

**Evaluation
de politique de santé**

POLITIQUE REGIONALE EN FAVEUR DE LA SANTE DES POPULATIONS EN GRANDE VULNERABILITE

**ÉVALUATION INTERMEDIAIRE DU PROJET REGIONAL DE SANTE
DES PAYS DE LA LOIRE 2012-2016**

Annexes au rapport

Dr Jean - Paul BOULÉ

Xavier BRUN

**Direction de l'Efficienc e de l'Offre
Département Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs**

- JUIN 2014 -

Avant – Propos

Le présent document présente, réparties en quatre groupes, les annexes au rapport d'évaluation intermédiaire du Projet Régional de Santé des Pays de la Loire dédié à la santé des populations en grande vulnérabilité.

Le premier groupe rassemble les principaux éléments nécessaires à la compréhension de la démarche d'évaluation, du cahier des charges à la réponse aux questions évaluatives.

Le second groupe comporte des éléments détaillés sur la politique régionale en faveur des populations en grande vulnérabilité, permettant au lecteur d'approfondir le contenu de cette politique, y compris grâce à des éléments historiques.

Dans le troisième groupe figurent à la fois la liste des investigations menées (y compris sources bibliographiques), ainsi que les résultats de certaines investigations spécifiques menées dans le cadre de l'évaluation. Des éléments de méthodologie éclairent le contexte de production de ces connaissances.

Le quatrième groupe, enfin, rassemble des éléments détaillés sur certains aspects évoqués dans le rapport, afin de favoriser une capitalisation des connaissances constituées lors des investigations tout en allégeant le corps du rapport proprement dit.

SOMMAIRE

A. CONDUITE DE LA DEMARCHE D'EVALUATION

1.Cahier des charges de l'évaluation.....	5
2.Composition du Comité de Pilotage.....	15
3.Référentiel de l'évaluation.....	16
4.Réponses détaillées aux questions évaluatives.....	38

B. POLITIQUE REGIONALE POPULATIONS EN GRANDE VULNERABILITE

5.Objectifs des PRAPS 1 et 2.....	51
6.Arbre des objectifs du Projet Régional de Santé sur la Santé des Populations en Grande Vulnérabilité.....	57
7.Récapitulatif des acteurs et partenaires identifiés dans le PRS pour les objectifs et actions retenues dans l'arbre des objectifs en vue de l'évaluation "Santé des Populations en Grande Vulnérabilité".....	66
8.Synthèse des programmes territoriaux de santé et des principales feuilles de route 2012-2013 de l'ARS.....	76

C. INVESTIGATIONS

9.Bilan des sources documentaires mobilisées.....	81
10.Liste des investigations menées.....	84
11.Liste des personnes sollicitées.....	85
12.Synthèse des résultats de l'enquête sur des parcours singuliers de santé de personnes dites « en grande vulnérabilité » réalisée par le laboratoire « Espace et Société » de l'Université d'Angers.....	90
13.Méthodologie de l'enquête Delphi confiée au cabinet Planète Publique et liste des experts participants.....	95
14.Résultats de l'enquête Delphi.....	100
15.Méthode et résultats de l'enquête SOLEN menée par l'équipe d'évaluation auprès d'établissements sociaux et médico-sociaux.....	132
16.Grille de l'enquête SOLEN auprès d'établissements sociaux et médico-sociaux.....	146
17.Résultats de l'enquête téléphonique auprès des médecins généralistes.....	153

18.Grille de l'enquête auprès de médecins généralistes	156
19.Résultats synthétiques de l'enquête régionale par messagerie auprès des PASS.....	159
20.Grille de l'enquête auprès des PASS	167
21.Extrait de la circulaire PASS du 18 juin 2013.....	173
22.Étude des appels à projet prévention 2012 et 2013	175
23.Étude des actions de prévention enregistrées dans OSCARS	179
24.Contrats locaux de santé et précarité	186

D. ANNEXES THEMATIQUES

25.Cartographie des indicateurs socio-économiques.....	189
26.Freins et leviers à la participation des personnes en grande vulnérabilité.....	192
27.Le CCRPA en Pays de la Loire	196
28.Modélisation des parcours - ébauche.....	198
29.Éléments de démographie médicale	209
30.Accès aux soins spécialisés	211
31.Exemples d'accompagnements des personnes en grande vulnérabilité	213
32.Besoins en nouvelles structures médico-sociales	216
33.La coordination régionale des PASS	218
34.L' « Aller vers » en prévention.....	220
LISTE DES SIGLES UTILISES	222

1. CAHIER DES CHARGES DE L'EVALUATION

Evaluation populationnelle intermédiaire du Projet Régional de Santé « Santé des populations en grande vulnérabilité »

Cahier des Charges

Sommaire

- Contexte
- Objet
- Motif
- Questions de l'évaluation
- Critères généraux de jugements
- Informations disponibles
- Eléments méthodologiques
- Pilotage
- Calendrier
- Budget
- Politique de communication
- Livrable attendu

1. CONTEXTE

Les politiques nationale et régionales de santé ont, parmi leurs objectifs ces dernières années, celui de fédérer les différents acteurs concernés autour de la lutte contre les exclusions et les inégalités sociales de santé.

Elles visent en particulier, grâce à l'ensemble de ces acteurs, à aider les personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité dans leur démarche de prévention, d'accès aux droits, d'accès aux soins et d'accès à l'accompagnement médico-social pour des parcours de santé de qualité.

La France, même si globalement les indicateurs de santé y sont plutôt favorables, présente toutefois une mortalité prématurée évitable et des inégalités sociales de santé élevées en comparaison de ses voisins européens. La région des Pays de la Loire n'échappe pas à ce constat.

Les inégalités sociales de santé retrouvées tout le long du gradient social sont peu liées au système de soins ou de santé et ne sont d'ailleurs fondamentalement pas corrigées par celui-ci. Mais s'il n'y prend garde, le système de soins peut cependant contribuer à creuser ces inégalités. A contrario, il est avéré que les conditions de logement représentent un facteur puissant d'inégalités sociales de santé.

A côté de la lutte contre les inégalités sociales de santé, qui dépasse donc le champ de la santé, il y a la lutte contre l'exclusion sociale : il s'agit de corriger de façon ciblée les inégalités de recours au système de santé qui frappent les personnes les plus vulnérables. La présente évaluation sera axée sur la lutte contre l'exclusion sociale, ciblant explicitement les personnes les plus vulnérables.

Les personnes en grande vulnérabilité doivent pouvoir retrouver le chemin d'une autonomie souvent perdue vis-à-vis de leur santé, et l'on se doit de :

- leur redonner estime puis confiance en elles ;
- réduire les risques accrus dus à leurs situations ;
- créer les conditions pour que s'exprime une demande de prévention, de soins ou d'accompagnement, qui s'adresse au bon niveau de prise en charge ;
- offrir une réponse qui parte de la demande telle qu'elle s'exprime pour une entrée, adaptée si nécessaire, dans un parcours coordonné et accompagné.

La politique de l'ARS cherche à promouvoir, si cela est nécessaire, des actions transitoires spécifiques au bénéfice de ces populations en grande vulnérabilité, ayant comme but l'accès, le maintien ou le retour rapide dans le droit commun, qui doit toujours être privilégié, quelle que soit la situation de la personne.

Permettre à chacun, y compris les personnes les plus vulnérables, d'accéder à des parcours de santé de qualité est au cœur de la politique régionale, dans une région qui présente à la fois des zones marquées par l'isolement social en milieu rural et des zones de précarité en milieu urbain.

2. OBJET

Il s'agit d'une évaluation intermédiaire, en cours de déploiement du projet régional de santé (PRS), portant sur la santé des populations des Pays de la Loire en grande vulnérabilité. Il conviendra d'évaluer la politique régionale de santé portée par le

PRS, et en particulier son levier principal sur la thématique évaluée : le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

La santé se définit habituellement comme la capacité d'un groupe ou d'un individu à réaliser ses ambitions, d'une part, et évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci, d'autre part. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales personnelles et sur les ressources physiques (charte d'Ottawa, 21 novembre 1986).

Une définition plus restrictive que celle issue de la charte d'Ottawa est proposée, pour des raisons opérationnelles, dans le cadre de cette évaluation portant sur l'état de santé des populations en grande vulnérabilité. L'état de santé sera davantage abordé par l'ensemble des moyens mis à disposition de ces populations pour accéder aux dispositifs de santé et d'accompagnement (*versus* les résultats mesurables sur l'état de santé). A partir du postulat d'une accessibilité effective, il est alors posé une hypothèse d'amélioration de la santé dans le cadre de parcours de santé de qualité.

D'une manière plus générale, et en tenant compte des leviers dont dispose l'ARS pour améliorer la santé de ces populations, la thématique de l'accessibilité aux dispositifs de santé et d'accompagnement, y compris à la prévention, apparaît centrale. Cette notion d'accessibilité doit s'entendre sous les 3 acceptions suivantes : géographique et temporelle, socioculturelle et financière.

Le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) cible les publics en grande vulnérabilité : grands exclus, jeunes en errance, jeunes en grandes difficultés d'insertion professionnelle, gens du voyage les plus en difficultés, personnes immigrées notamment vieillissantes, détenus, publics recourant à l'aide alimentaire. Les « grands vulnérables » ne sont donc pas seulement les « grands exclus » ou les « grands précaires ». Il conviendra dans le cadre de cette évaluation d'y ajouter les populations rurales isolées cumulant des désavantages (les personnes âgées avec une petite retraite vivant dans un habitat dégradé, par exemple).

La vulnérabilité dite grande ne renvoie donc pas ici aux catégories visées habituellement par le vocable « personnes vulnérables » (personnes âgées, personnes handicapées, malades chroniques...).

En complément de son approche populationnelle, l'introduction du PRAPS identifie « plusieurs thématiques, non exclusives mais plus particulièrement prégnantes (...) : la nutrition, les conduites addictives, la santé mentale et la souffrance psychique ». L'évaluateur devra tenir compte, dans la mesure du possible, de ces thématiques lors de l'évaluation.

3. MOTIF

Le projet régional de santé (PRS) 2012-2016 des Pays de la Loire est entré en application le 9 mars 2012.

A travers ses différentes modalités, l'évaluation du PRS doit porter sur les résultats et l'impact de politiques publiques portées par le PRS, au regard de ses trois

orientations stratégiques : la personne au cœur des préoccupations du système de santé, la proximité organisée et la maîtrise des risques concernant la santé des populations, au cours des cinq années.

La santé des populations en grande vulnérabilité est l'une des six politiques à évaluer retenues.

L'évaluateur désigné par l'ARS est le département d'évaluation des politiques de santé et des dispositifs (DEPS), nommé ci-après « l'évaluateur ». Le DEPS est un département de la Direction de l'Efficiencia de l'Offre de l'ARS. Deux cadres du DEPS sont affectés à cette évaluation.

L'évaluation se faisant au bout de 12 à 18 mois de mise en œuvre du PRS, seules quelques actions auront démarré. Cela est cependant suffisant pour évaluer les conditions, les modalités et les premières réalisations de la mise en œuvre du PRS.

