUÊTE RÉGIONALE SANTÉ PRÉCARITÉ (ORS - MAI 2011)