Par ailleurs, cette évaluation intermédiaire vise à alimenter l'évaluation finale du PRS prévue en 2016 et dont les questions évaluatives déjà posées dans le document sont les suivantes :

- le PRS a-t-il constitué un outil de cadrage de la politique de santé en Pays de la Loire à la fois cohérent, clair et adapté au contexte et à son évolution ?
- les conditions de mise en œuvre du PRS ont-elles été propices à l'atteinte des objectifs ?
- le PRS a-t-il été un outil de mobilisation des acteurs en Pays de la Loire autour des enjeux et des objectifs ?
- le PRS a-t-il produit les résultats attendus en termes de changement de l'organisation du système de santé et des modalités d'action sur les déterminants de santé en Pays de la Loire, au regard des moyens déployés et des actions mises en œuvre ?
- quel a été l'impact du PRS sur l'état de santé de la population ligérienne, sur la qualité des réponses en santé et sur la perception du fonctionnement du système de santé par la population ?

Ces questions trouveront donc des débuts de réponse au travers de cette évaluation.

Il convient enfin de préciser que le PRS prend la suite, sur cette thématique, de programmes précédents (PRAPS 1 et 2, Plan régional de santé publique ou PRSP), tout en élargissant les périmètres de ces derniers.

4. QUESTIONS DE L'ÉVALUATION

Comme la mise en œuvre du PRS vient seulement de débuter, l'évaluateur devra s'attacher d'abord à montrer en quoi les orientations stratégiques du PRS peuvent modifier les politiques précédentes en la matière (quels sont les changements espérés ?) et si les premières actions vont bien dans le sens attendu. Le ciblage des publics en grande vulnérabilité a-t-il évolué dans le temps ? En quoi et pourquoi ? L'évaluateur devra apporter des réponses sur les premiers résultats obtenus par la politique de l'ARS au travers des questions évaluatives suivantes :

1. La politique régionale de santé permet-elle une prise en compte de la grande vulnérabilité dans les actions, les programmes, les politiques et *in fine* dans d'éventuels dispositifs de santé chez les partenaires de l'ARS ?

1.1 Comment l'ARS exerce-t-elle son rôle de plaidoyer pour des politiques publiques favorables à la santé des personnes en grande vulnérabilité, avec une attention particulière à porter sur les leviers suivants :

- les commissions de coordination des politiques publiques, pour le partenariat avec les autres acteurs institutionnels
- les contrats locaux de santé, pour le partenariat avec les élus locaux.

1.2 Quels sont les résultats et les interactions obtenus dans ce cadre ?

2. Comment la politique régionale de santé favorise-t-elle la mise en place d'outils de recueil et de valorisation de la parole des personnes en grande vulnérabilité ?

2.1 Quelles sont les expériences innovantes en matière de représentation des personnes en grande vulnérabilité au sein des différentes organisations qui les concernent ?

2.2 A travers l'exemple des gens du voyage les plus en difficultés, comment la parole des personnes cumulant des facteurs de vulnérabilité (sanitaire, mais aussi sociale) est-elle recueillie et prise en compte pour adapter les programmes à leurs réalités ?

3. La politique régionale de santé apporte-t-elle les outils adéquats pour éviter les ruptures dans les parcours de vie des personnes en situation de grande vulnérabilité identifiées lors de l'élaboration du PRS ?

3.1 Quels sont, parmi les différents outils que l'ARS peut mobiliser au bénéfice de la santé des populations en grande vulnérabilité, ceux qui s'inscrivent dans une logique de parcours de ces populations (prévention, repérage, orientation, prise en charge d'un épisode aigu, prise en charge inter-épisodes, accompagnement) ?

3.2 L'évolution actuelle des organisations de santé visant à faciliter les parcours de l'ensemble de la population est-elle de nature à faciliter aussi le parcours des personnes en grande vulnérabilité ? Une attention particulière sera portée aux dispositifs de santé de premier recours.

4. Comment la politique régionale de santé pourra-t-elle contribuer à améliorer l'accès aux droits des personnes en situation de grande vulnérabilité ?

4.1 Quelle est la place attendue de l'ARS par ses partenaires dans les politiques publiques visant l'accès aux droits des populations en grande vulnérabilité ?

4.2 Dans quelle mesure les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) permettent-elles un retour au droit commun ?

5. La politique régionale de santé peut-elle permettre aux acteurs/promoteurs/établissements de mettre en œuvre la démarche "d'aller vers" ?

5.1 Dans quelle mesure la politique régionale promeut-elle l'adaptation des pratiques professionnelles pour répondre aux situations de non recours à la prévention ?

5.2 Quelles seraient les situations de non recours justifiant la création de dispositifs spécifiques de santé « allant vers », l'adaptation de l'existant ne suffisant pas à régler la situation de non recours aux structures de santé ?

5. CRITERES GENERAUX DE JUGEMENT

Pour apprécier la santé des personnes concernées, l'évaluateur étudiera non seulement leur état de santé proprement dit, à la condition que des données soient disponibles et comparables dans la région des Pays de la Loire, mais surtout analysera leurs conditions d'accès aux services de prévention, de soins et d'accompagnement ainsi que leur accès aux droits.

L'évaluation devra comporter des jugements en termes de :

- pertinence des changements attendus (en s'appuyant sur un état des lieux des programmes précédents) ;
- cohérence de la politique de l'ARS avec les politiques de ses partenaires institutionnels
- cohérence des objectifs avec les publics ciblés et les moyens mobilisés
- relation entre les objectifs et les premiers effets constatés (efficacité)

Les jugements devront intégrer, chaque fois que cela sera possible, les trois acceptations de l'accessibilité : géographique et temporelle, socioculturelle et financière.

6. INFORMATIONS DISPONIBLES

Le document de planification sur lequel l'évaluateur devra s'appuyer est le projet régional de santé (PRS) et plus particulièrement le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ainsi que les programmes territoriaux de santé (PTS).

Ces documents retracent les objectifs, les actions et les indicateurs prévus pour mettre en œuvre et évaluer la politique de santé de l'ARS menée au bénéfice des populations en grande vulnérabilité.

7. ELEMENTS METHODOLOGIQUES

Cette démarche devra avoir une dimension participative importante, en prenant soin de la participation, à toutes les étapes de l'évaluation, des associations et des publics concernés par le sujet.

L'évaluation aura nécessairement une dimension interinstitutionnelle. Sont principalement concernés des services de l'Etat, les collectivités locales, les organismes de sécurité sociale et les organismes de complémentaire santé. Une attention toute particulière sera portée aux relations entre l'ARS et ces partenaires lors de cette évaluation.

Dans une logique de croisements des points de vue, l'évaluation devra interroger l'ensemble le plus large possible :

- des acteurs et opérateurs publics et privés concernés par la réorganisation du système de santé ;
- des acteurs et opérateurs publics et privés qui œuvrent en faveur de la santé des populations en grande vulnérabilité ;
- des acteurs et opérateurs des politiques de prévention, de santé mentale et de lutte contre les addictions ;
- des partenaires institutionnels impliqués dans la mise en œuvre ou le financement des actions au profit des populations en grande vulnérabilité ;
- des associations et des bénéficiaires de ces politiques.

L'évaluateur devra prendre en considération aussi bien le milieu urbain que rural et pourra ainsi mettre en évidence le cas échéant des différences d'approche et d'organisations entre ces deux milieux.

8. PILOTAGE

Pour mener à bien cette évaluation, un comité de pilotage (COPIL), présidé par un directeur de l'ARS mandaté par la directrice générale (en l'occurrence le docteur Pierre Blaise, directeur du PRS) et composé de 10 membres, associant des collaborateurs de l'ARS choisis au sein du groupe projet transversal « précarité », des représentants de la population, des acteurs institutionnels et professionnels de cette politique ainsi que des personnes qualifiées, est spécifiquement constitué pour la durée de l'évaluation.

Le COPIL est consulté sur le cadrage en amont de l'évaluation, il en exprime les jugements conclusifs et formule des éléments de recommandation. Il a plus précisément comme missions de :

- amender et valider le référentiel de l'évaluation
- débattre du réajustement du référentiel à mi-parcours des investigations, s'il s'avère nécessaire
- émettre les jugements par critère d'évaluation et formuler la conclusion qui en découle au niveau de chaque question évaluative
- formuler des éléments de recommandation, sur la base d'un récapitulatif des jugements produits par l'évaluateur
- valider le rapport d'évaluation incluant les recommandations finales

9. CALENDRIER

Le président du comité de pilotage mis en place pour cette évaluation rendra régulièrement compte à la directrice générale de l'ARS du calendrier de travail et de l'avancement des travaux (composition du comité de pilotage, cahier des charges, référentiel d'évaluation, programme d'investigations, constats et jugements...).

Le rapport sera présenté pour avis à la CRSA (commission permanente). Cet avis sera annexé au document.

Un rapport final sera rendu pour décembre 2013 au plus tard. Ce rapport sera soumis au comité de direction de l'ARS.

Les travaux de cette évaluation seront régulièrement présentés au comité de pilotage (COFIL) :

- T0 : 1^{ère} réunion du COFIL, pour présentation du cahier des charges ;
- 2^{ème} réunion, dans les suites rapprochées de la première réunion pour la construction du référentiel ;
- 3^{ème} réunion, pour la présentation des constats et la formulation des jugements ;
- 4^{ème} réunion, dans les suites rapprochées de la troisième réunion pour l'élaboration d'éléments de recommandations.

10. BUDGET

L'évaluateur pourra compter sur la collaboration des agents de l'ARS ayant connaissance du thème évalué et les moyens logistiques de l'ARS en tant que de besoin pour contribuer aux investigations nécessaires. Si besoin, des investigations pourront être déléguées à des opérateurs extérieurs, en particulier auprès des publics cibles en grande vulnérabilité.

11. POLITIQUE DE COMMUNICATION

Le rapport d'évaluation, propriété de l'ARS, sera rendu public.

La direction générale arrêtera les modalités de communication, sur proposition conjointe du pilote de l'évaluation et de la Direction des relations avec les usagers et les partenaires (DRUP).

En tout état de cause, tout contributeur à l'évaluation sera destinataire d'un exemplaire du rapport.

12. LIVRABLE ATTENDU

Le rapport d'évaluation devra comporter *a minima* les volets suivants :

- synthèse
- présentation succincte de la méthodologie de l'évaluation
- constats et jugements sur la politique évaluée en réponse aux questions évaluatives (état des lieux, réussites et marges de progrès...)
- recommandations stratégiques et opérationnelles permettant de réorienter si besoin les objectifs et les actions du PRS, en particulier du PRAPS

Des annexes pourront approfondir certains points de méthode ou d'analyse en tant que de besoin.

Le rapport ne devra pas excéder 50 pages (hors annexes).

Une restitution orale pourra être demandée à l'équipe d'évaluation par le commanditaire.

2. COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE

Nom-Prénom	Organisme
Dr BLAISE Pierre	ARS- directeur PRS et président copil
M. MICHELET Vincent puis Mme PASSETEMPS Marie-Jo	ARS - chef de projet précarité
Dr BLANCHIER Véronique	ARS - médecin direction prévention et protection de la santé
Mme VERITE Carine (Suppléante : Mme MARIONNEAU Chrystèle)	DRJSCS - Responsable de l'unité accompagnement des populations vulnérables
M. VIVIER Frédéric	CPAM44 - responsable cellule de gestion du risque
M. BERNIER Daniel	Association d'addictologie Triangle-directeur
Mme LEMERCIER Soazic	FNARS - chargée de mission santé
M. GAILLARD Richard	URIOPSS et Université d'Angers - sociologue
Dr LERAT Dominique	Médecine libérale et Médecins du Monde - médecin généraliste
Mme FAZAL-CHENAI Méry	Association UFC- Que Choisir

3. REFERENTIEL DE L'ÉVALUATION

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères (arrêtés en COPIL du 24/05/2013)	Indicateurs	Type investigation	Source
1. La politique régionale de santé permet-elle une prise en compte de la grande vulnérabilité dans les actions, les programmes, les politiques et in fine dans les éventuels dispositifs de santé, chez les partenaires de l'ARS ?	1.1 Comment l'ARS exerce-t-elle son rôle de plaidoyer pour des politiques publiques favorables à la santé des personnes en grande vulnérabilité, avec une attention particulière à porter sur les leviers suivants : - les commissions de coordination des politiques publiques, pour le partenariat avec les autres acteurs institutionnels - les contrats locaux de santé, pour le partenariat avec les élus locaux.	C11-1.Les commissions de coordination des politiques publiques (CCPP) et les conférences de territoires (CT) sont mobilisées sur la grande vulnérabilité	I01.Nombre de points relatifs à la santé des personnes en grande vulnérabilité (PGV) dans les ordres du jour des CCPP et liste des sujets traités (identifier les thèmes les plus débattus)	entretien	ARS/DPPS
				recherche documentaire	Étude des PV des CCPP (DRUP)
			I02.Existence, nombre et nature des axes de travail sur la santé des PGV dans les décisions des CCPP (identifier les thèmes faisant l'objet de co-décisions)	entretien	ARS/DPPS
				entretien	Conseils généraux
				entretien	CPAM
				entretien	DRJSCS
				entretien	MSA
				entretien	Mutualité française/CRSA prévention
			recherche documentaire	Étude des PV des CCPP (DRUP)	
			I03.Nombre de points relatifs à la santé des PGV dans les ordres du jour des conférences de territoires et liste des sujets traités (identifier les thèmes les plus débattus)	entretien	ARS/DT
recherche documentaire	Étude des feuilles de route territoriales				
recherche documentaire	Étude des PV des conférences de territoire				
		C11-2.L'ARS intègre	I04.Existence, nombre	entretien	ARS/DEO/DCPS &

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères (arrêtés en COPIL du 24/05/2013)	Indicateurs	Type investigation	Source
		la santé des personnes en grande vulnérabilité (PGV) dans sa politique contractuelle avec ses partenaires	et nature des conventions bilatérales ou multilatérales avec d'autres institutions en faveur de la santé des PGV (identifier les priorités retenues)		GT ARS PRÉCARITÉ
				recherche documentaire	Étude des conventions (dont DOP ARS-DRJSCS du 25/06/2012) (DRUP)
				recherche documentaire	Étude des CR de réunion du GT ARS précarité
		C11-3.La politique régionale des contrats locaux de santé inclut la prise en compte de la grande vulnérabilité	I05.Nombre de CLS signés ou négociés abordant explicitement la thématique de la santé des PGV	entretien	ARS/DEO/DCPS & GT ARS PRÉCARITÉ
				entretien	Ville Angers
				entretien	Ville La Roche sur Yon
				entretien	Ville Nantes
				recherche documentaire	Étude des CLS signés ou négociés
				entretien	Ville Angers
				entretien	Ville La Roche sur Yon
	I06.Nombre de CLS signés comportant, dans leur diagnostic, un point sur la santé des populations précaires	entretien	Ville Nantes		
		recherche documentaire	Étude des CLS signés ou négociés		
		entretien	Ville Angers		
	1.2 Quels sont les résultats et les interactions obtenus dans ce cadre ?	C12-1.Un panorama détaillé et actualisé des secteurs géographiques cumulant les indicateurs de précarité est disponible (PRAPS)	I07.Existence d'un document portant panorama ou d'une programmation de sa réalisation (date fixée, COPIL constitué....)	entretien	ARS/DEO/DCPS & GT ARS PRÉCARITÉ
				entretien	ARS/DPPS
entretien				ARS/DPPS/DOA	
recherche documentaire				Recherche panorama (DOA/DPPS)	
C12-2.Les plans d'actions ou programmes de travail		I08.Présence et nombre d'objectifs opérationnels	entretien	ARS/DEO/DCPS & GT ARS PRÉCARITÉ	
			entretien	CRSA/ responsable	

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères (arrêtés en COPIL du 24/05/2013)	Indicateurs	Type investigation	Source
		des institutions partenaires intègrent des objectifs opérationnels en matière de santé des PGV	intégrant la santé des PGV dans les plans d'action et programmes des institutions partenaires + thématiques (identifier les champs les plus investis de manière opérationnelle)		du groupe travail précarité
				entretien	SIAO
		C12-3.L'ARS a pris en compte les politiques de ses partenaires (institutionnels et associations) pour l'élaboration du PRS	I09.Modalités d'intégration des politiques et programmes des partenaires dans le PRS	entretien	ARS/DPRS
				entretien	CRSA/ responsable du groupe travail précarité
				entretien	DRJSCS
				entretien	FNARS
				recherche documentaire	Avis formulés dans le cadre du PRS par les partenaires sur la question de la santé des PGV
2. Comment la politique régionale de santé favorise-t-elle la mise en place d'outils de recueil et de valorisation de la parole des personnes en grande vulnérabilité ?	2.1 Quelles sont les expériences innovantes en matière de représentation des personnes en grande vulnérabilité au sein des différentes organisations qui les concernent ?	C21-1.Des initiatives au sein des établissements, services, structures d'accueil, centres de soins/ de consultation (CASF ou non) qui les accompagnent sont prises pour permettre aux PGV d'exercer une représentation active	I10.Modalités d'application de l'article L. 311-6 CASF (formes de participation des bénéficiaires au fonctionnement des ESMS) dans les établissements et services suivants (parmi ceux visés aux 8° et 9° de l'art. L.312-1 CASF) : - CHRS - CADA	enquête SOLEN	Ets sociaux relevant du L.312-1 8° et 9° du CASF (Accueil de jour, CHRS, maisons relais, LHSS, ACT, CAARUD, CSAPA)
				entretien	Accueil de jour
				entretien	ACT
				entretien	CHRS/Maison relais
				Entretien	CADA
				entretien	CRSA/USAGERS + CISS
				entretien	DRJSCS
				entretien	FNARS
				entretien	LHSS
				recherche	ANESM,

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères (arrêtés en COPIL du 24/05/2013)	Indicateurs	Type investigation	Source
			<ul style="list-style-type: none"> - LHSS - ACT - CAARUD - CSAPA <p>Identification :</p> <ul style="list-style-type: none"> -De la nature de la participation (information, consultation, co-décision ; individuelle / collective) -Des effets de la participation sur l'accès aux droits, à la prévention et aux soins <p>I11.Modalités de participation des usagers dans la gouvernance des structures non soumises à l'article L.311-6 du CASF, dans les catégories suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Samu Social -CASO Médecins du Monde -Centres d'examen de santé de l'assurance maladie <p>Identification :</p> <ul style="list-style-type: none"> -De la nature de la participation 	<p>documentaire</p> <p>table ronde</p> <p>entretien</p> <p>entretien</p> <p>entretien</p> <p>entretien</p> <p>entretien</p>	<p>Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale, mars 2008</p> <p>Associations addictologie CSAPA, CAARUD Acteurs addictologie</p> <p>CASO médecins du monde</p> <p>Centre d'examen de santé de l'assurance maladie</p> <p>FNARS</p> <p>Samu social</p> <p>Association femmes-relais Sarthe</p>

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères (arrêtés en COPIL du 24/05/2013)	Indicateurs	Type investigation	Source
			(information, consultation, co-décision ; individuelle / collective) -Des effets de la participation sur l'accès aux droits, à la prévention et aux soins		
		C21-2.Des expériences associant les PGV dans la conduite des politiques sont observées	I12.Existence d'expériences d'association <u>directe</u> des PGV dans les politiques <u>spécifiques</u> qui leur sont consacrées, ou dans les politiques <u>générales</u> touchant toute la population	entretien	Communes rurales avec CLS
				entretien	CRSA/ responsable du groupe travail précarité
				entretien	CRSA/Usagers + CISS
				entretien	GEM
				entretien	Ville Angers
				entretien	Ville La Roche sur Yon
				entretien	Ville Nantes
				entretien	ARS/DRUP
		C21-3.Les bonnes pratiques d'association des usagers PGV à la conduite des institutions et des politiques sont recueillies et diffusées	I13.Existence de retours d'expérience mis en partage par l'ARS (site Internet, CCPP...)	recherche documentaire	Étude des PV des CCPP
				recherche documentaire	Étude sites Internet ARS
				entretien	ARS/DEO/DCPS & GT ARS PRÉCARITÉ
			I14.Nombre de colloques ou autres réunions d'échanges de pratiques ou de partage d'expérience sur l'association des PGV et rôle joué par l'ARS	entretien	ARS/DPPS
				entretien	ARS/DRUP

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères (arrêtés en COPIL du 24/05/2013)	Indicateurs	Type investigation	Source
	2.2 A travers l'exemple des gens du voyage les plus en difficultés, comment la parole des personnes cumulant des facteurs de vulnérabilité (sanitaire, mais aussi sociale) est-elle recueillie et prise en compte pour adapter les programmes à leurs réalités ?	C22-1.Des programmes d'actions de santé, dont des outils de communication, sont définis en lien avec les publics et les personnes relais	I15.Existence et types de programme de santé ou d'initiatives en santé visant spécifiquement les gens du voyage, en totalité ou par un volet ciblé. (champ prévention à privilégier)	entretien	ARS/DPPS
				entretien	Communauté d'agglo Angers
				entretien	Conseils généraux
				entretien	DDCS
				entretien	Préfectures (via DDCS)
				entretien	Ville Angers
				entretien	Ville La Roche sur Yon
				entretien	Ville Nantes
				recherche documentaire	Base OSCARS
				table ronde	Associations travaillant avec les gens du voyage
			entretien	ARS/DPPS	
			I16.Liste de ces programmes ayant été définis en lien avec les gens du voyage (champ prévention à privilégier)	entretien	Communauté d'agglo Angers
				entretien	Conseils généraux
				entretien	DDCS
				entretien	Préfectures (via DDCS)
				entretien	Ville Angers
				entretien	Ville La Roche sur Yon
				entretien	Ville Nantes
				table ronde	Associations travaillant avec les gens du voyage
			entretien	ARS/DPPS	
			I17.Liste de ces programmes ayant été définis en lien avec des personnes relais (champ prévention à privilégier)	entretien	Communauté d'agglo Angers
				entretien	Conseils généraux
				entretien	DDCS
				entretien	Préfectures (via DDCS)
				entretien	Ville Angers
				entretien	Ville La Roche sur

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères (arrêtés en COPIL du 24/05/2013)	Indicateurs	Type investigation	Source
					Yon
				entretien	Ville Nantes
				table ronde	Associations travaillant avec les gens du voyage
		C22-2.Leur satisfaction et leur ressenti sont recueillis	I18.Si des programmes spécifiques existent : -modalités de recueil de la satisfaction des usagers -modalités de recueil des attentes des usagers (champ prévention à privilégier)	table ronde	Associations travaillant avec les gens du voyage
				entretien	Communauté d'agglomération Angers
			I19.Pratiques des communes dans le recueil de la parole des gens du voyage, dans l'élaboration de leurs politiques en tant qu'elles ont un impact sur la santé de ces publics (penser aux déterminants de santé, notamment) (champ prévention à privilégier)	entretien	Ville Angers
				entretien	Ville La Roche sur Yon
				entretien	Ville Nantes
				entretien	Conseils généraux
			I20.Pratique des pouvoirs publics dans le recueil de la parole des gens du voyage dans l'élaboration de politiques ayant un impact sur la santé de	entretien	Préfectures (via DDSCS)

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères (arrêtés en COPIL du 24/05/2013)	Indicateurs	Type investigation	Source
			ces publics (champ prévention à privilégier)		
		C22-3.Des actions spécifiques (y compris de médiation) sont organisées pour favoriser l'accès aux soins et à la prévention des gens du voyage compte tenu de leurs contraintes propres	I21.Degré de prise en compte des attentes des gens du voyage dans les décisions les concernant, dans le domaine sanitaire	recherche documentaire	Base OSCARS
				table ronde	Associations travaillant avec les gens du voyage
			I22.Degré de diffusion des pratiques de médiation (où ? pour quel type de public ? pour quoi ? avec quelle valeur ajoutée ?) (champ prévention à privilégier)	table ronde	Associations travaillant avec les gens du voyage
				diagramme de problèmes	Parcours des personnes en grande vulnérabilité
3. La politique régionale de santé apporte-t-elle les outils adéquats pour éviter les ruptures dans les parcours de vie des personnes en situation de grande vulnérabilité identifiées lors de l'élaboration du PRS?	3.1 Quels sont, parmi les différents outils que l'ARS peut mobiliser au bénéfice de la santé des populations en grande vulnérabilité, ceux qui s'inscrivent dans une logique de parcours de ces populations (prévention, repérage, prise en charge d'un épisode aigu, prise en charge inter-épisodes, accompagnement, orientation) ?	C31-1.Les différents outils spécifiques sont recensés et mobilisés en termes de parcours par l'ARS (ex : LHSS, PASS, soins en structures sociales comme points santé en CHR, SAMU social, EMPP, ACT, habitat indigne, CAARUD...)	I23.Types d'outils spécifiques existants pour chaque phase du parcours de vie chez grands exclus, jeunes en errance et immigrés (Existence d'un recensement de ces outils spécifiques ; Modélisation de parcours PGV, en positionnant ces outils)	enquête SOLEN	Ets sociaux relevant du L.312-1 8° et 9° du CASF (Accueil de jour, CHR, maisons relais, LHSS, ACT, CAARUD, CSAPA)
				enquête spécifique	Vignettes personnes en grande vulnérabilité
				entretien	ACT
				entretien	ARS/DAS/DAMS dont resp GT addicto
				entretien	ARS/DAS/DASP
				entretien	ARS/DAS/DASR
				entretien	ARS/DEO/DCPS & GT ARS PRÉCARITÉ

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères (arrêtés en COPIL du 24/05/2013)	Indicateurs	Type investigation	Source
				entretien	ARS/DPPS
				entretien	ARS/DT
				entretien	CADA
				entretien	CHRS / Maison relai
				entretien	Conseils généraux
				entretien	CPAM
				entretien	PJJ
				entretien	DDCS
				entretien	DRJSCS
				entretien	EMPP
				entretien	FNARS
				entretien	GEM
				entretien	IREPS
				entretien	LHSS
				entretien	Médecins du monde
				entretien	MSA
				entretien	Mutualité française/CRSA prévention
				entretien	PASS
				entretien	SAMU social (dont Sarthe)
				entretien	SIAO
				recherche documentaire	Analyse de l'étude nationale sur les LHSS
				table ronde	Associations addictologie CSAPA, CAARUD Acteurs addictologie
				entretien	ARS/DAS/DAMS dont resp GT addicto
		C31-2.Des outils non spécifiques de la population en grande vulnérabilité peuvent être adaptés pour	I24.Types d'outils adaptables pour chaque phase du parcours de vie chez grands exclus, jeunes	entretien	ARS/DAS/DASP
				entretien	ARS/DAS/DASR
				entretien	ARS/DEO/DCPS & GT ARS PRÉCARITÉ
				entretien	ARS/DPPS

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères (arrêtés en COPIL du 24/05/2013)	Indicateurs	Type investigation	Source
		prévenir les ruptures de prise en charge de ces publics	en errance et immigrés	entretien	CADA
				entretien	EMPP
				entretien	IREPS
				entretien	MSP
				entretien	Mutualité française/CRSA prévention
				entretien	PASS
				entretien	PJJ
				entretien	Service d'urgence hospitalier (avec PASS)
				entretien	SIAO
				entretien	URPS médecins
	enquête SOLEN	Ets sociaux relevant du L.312-1 8° et 9° du CASF (Accueil de jour, CHR, maisons relais, LHSS, ACT, CAARUD, CSAPA)			
	3.2 L'évolution actuelle des organisations de santé visant	C31-3.Des dispositifs d'accompagnement individualisé par l'intermédiaire d'une personne référente sont mis en œuvre et améliorent les parcours (cf. obj PRAPS) (distinguo entre préexistant ou procédant de la politique de l'ARS)	I25.Modalités d'accompagnement concernant la santé des personnes par les structures sociales (grands exclus et jeunes en errance) – recensement du nombre d'actions	enquête spécifique	Vignettes personnes en grande vulnérabilité
				entretien	ARS/DEO/DCPS & GT ARS PRÉCARITÉ
				entretien	SIAO
				recherche documentaire	Base OSCARS
entretien				ARS/DPPS	
	C32-1.Une approche médico-psycho-	I26.Nombre de colloques organisés	entretien	ARS/DRUP	
			entretien	IREPS	
			recherche	Base OSCARS	

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères (arrêtés en COPIL du 24/05/2013)	Indicateurs	Type investigation	Source
	à faciliter les parcours de l'ensemble de la population est-elle de nature à faciliter aussi le parcours des personnes en grande vulnérabilité ? Une attention particulière sera portée aux dispositifs de santé de premier recours.	sociale de la santé portée vers les acteurs de terrain	en région sur cette thématique	documentaire	
				entretien	ARS/DPPS
			I27.Financement (ou autre participation, yc labellisation) d'actions de communication, information ou formation organisées par des opérateurs	entretien	ARS/DRUP
				entretien	IREPS
				recherche documentaire	Base OSCARS
				entretien	ARIFTS
			I28.Part de cette approche dans la formation initiale des médecins et des travailleurs sociaux	entretien	Doyens facultés de médecine
				entretien	ARS/DAS/DASP
			I29.Modalités d'organisation au sein des MSP / PSP favorisant cette approche	entretien	MSP implantée en ZUS
				entretien	MSP rurale
				entretien	URACCS
				enquête spécifique	Vignettes personnes en grande vulnérabilité
		C32-2.L'organisation du système de santé (regroupement pluri-professionnel, travail en équipe...) est connue, lisible et compréhensible et accessible pour les PGV	I30.Niveau de perception des PGV sur les principes de l'organisation du système de santé (qui aller voir quand ?)	entretien	Association femmes-relais sarthe
				entretien	Associations d'interprétariat (ASAMLA et APTIRA)
				entretien	CRSA/USAGERS + CISS
				entretien	EMPP
				entretien	GEM
				entretien	Médecins du Monde
				entretien	MSP implantée en ZUS
				entretien	MSP rurale
	entretien	URACCS			
	entretien	PASS			

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères (arrêtés en COPIL du 24/05/2013)	Indicateurs	Type investigation	Source	
				entretien	Service d'urgence hospitalier (avec PASS)	
				entretien	SIAO	
				recherche documentaire	PV CCRPA "santé" de mai 2013	
				entretien	MSP implantée en ZUS	
		C32-3.L'aide (partage d'informations entre acteurs, accès à l'interprétariat, formations...) apportée aux professionnels de santé de premier recours pour l'accompagnement de ces PGV est appropriée	I31.Nombre de formations notamment en libération de la parole, addictions-précarité et habitat-santé pour le premier recours	entretien	MSP rurale	
				entretien	URPS médecins	
				entretien	ARS/DAS/DASP	
			I32.Modalités financières facilitatrices récemment mises en place et portées par l'ARS pour le premier recours	entretien	MSP implantée en ZUP	
				entretien	MSP rurale	
				entretien	URACCS	
				entretien	SIAO	
				entretien	URPS médecins	
			I33.Accessibilité à l'interprétariat (disponibilité des interprètes, financement...) pour le premier recours	entretien	Associations d'interprétariat (ASAMLA et APTIRA)	
					Médecins du Monde	
				entretien	MSP implantée en ZUS	
				entretien	ARS/DAS/DASP	
			I34.Conditions de repérage des ruptures de parcours, et notamment articulation avec le	entretien	ARS/DEO/DCPS & GT ARS PRÉCARITÉ	
					LHSS	
		Médecins du Monde				
			entretien	MSP implantée en		

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères (arrêtés en COPIL du 24/05/2013)	Indicateurs	Type investigation	Source
			social pour le premier recours		ZUS
				entretien	MSP rurale
				entretien	URACCS
				entretien	Service d'urgence hospitalier (avec PASS)
				entretien	URPS médecins
				table ronde	Associations addictologie CSAPA, CAARUD Acteurs addictologie
				entretien	Service d'urgence hospitalier (avec PASS)
			I35.Place des réseaux de santé pour faciliter la prise en charge coordonnée des populations en grande vulnérabilité pour le premier recours	entretien	URPS médecins
				recherche documentaire	Étude sur réseaux de santé (DCPS)
				entretien	CPAM
4. Comment la politique régionale de santé pourra-t-elle contribuer à améliorer l'accès aux droits des personnes en situation de grande vulnérabilité ?	4.1 Quelle est la place attendue de l'ARS par ses partenaires dans les politiques publiques visant l'accès aux droits des populations en grande vulnérabilité ?	C41-1.Les champs de compétences entre institutions sont clairement définis : - Les partenaires de l'ARS ont une attente d'un positionnement de l'ARS en termes d'accès aux droits - L'ARS connaît la place que ses partenaires attendent d'elle en termes d'accès aux droits	I36.Formulation des attentes des partenaires vis-à-vis de l'ARS en termes d'accès aux droits (notamment sur les publics Populations à privilégier : jeunes en insertion, immigrés, jeunes en errance et grands exclus - problèmes de domiciliation)	entretien	CRSA/ responsable du groupe travail précarité
				entretien	CRSA/USAGERS + CISS
				entretien	DRJSCS
				entretien	PJJ
				entretien	MSA
				entretien	Mutualité française/CRSA prévention
				entretien	Ville Angers
				entretien	Ville La Roche sur Yon
				entretien	Ville Nantes
				entretien	ARS/DAS/DAMS

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères (arrêtés en COPIL du 24/05/2013)	Indicateurs	Type investigation	Source
			I37. Connaissance, par l'ARS, des attentes des partenaires en termes d'accès aux droits	entretien	ARS/DAS/DASP
				entretien	ARS/DAS/DASR
				entretien	ARS/DEO/DCPS & GT ARS PRÉCARITÉ
				entretien	ARS/DPPS
				entretien	ARS/DAS/DASP
		C41-2. L'ARS investit cette place attendue	I38. Nombre et types d'actions programmées ou déployées correspondant aux attentes des partenaires	entretien	ARS/DPPS
				entretien	ARS/DEO/DCPS & GT ARS PRÉCARITÉ
			I39. Partenariats existants, sur cette question, entre l'ARS et d'autres acteurs (prises de contacts, réunions sur ce thème, conventions... toutes formes de partenariats)	entretien	CRSA/Usagers + CISS
		C41-3. La prise en charge de l'accès spécialisé est garantie dans chaque territoire de santé (démographie médicale régulée)	I40. % de médecins en secteur 1 par spécialité et par territoire	entretien	URPS médecins
				recherche documentaire	Données assurance maladie sur démographie médicale secteur 1
				entretien	CPAM
			I41. Perception des acteurs sur l'accessibilité financière aux soins spécialisés en Pays de Loire, pour les personnes en grande	entretien	CRSA/USAGERS + CISS
				entretien	GEM
				entretien	MSA
				entretien	Mutualité française/CRSA prévention
				entretien	URPS médecins

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères (arrêtés en COPIL du 24/05/2013)	Indicateurs	Type investigation	Source		
			vulnérabilité	entretien	Ville Angers		
				entretien	Ville La Roche sur Yon		
				entretien	Ville Nantes		
				enquête nationale et régionale	PASS		
	4.2 Dans quelle mesure les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) permettent-elles un retour au droit commun ?	C42-1.Les PASS assurent un suivi (statistique, des cas dans le temps...) de l'orientation des usagers vers le droit commun		I42.Typologie des publics accueillis, et évolution	entretien	PASS	
					entretien	PASS régionale	
					entretien	SIAO	
					enquête nationale et régionale	PASS	
					entretien	PASS	
					entretien	PASS régionale	
		C42-2.Des passerelles vers un droit commun durable et stabilisé sont créées		I43.Existence de données (statistiques ou non) sur l'orientation vers le droit commun des usagers (notamment en ce qui concerne l'accès au médecin traitant)		enquête nationale et régionale	PASS
						entretien	PASS
						entretien	PASS régionale
						entretien	PASS
						entretien	PASS régionale
		I44.Place de l'accompagnement vers le droit commun identifiée comme une mission centrale par les PASS		entretien	PASS		
				entretien	PASS régionale		
				entretien	SIAO		
				recherche documentaire	Données de mise en perspective sur les PASS (notamment dossier RHF janv-fev. 2013)		
				enquête nationale et régionale	PASS		
		I45.Nombre de nouveaux usagers / Nombre de personnes prises en charge en		entretien	Médecins du Monde		
				entretien	PASS		
				entretien	PASS régionale		
				entretien	Service d'urgence hospitalier (avec		

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères (arrêtés en COPIL du 24/05/2013)	Indicateurs	Type investigation	Source
			PASS Modalités d'accès aux droits à la sortie de la PASS (AME, CMU, CMU-C, ACS...) Nature des accompagnements à la sortie de la PASS		PASS)
				recherche documentaire	Données de calibrage de la MIG PASS
				recherche documentaire	Données de mise en perspective sur les PASS (notamment dossier RHF janv-fev. 2013)
				enquête nationale et régionale	PASS
			I46.Proportion des usagers de la PASS ayant un déjà un médecin traitant à leur premier passage à la PASS ; lors d'un second passage.	entretien	PASS
				entretien	PASS régionale
				recherche documentaire	Carte des minima sociaux (ARS/DPPS/DOA)
		C42-3.Les PASS de la région s'organisent pour harmoniser leurs pratiques	I47.Localisation des PASS – Combien et où ? (carto) À croiser avec une carte sur les minima sociaux, si possible	recherche documentaire	Localisation des PASS (ARS/DAS/DASR)
				enquête nationale et régionale	PASS
			I48.Rôle de la PASS régionale	entretien	PASS
				entretien	PASS régionale
				enquête nationale et régionale	PASS
			I49.Typologie des pratiques des PASS – quels sont les points de convergence/ divergence ?	recherche documentaire	Typologies « budgétaires » des PASS
				recherche documentaire	Typologies des PASS existantes dans le cadre normatif (CSP, circulaires...)

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères (arrêtés en COPIL du 24/05/2013)	Indicateurs	Type investigation	Source
				enquête nationale et régionale	PASS
			I50.Effectifs des professionnels dans les PASS	entretien	PASS régionale
				enquête nationale et régionale	PASS
		C42-4.Les PASS sont connues des professionnels de santé en ambulatoire (ce que c'est, où il y en a)	I51.Existence d'actions de communication des PASS à destination des professionnels de premier recours sur leur rôle et leur localisation	entretien	PASS
				entretien	PASS régionale
				enquête rapide	Médecins généralistes dans un espace caractérisé par des poches de précarité (Saumur, Fontenay-le-Comte, Mayenne)
			I52.Connaissance de la PASS par les médecins généralistes	enquête nationale et régionale	PASS
				entretien	URPS médecins
				enquête nationale et régionale	PASS
			I53.Dynamique des MSP et pôles de santé en termes d'accès aux droits des populations en grande vulnérabilité	entretien	MSP
				entretien	URPS médecins
				recherche documentaire	Projets de santé des MSP et PSP
				enquête SOLEN	Ets sociaux relevant du L.312-1 8° et 9° du CASF (Accueil de jour, CHRS, maisons relais, LHSS, ACT, CAARUD, CSAPA)
5. La politique régionale de santé peut-elle permettre aux acteurs/promoteurs/établissements	5.1 Dans quelle mesure la politique régionale promeut-elle l'adaptation des	C51-1.Des actions de prévention et de réduction des risques	I54.Modalités d'actions de prévention des	entretien	ARS/DEO/DCPS & GT ARS PRÉCARITÉ
				entretien	ARS/DPPS

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères (arrêtés en COPIL du 24/05/2013)	Indicateurs	Type investigation	Source
de mettre en œuvre la démarche "d'aller vers"?	pratiques professionnelles pour répondre aux situations de non recours à la prévention ?	sont organisées dans les structures d'accueil social (CHRS, CADA, CAARUD...) et des dispositifs mobiles et de bas seuils sont mis en place (notamment pour l'accès à l'hygiène – dispositifs « halte de jour » – repos, nourriture, hygiène, halte de nuit, bains douches avec l'exemple de Nantes, CAARUD) - par qui (travailleurs sociaux formés, opérateurs extérieurs...) ?	structures d'accueil social	entretien	DDCS
				entretien	DRJSCS
				entretien	PJJ
				entretien	FNARS
				entretien	Mutualité française/CRSA prévention
				entretien	Ville Angers
				entretien	Ville La Roche sur Yon
				entretien	Ville Nantes
			enquête SOLEN	Ets sociaux relevant du L.312-1 8° et 9° du CASF (Accueil de jour, CHRS, maisons relais, LHSS, ACT, CAARUD, CSAPA)	
			I55.Niveau d'implication des associations de prévention au sein des structures d'accueil social	entretien	ARS/DEO/DCPS & GT ARS PRÉCARITÉ
				entretien	ARS/DPPS
				entretien	DDCS
				entretien	DRJSCS
				entretien	IREPS
recherche documentaire	Réponses des appels à projet des associations de prévention (addictions, nutrition, santé mentale)				
table ronde	Associations addictologie CSAPA, CAARUD Acteurs addictologie				
enquête SOLEN	Ets sociaux relevant du L.312-1 8° et 9° du CASF (Accueil				

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères (arrêtés en COPIL du 24/05/2013)	Indicateurs	Type investigation	Source
					de jour, CHRS, maisons relais, LHSS, ACT, CAARUD, CSAPA)
			I56.Nombre et nature des dispositifs mobiles et des dispositifs bas seuil en prévention créés depuis 2012	entretien	ARS/DEO/DCPS & GT ARS PRÉCARITÉ
				entretien	ARS/DPPS
				entretien	DDCS
				entretien	DRJSCS
				entretien	Ville Angers
				entretien	Ville La Roche sur Yon
				entretien	Ville Nantes
				entretien	ARS/DPPS
		C51-2.Les appels à projet prévention comportent une dimension relative à l' « aller vers » les PGV	I57.Dimension « aller vers » les PGV dans les cahiers des charges des appels à projet prévention	recherche documentaire	Cahiers des charges des appels à projet prévention (addictions, nutrition, santé mentale)
				entretien	ARS/DPPS
			I58.Démarche « aller vers » les PGV, poids de ce critère dans le choix des répondants aux appels à projet en prévention (financés ou non)	recherche documentaire	Réponses des appels à projet des associations de prévention (addictions, nutrition, santé mentale)
				recherche documentaire	Indicateur "Écart du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein entre population totale et population CMU-C"
		C51-3.Les centres de dépistage (cancers, CDAG, CIDDIST,	I59.Écart du taux de participation au dépistage organisé du	entretien	ARS/DPPS

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères (arrêtés en COPIL du 24/05/2013)	Indicateurs	Type investigation	Source
		tuberculose) et de vaccination sont mobilisés pour accéder aux PGV	cancer du sein entre population totale et population CMU-C		
			I60.Modalités d'accès aux PGV dans les centres de dépistage et de vaccination	entretien	ARS/DT
				entretien	Centre d'examen de santé de l'assurance maladie
				entretien	Conseils généraux
				entretien	SIAO
				entretien	Ville Angers
				entretien	Ville La Roche sur Yon
				entretien	Ville Nantes
				table ronde	Structures de dépistage infectieux (CDAG-CIDDIST et CLAT)
				enquête Delphi	experts (+ usagers)
	5.2 Quelles seraient les situations de non recours justifiant la création de dispositifs spécifiques de santé « allant vers », l'adaptation de l'existant ne suffisant pas à régler la situation de non recours aux structures de santé ?	C52-1.Les situations de non recours aux droits, à la prévention et aux soins sont identifiées	I61.Typologie des situations de non recours établie	enquête SOLEN	Ets sociaux relevant du L.312-1 8° et 9° du CASF (Accueil de jour, CHR, maisons relais, LHSS, ACT, CAARUD, CSAPA)
				entretien	ARS/ resp GT pers sous main de justice
				entretien	ARS/DEO/DCPS & GT ARS PRÉCARITÉ
				entretien	ARS/DPPS
				entretien	ARS/DT
				entretien	Association femmes-relais sarthe
				entretien	Conseils généraux

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères (arrêtés en COPIL du 24/05/2013)	Indicateurs	Type investigation	Source
				entretien	CPAM
				entretien	CRSA/ responsable du groupe travail précarité
				entretien	CRSA/USAGERS + CISS
				entretien	DDCS
				entretien	PJJ
				entretien	DRJSCS
				entretien	EMPP
				entretien	GEM
				entretien	IREPS
				entretien	Médecins du monde
				entretien	MSA
				entretien	Mutualité française/CRSA prévention
				entretien	SIAO
				recherche documentaire	Revue de littérature sur le non – recours
				recherche documentaire	Typologie des situations de non recours (travaux ODENORE, notamment)
				enquête Delphi	Experts (+ usagers)
		C52-2.Des expériences d'adaptation de l'existant n'ont pas porté leurs fruits (donc il faut innover)	I62.Types d'expérience d'adaptation de l'existant	enquête SOLEN	Ets sociaux relevant du L.312-1 8° et 9° du CASF (Accueil de jour, CHR, maisons relais, LHSS, ACT, CAARUD, CSAPA)
				entretien	ARS/DEO/DCPS & GT ARS PRÉCARITÉ
				entretien	ARS/DPPS
				entretien	ARS/DT

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères (arrêtés en COPIL du 24/05/2013)	Indicateurs	Type investigation	Source
				entretien	Conseils généraux
				entretien	CPAM
				entretien	CRSA/ responsable du groupe travail précarité
				entretien	DDCS
				entretien	DRJSCS
				entretien	IREPS
				entretien	Médecins du Monde
				entretien	MSA
				entretien	Mutualité française/CRSA prévention
				entretien	EMPP
				entretien	SIAO
				enquête Delphi	Experts (+ usagers)
		C52-3.Des approches innovantes pour les publics les plus éloignés des dispositifs de santé sont proposées par les pouvoirs publics et les acteurs	I63.Propositions d'approches innovantes pouvant s'intégrer dans la politique régionale de santé (retour au droit commun...)	enquête SOLEN	Ets sociaux relevant du L.312-1 8° et 9° du CASF (Accueil de jour, CHRS, maisons relais, LHSS, ACT, CAARUD, CSAPA)
				entretien	ARS/DPRS
				entretien	FNARS
				entretien	EMPP
				entretien	GEM
				entretien	Médecins du Monde
				entretien	SIAO
				table ronde	Associations addictologie CSAPA, CAARUD Acteurs addictologie

4. REPONSES DETAILLEES AUX QUESTIONS EVALUATIVES

Comment lire les réponses détaillées aux questions évaluatives ?

Les réponses aux questions évaluatives sont symétriques à la construction du référentiel d'évaluation, comme l'illustre le schéma ci-dessous.

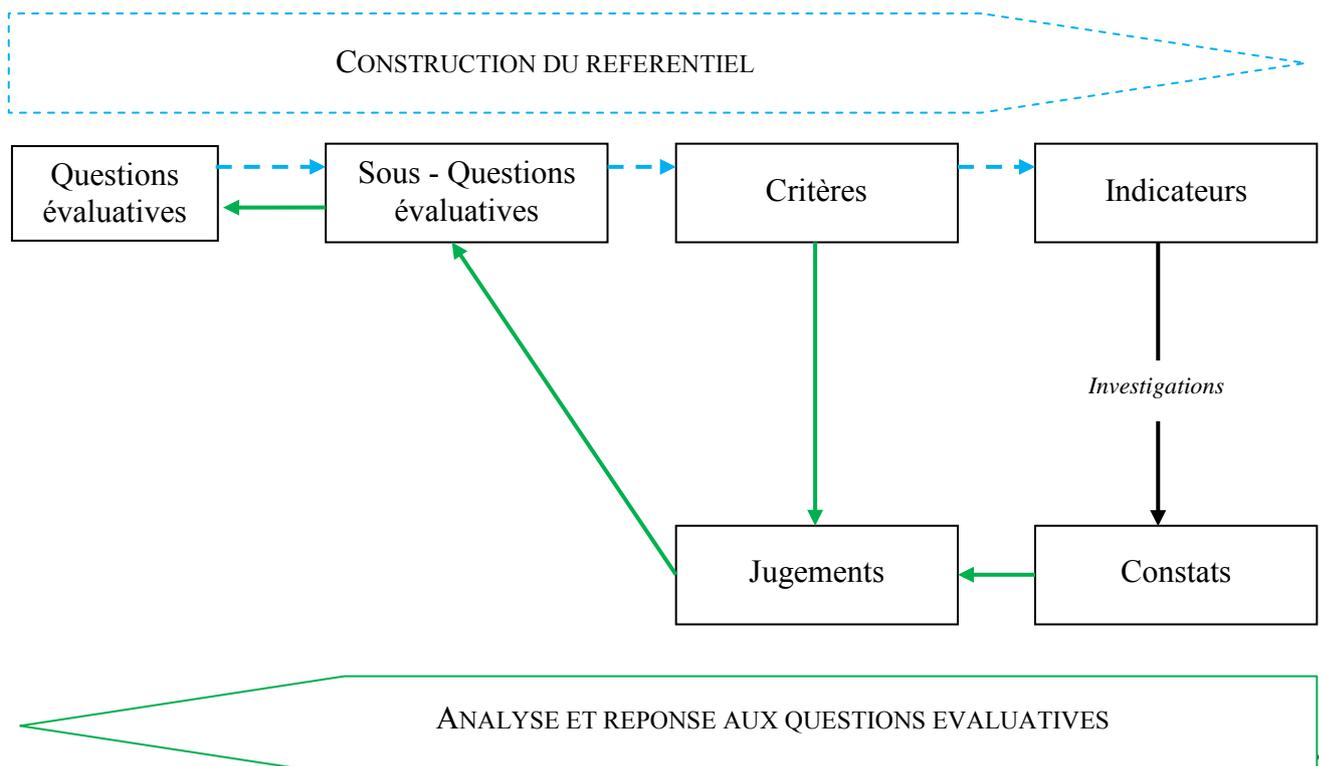
Comme les questions évaluatives ont été détaillées en sous-questions évaluatives, la réponse à chaque question évaluative dérive de la réponse apportée aux sous-questions évaluatives.

Des critères ont été définis pour apporter la réponse aux sous-questions évaluatives. Ainsi, les jugements portés le sont en référence aux critères, et c'est la synthèse de ces jugements qui permet de répondre aux sous-questions évaluatives.

Les jugements (26 au total) sont assis sur des constats (64 au total), réalisés lors des investigations, en référence aux indicateurs définis dans le référentiel. Les constats forment l'argumentaire du jugement.

La réalité de l'exercice a pu amener à formuler un jugement unique à partir de plusieurs critères ; et parfois plusieurs jugements ont pu être formulés sur la base d'un critère.

DE LA CONSTRUCTION DU REFERENTIEL A LA REPONSE AUX QUESTIONS EVALUATIVES



Réponses détaillées aux questions évaluatives

1. LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE PERMET-ELLE UNE PRISE EN COMPTE DE LA GRANDE VULNERABILITE DANS LES ACTIONS, LES PROGRAMMES, LES POLITIQUES ET IN FINE DANS LES DISPOSITIFS DE SANTE, CHEZ LES ACTEURS ET LES PARTENAIRES DE L'ARS ?

La politique régionale de santé ne détermine pas encore de manière significative la prise en compte des questions de santé des populations en grande vulnérabilité dans les plans et activités des partenaires de l'ARS.

1.1. Comment l'ARS exerce-t-elle son rôle de plaidoyer pour des politiques publiques favorables à la santé des personnes en grande vulnérabilité, avec une attention particulière à porter sur les leviers suivants :

- les commissions de coordination des politiques publiques, pour le partenariat avec les autres acteurs institutionnels ?

- les contrats locaux de santé, pour le partenariat avec les élus locaux ?

Le plaidoyer de l'ARS pour des politiques publiques favorables à la santé des populations en grande vulnérabilité est encore limité, malgré une impulsion récente dans le domaine des contrats locaux de santé.

Critère	C11-1. Les commissions de coordination des politiques publiques (CCPP) et les conférences de territoires (CT) sont mobilisées sur la grande vulnérabilité
Jugement	a - La mobilisation des commissions de coordination des politiques publiques et des conférences de territoire est à la fois peu explicite et peu nourrie sur la santé des populations en grande vulnérabilité.
Constats	<p>2- Une absence des points dédiés aux populations en grande vulnérabilité dans les ordres du jour des commissions de coordination des politiques publiques, dont l'entrée n'est généralement pas populationnelle.</p> <p>3- Une place marginale de la santé des populations en grande vulnérabilité dans les CCPP, mais davantage investie par la CCPP « prévention », lieu d'identification réciproque des acteurs.</p> <p>8- Une absence de points dédiés à la santé des populations en grande vulnérabilité dans les ordres du jour des conférences de territoire, mais un sujet évoqué dans le cadre de débats plus larges.</p> <p>9- La place des sujets santé-précarité dans les conférences de territoires : jugée globalement marginale, mais très variable d'un département à l'autre.</p> <p>10- Une présentation d'actions spécifiques sur la santé des populations en grande vulnérabilité (PRAPS ou actions dédiées dans les feuilles de route territoriales) n'ayant qu'exceptionnellement suscité des réactions dans les conférences de territoire.</p>

Critère	C11-2. L'ARS intègre la santé des personnes en grande vulnérabilité dans sa politique contractuelle avec ses partenaires
Jugement	b - La politique contractuelle de l'ARS avec les autres institutions, sauf avec la

	DRJSCS, intègre insuffisamment la santé des populations en grande vulnérabilité.
Constats	13-La santé des populations en grande vulnérabilité : un thème peu mobilisé spécifiquement dans la contractualisation de l'ARS avec ses partenaires institutionnels, hormis avec la DRJSCS.

Critère	C11-3.La politique régionale des contrats locaux de santé inclut la prise en compte de la grande vulnérabilité
Jugement	c - L'ARS a commencé seulement récemment à intégrer les inégalités sociales de santé dans l'élaboration des contrats locaux de santé.
Constats	11-Une dynamique de mobilisation des contrats locaux de santé en faveur de la réduction des inégalités santé impulsée par l'ARS courant 2013, qui se traduit dans le contenu des contrats, même si ce n'est pas systématique. 12-Les CLS les plus récents s'appuient sur des éléments de diagnostic comportant des éléments sur la précarité.

1.2 Quels sont les résultats et les interactions obtenus dans ce cadre ?

Si l'accueil fait au PRAPS par la CRSA suggère un accord sur les objectifs de l'ARS, les effets de son plaidoyer ne sont pas encore démontrés, et elle ne dispose pas encore d'une visibilité suffisante sur les problématiques et les réponses apportées par les partenaires.

Critère	C12-1.Un panorama détaillé et actualisé des secteurs géographiques cumulant les indicateurs de précarité est disponible (PRAPS)
Jugement	d - L'ARS dispose d'une trop faible connaissance sur la santé des populations en grande vulnérabilité dans les territoires.
Constats	14-Des travaux amorcés par l'ARS en termes d'identification des besoins, mais non encore finalisés, en partie pour cause de difficultés à caractériser un public hétérogène et souvent peu identifiable par les catégories administratives les plus courantes – notamment les « non recourants ». 15-Un certain nombre de structures fréquentées par les personnes en grande vulnérabilité sont des lieux potentiels d'observation sociale et sanitaire, pour le moment inexploités au niveau régional. 16-Pas de démarche de recensement des études menées par les différentes institutions partenaires (collectivités locales, organismes de protection sociale). 17-Une faible visibilité de l'ARS sur l'action de l'ensemble des structures médico-sociales concernées de la région et encore plus faible sur les structures sociales. Elle est la conséquence d'un échange d'information avec les services de cohésion sociale non finalisé et d'un poids numérique très minoritaire des établissements médico-sociaux ciblés santé – précarité dans l'ensemble des établissements et services médico-sociaux suivis par les services de l'ARS.

Critère	C12-2.Les plans d'actions ou programmes de travail des institutions partenaires intègrent des objectifs opérationnels en matière de santé des personnes en grande vulnérabilité
---------	---

Jugement	e - Le PRAPS semble avoir peu influencé les plans et programmes des partenaires dans lesquels la santé des personnes en grande vulnérabilité est peu évoquée.
Constats	4-Un regroupement des actions des partenaires institutionnels de la prévention dans un document unique (la feuille de route) favorable à la visibilité réciproque, mais ne correspondant pas encore strictement à une logique de co-construction, et n'ayant pas eu d'influence déclarée sur la politique des différentes institutions sur le champ de la précarité. 5-Pas assez d'informations sur les plans opérationnels des partenaires pour statuer sur l'influence du plaidoyer de l'ARS en matière de santé des populations en grande vulnérabilité.

Critère	C12-3.L'ARS a pris en compte les politiques de ses partenaires (institutionnels et associations) pour l'élaboration du PRS
Jugement	f - Le PRAPS a été reçu favorablement par la CRSA, grâce à la concertation menée, en dépit de délais contraints.
Constats	6-Une concertation sur le PRS contrainte par des délais serrés. 7-Un avis plutôt bienveillant de la CRSA sur le PRAPS, par rapport à d'autres volets du PRS.

2. COMMENT LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE FAVORISE-T-ELLE LA MISE EN PLACE D'OUTILS DE RECUEIL ET DE VALORISATION DE LA PAROLE DES PERSONNES EN GRANDE VULNERABILITE ?

Le recueil et la valorisation de la parole des personnes en grande vulnérabilité, lorsqu'ils sont constatés, sont encore peu imputables à la politique régionale de santé. L'ARS s'associe à des initiatives en ce sens, mais sans que l'articulation avec ses processus de décision soit à ce jour achevée.

2.1 Quelles sont les expériences innovantes en matière de représentation des personnes en grande vulnérabilité au sein des différentes organisations qui les concernent ?

Innovantes ou non, et bien que manquant de visibilité, des pratiques de recueil de la parole des personnes en grande vulnérabilité sont à l'œuvre au niveau du terrain. En revanche, l'intégration de la parole des personnes en grande vulnérabilité dans la construction des politiques de santé n'est pas encore aboutie en dépit d'outils en permettant le recueil comme le CCRPA.

Critère	C21-1.Des initiatives au sein des établissements, services, structures d'accueil, centres de soins/ de consultation (CASF ou non) qui les accompagnent sont prises pour permettre aux personnes en grande vulnérabilité d'exercer une représentation active
Jugement	g - Les établissements et services accompagnant les personnes en grande vulnérabilité ont <i>a minima</i> une réflexion, et assez souvent une pratique de participation des usagers, dont l'imputabilité à la politique régionale de santé n'est pas établie.

Constats	<p>20-Au-delà de la perception d'une mise en œuvre inégale, la participation des usagers précaires est une préoccupation largement partagée par les acteurs, au niveau des institutions comme du terrain.</p> <p>26-Une mise en œuvre significative de formes de participation dans certaines catégories de structures (CHRS, CADA, CAARUD, CSAPA), cherchant à s'adapter aux caractéristiques du public accueilli, notamment par un assouplissement du cadre ; les formes de participation sont vécues en majorité comme des outils de consultation.</p> <p>27-Une organisation de la participation dans les établissements sociaux et médico-sociaux qui n'est cependant pas systématique.</p> <p>28-Une prise en compte de la parole des publics dans les structures ne relevant pas de la loi 2002-2 qui doit composer avec des modalités d'exercice ne permettant pas de participation collective ou formalisée.</p>
----------	---

Critère	C21-2.Des expériences associant les personnes en grande vulnérabilité dans la conduite des politiques sont observées
Jugement	h - L'association des populations en grande vulnérabilité se situe davantage au niveau des actions opérationnelles qu'au niveau des politiques, en raison notamment d'une articulation encore non clarifiée entre les lieux de concertation créés (CCRPA) et les circuits de décision.
Constats	<p>21-Des initiatives et des pratiques de participation au plus près du terrain, mais ne débouchant pas systématiquement sur une intégration dans la décision publique.</p> <p>23-Une articulation du CCRPA avec les instances de concertation et de décision des politiques de santé qui n'est pas encore clarifiée, posant la question de l'usage fait de cette parole et de la manière dont elle est répercutée auprès des pouvoirs publics.</p> <p>24-Aucune association spécifique des populations en grande vulnérabilité à la construction des programmes et politiques de santé.</p> <p>25-Une hétérogénéité et une faible structuration associative des populations en grande vulnérabilité constituant une difficulté pour identifier des interlocuteurs « représentatifs » à même de porter leurs paroles dans les circuits de décision des politiques de santé.</p>

Critère	C21-3.Les bonnes pratiques d'association des personnes en grande vulnérabilité à la conduite des institutions et des politiques sont recueillies et diffusées
Jugement	i - Le partage des expériences et des bonnes pratiques sur la participation des usagers est insuffisamment structuré au niveau régional.
Constats	22-Malgré l'organisation de colloques et une actualité fournie en 2013, une absence de visibilité d'ensemble sur les expériences de participation des usagers précaires.

2.2 A travers l'exemple des gens du voyage les plus en difficultés, comment la parole des personnes cumulant des facteurs de vulnérabilité (sanitaire, mais aussi sociale) est-elle recueillie et prise en compte pour adapter les programmes à leurs réalités ?

Les actions menées sous l'égide de l'ARS en faveur de la santé des gens du voyage sont trop rares pour que des conclusions générales soient tirées. Au vu des investigations, il apparaît cependant que les modalités de recueil de la parole des gens du voyage sur les questions de santé diffèrent peu de celles mobilisées pour d'autres publics vulnérables.

Critères	C22-1.Des programmes d'actions de santé, dont des outils de communication, sont définis en lien avec les publics et les personnes relais C22-2.Leur satisfaction et leur ressenti sont recueillis C22-3.Des actions spécifiques (y compris de médiation) sont organisées pour favoriser l'accès aux soins et à la prévention des gens du voyage compte tenu de leurs contraintes propres
Jugement	j - Les programmes d'action de santé de l'ARS définis en lien avec les gens du voyage et les personnes relais sont trop peu nombreux pour statuer.
Constats	29-Une seule action menée sous l'égide de l'ARS, en Sarthe, concerne spécifiquement les gens du voyage ; la parole des usagers a été recueillie et prise en compte pour construire cette action.

3. LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE APPORTE-T-ELLE LES OUTILS ADEQUATS POUR EVITER LES RUPTURES DANS LES PARCOURS DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE VULNERABILITE IDENTIFIEES LORS DE L'ELABORATION DU PRS?

La politique régionale de santé n'a pas achevé sa mutation vers les approches de type parcours, dont l'émergence est encore récente. La mobilisation des outils (qui ne sont pas tous identifiés) demeure encore centrée sur des approches par population plutôt que par situation. Cependant, des leviers sont disponibles pour amorcer cette mutation, notamment une conscience largement partagée de la nécessité d'une approche médico-psycho-sociale et une évolution du premier recours qui pourrait, si elle est accompagnée, faciliter l'accès des personnes en grande vulnérabilité.

3.1 Quels sont, parmi les différents outils que l'ARS peut mobiliser au bénéfice de la santé des populations en grande vulnérabilité, ceux qui s'inscrivent dans une logique de parcours de ces populations (prévention, repérage, prise en charge d'un épisode aigu, prise en charge inter-épisodes, accompagnement, orientation) ?

Le repérage des outils mobilisables dans une logique de parcours n'est pas achevé, et cette approche n'est pas encore tangible dans une politique régionale de santé qui demeure centrée sur des populations ciblées, sans que la logique des accompagnements ait été remise à plat et les évolutions du public prises en compte.

Critère	C31-1.Les différents outils spécifiques sont recensés et mobilisés en termes de parcours par l'ARS (ex : LHSS, PASS, soins en structures sociales comme
---------	---

	points santé en CHRS, SAMU social, EMPP, ACT, habitat indigne, CAARUD...)
Jugements	k - Le pilotage régional de la politique de santé en faveur des personnes en grande vulnérabilité est encore trop centré sur certaines populations. l - Nombreux et mal connus, les dispositifs spécifiques (ACT, LHSS...) peinent à être mobilisés dans une approche parcours.
Constats	30-Une politique de santé publique encore très centrée sur la question de la santé des plus précaires, avec un PRAPS-PRS à mi-chemin entre la lutte contre l'exclusion et la réduction des inégalités sociales de santé, plus axé sur des groupes populationnels et des dispositifs que sur des situations de vie et de santé. 46-Des divergences de vue entre les acteurs de terrain sur les modalités d'organisation et d'intervention de professionnels de santé au bénéfice des résidents hébergés dans des structures sociales. 57-Des dispositifs spécifiques encore nécessaires, tant que le système de santé n'a pas changé de modèle conceptuel de santé.

Critère	C31-2.Des outils non spécifiques de la population en grande vulnérabilité peuvent être adaptés pour prévenir les ruptures de prise en charge de ces publics
Jugement	m - L'évolution récente des caractéristiques des personnes en grande vulnérabilité a été peu prise en compte par l'ARS pour adapter l'organisation du système de santé de droit commun.
Constats	31-Un vieillissement de la population en grande précarité qui interpelle la question de l'hébergement et de l'accompagnement de ces populations, y compris en EHPAD. 32-L'errance de jeunes cumulant de nombreuses difficultés et peu sensibles aux questions de santé, une préoccupation grandissante des acteurs. 33-La part croissante de migrants modifiant les files actives habituelles de nombreux acteurs et présentant des profils très divers.

Critère	C31-3.Des dispositifs d'accompagnement individualisé par l'intermédiaire d'une personne référente sont mis en œuvre et améliorent les parcours
Jugement	n - L'ARS soutient fortement de nombreux dispositifs d'accompagnement de populations en grande vulnérabilité dans une logique de continuité historique, mais sans réflexion globale sur la gradation des accompagnements selon les situations.
Constats	43-Des actions d'accompagnement identifiées en région portées par des acteurs très divers, sous des formes très diverses, le plus souvent en continuité d'actions anciennes, et généralement soutenues par l'ARS, sans clarification des différents types d'accompagnement possibles. 44- La proposition fréquente d'un modèle d'organisation de l'accompagnement personnalisé proposé sur le modèle des personnes âgées dépendantes vivant avec la maladie d'Alzheimer, défini selon 3 niveaux de gradation de coordination, pour articuler les professionnels de santé, du médico-social et les

	travailleurs sociaux.
--	-----------------------

3.2 L'évolution actuelle des organisations de santé visant à faciliter les parcours de l'ensemble de la population est-elle de nature à faciliter aussi le parcours des personnes en grande vulnérabilité ? Une attention particulière sera portée aux dispositifs de santé de premier recours

L'organisation actuelle du premier recours n'est pas toujours assez lisible et adaptée pour faciliter le parcours des populations en grande vulnérabilité. L'évolution des organisations de santé n'est pas achevée à ce jour, mais elle comporte des leviers (notamment maisons de santé pluri-professionnelles) qui permettraient d'améliorer cette situation sous réserve d'un soutien plus affirmé de l'ARS.

Critère	C32-1. Une approche médico-psycho-sociale de la santé portée vers les acteurs de terrain
Jugement	o - L'approche globale médico-psycho-sociale de la santé est peu portée vers les acteurs de terrain, que ce soit en termes de formation ou d'organisation des professionnels de santé et du social, alors qu'il y a un intérêt des acteurs.
Constats	1- Une préoccupation de l'approche globale des situations, à la fois sanitaire et sociale, plutôt bien ancrée parmi les acteurs rencontrés, mais pas forcément du fait du PRAPS actuel. 42- L'organisation d'un partage des informations à caractère sanitaire qui n'a pas fait l'objet d'une réflexion régionale approfondie. 18- Des professionnels du social peu formés aux problématiques de santé et réciproquement, malgré quelques initiatives isolées pourtant bien accueillies. 19- Un enjeu partagé: aider les professionnels (de la santé ou du social) à surmonter leurs appréhensions quant à la prise en charge de certains publics (toxicomanes injecteurs, personnes souffrant de troubles mentaux, publics en grande précarité).

Critère	C32-2. L'organisation du système de santé (regroupement pluri-professionnel, travail en équipe...) est connue, lisible et compréhensible et accessible pour les personnes en grande vulnérabilité
Jugement	p - Le système de santé de premier recours reste peu lisible pour les personnes en grande vulnérabilité ; Il évolue cependant vers le modèle d'exercice pluri-professionnel, notamment dans les MSP, pour prendre en charge des situations complexes.
Constats	37- Un premier recours aujourd'hui peu structuré pour répondre aux besoins et aux demandes des personnes en grande vulnérabilité, à la fois peu articulé avec le secteur social (PASS et assistantes sociales). 38- Les Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP), un modèle pour une prise en charge globale des patients, surtout développé en zone rurale mais très peu dans les zones urbaines et notamment dans les quartiers prioritaires. 39- Une demande d'information plus compréhensible sur l'offre de soins par les

	personnes en grande vulnérabilité. 64-Une demande de nouvelle organisation du premier recours formulée par les membres du CCRPA.
--	---

Critère	C32-3.L'aide (partage d'informations entre acteurs, accès à l'interprétariat, formations...) apportée aux professionnels de santé de premier recours pour l'accompagnement de ces personnes en grande vulnérabilité est appropriée
Jugement	q - L'ARS s'est à ce jour peu investie dans l'aide aux professionnels de santé du premier recours (médecine générale en particulier) pour accompagner les populations en grande vulnérabilité.
Constats	36- Le premier recours, un secteur peu investi par l'ARS sur les questions de précarité, sans aide financière facilitatrice spécifique repérée (hormis le contrat FIR passé avec une MSP d'Angers). 40-Un champ de la formation continue des acteurs du premier recours sur les questions de grande vulnérabilité et sur les liens santé-social restant à investir. 45-Des difficultés pour accéder à un interprétariat médical dans tous les champs de la santé, malgré un soutien apporté à deux associations par l'ARS. 41-Des réseaux de santé financés par l'ARS peu investis sur la problématique des personnes en grande vulnérabilité, hormis les réseaux d'addictologie.

4. COMMENT LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE POURRA-T-ELLE CONTRIBUER A AMELIORER L'ACCES AUX DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE VULNERABILITE ?

Si l'ARS veut jouer un rôle en matière d'accès aux droits des personnes en grande vulnérabilité, elle doit avancer sur deux axes : démontrer sa plus – value sur ces questions, aux côtés des autres acteurs, et accompagner un élargissement des missions des PASS en matière de retour au droit commun, notamment leur articulation avec la médecine de ville.

4.1 Quelle est la place attendue de l'ARS par ses partenaires dans les politiques publiques visant l'accès aux droits des populations en grande vulnérabilité ?

L'ARS n'est pas identifiée comme un acteur des politiques d'accès aux droits, ses partenaires n'ayant pas d'attente à son égard sur ce champ. Par ailleurs, elle dispose d'une visibilité encore insuffisante sur l'accès aux soins spécialisés.

Critères	C41-1.Les champs de compétences entre institutions sont clairement définis : - Les partenaires de l'ARS ont une attente d'un positionnement de l'ARS en termes d'accès aux droits - L'ARS connaît la place que ses partenaires attendent d'elle en termes d'accès aux droits C41-2.L'ARS investit cette place attendue
Jugement	r - Les partenaires institutionnels n'expriment pas d'attente vis-à-vis de l'ARS en termes d'accès aux droits mais les acteurs de terrain lui reconnaissent un possible rôle de médiation.

Constats	54-L'ARS pas identifiée par les partenaires comme un acteur de l'accès aux droits, mais au mieux comme un médiateur entre acteurs de santé et institutions compétentes.
----------	---

Critère	C41-3.La prise en charge de l'accès spécialisé est garantie dans chaque territoire de santé (démographie médicale régulée)
Jugement	s - L'ARS ne peut s'assurer de l'accès aux soins spécialisés en ville en tout point des territoires à partir de sa seule connaissance de la démographie médicale départementale.
Constats	35-L'absence de problèmes majeurs de dépassements d'honoraires et de refus de soins repérés en Pays de la Loire. 34-Des disparités significatives du taux de médecins en secteur 1 selon les spécialités et les territoires.

4.2 Dans quelle mesure les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) permettent-elles un retour au droit commun ?

Les PASS jouent le rôle qui est attendu d'elles en matière d'accès à une couverture sociale, mais leur articulation avec la médecine de ville est encore insuffisante, et l'harmonisation de leurs pratiques perfectible.

Critères	C42-1.Les PASS assurent un suivi (statistique, des cas dans le temps...) de l'orientation des usagers vers le droit commun) C42-2.Des passerelles vers un droit commun durable et stabilisé sont créées C42-4.Les PASS sont connues des professionnels de santé en ambulatoire (ce que c'est, où il y en a)
Jugement	t - Si, du point de vue de l'accès aux droits, les PASS remplissent leurs missions, l'articulation entre les PASS et la médecine de ville est trop peu structurée.
Constats	50-Une connaissance inégale et généralement peu précise des PASS sur l'inscription des usagers primo-consultants auprès d'un médecin traitant. 49-L'accompagnement vers la médecine de ville : une mission très variablement investie par les PASS, et qui ne fait pas consensus. 48- L'accès aux droits : premier rôle des PASS en matière d'accès au droit commun, dans leur représentation de leur mission comme dans leur pratique. 51-Une faible visibilité des PASS en médecine de ville.

Critère	C42-3.Les PASS de la région s'organisent pour harmoniser leurs pratiques
Jugement	u - L'hétérogénéité des situations des PASS (en termes d'implantation et de public, d'organisation et d'effectifs) limite aujourd'hui l'harmonisation des pratiques, en dépit d'un volontarisme de la PASS régionale et de l'attention de

	l'ARS.
Constats	<p>47-Une composition et un volume des équipes des PASS variable d'un site à l'autre, sans nécessairement de rapport de proportionnalité avec la file active déclarée.</p> <p>52-Une évolution depuis 2010 du rôle de la PASS régionale, d'une fonction de réaffirmation et de clarification du rôle des PASS vers des fonctions de mise à disposition de ressources documentaires et méthodologiques, d'harmonisation des pratiques et de mise en lien des PASS.</p> <p>53-Une harmonisation des pratiques qui se heurte à la diversité des réalités de terrain et à l'ancrage des pratiques dans l'organisation et l'histoire des services.</p>

5. LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE PEUT-ELLE PERMETTRE AUX ACTEURS/PROMOTEURS/ETABLISSEMENTS DE METTRE EN ŒUVRE LA DEMARCHE "D'ALLER VERS"?

La politique régionale de santé peut permettre aux acteurs, promoteurs et établissements de développer des démarches d' « aller vers », mais elle doit pour cela être plus volontariste et explicite, et préférer l'adaptation du droit commun à la création de nouveaux types de dispositifs spécifiques, l'objectif de retour au droit commun des personnes en grande vulnérabilité étant largement partagé.

5.1 Dans quelle mesure la politique régionale promeut-elle l'adaptation des pratiques professionnelles pour répondre aux situations de non recours à la prévention ?

La politique régionale de santé prête une attention particulière à la prise en charge des personnes en grande vulnérabilité dans ses actions de prévention, que ce soit directement (sélection des projets en prévention) ou indirectement (pilotage des opérateurs du dépistage des maladies infectieuses). Elle ne dispose cependant pas d'une connaissance exhaustive des actions de prévention menées auprès de ces publics, et n'a pas encore promu de manière significative les modalités d'« aller vers » pour prévenir les situations de non recours à la prévention des populations en grande vulnérabilité.

Critère	C51-1.Des actions de prévention et de réduction des risques sont organisées dans les structures d'accueil social (CHRS, CADA, CAARUD...) et des dispositifs mobiles et de bas seuils sont mis en place (notamment pour l'accès à l'hygiène – dispositifs « halte de jour » – repos, nourriture, hygiène, halte de nuit, bains douches avec l'exemple de Nantes, CAARUD) - par qui (travailleurs sociaux formés, opérateurs extérieurs...)?
Jugement	v - Les interventions en prévention dans les structures d'accueil social sont insuffisamment identifiées par l'ARS.
Constats	<p>60-L'existence de pratiques de prévention en structure sociale, mais qui devraient plus faire appel à des opérateurs extérieurs.</p> <p>59-L'absence de visibilité globale de l'ARS et des services de cohésion sociale sur les actions de prévention dans les établissements sociaux.</p>

Critère	C51-2. Les appels à projet prévention comportent une dimension relative à l' « aller vers » les personnes en grande vulnérabilité
Jugement	w - Les réponses des appels à projet en prévention retenues par l'ARS ciblent particulièrement bien les populations en grande vulnérabilité en tant que publics prioritaires, sans toutefois explicitement privilégier la dimension relative à l' « aller vers ».
Constats	58- Les personnes en grande vulnérabilité, une population cible des projets retenus par l'ARS dans les appels à projet prévention (plus de 30%), concernés essentiellement par des actions en santé mentale et en nutrition.

Critère	C51-3. Les centres de dépistage (cancers, CDAG, CIDDIST, tuberculose) et de vaccination sont mobilisés pour accéder aux personnes en grande vulnérabilité
Jugement	x - Les centres de dépistage et de vaccination, avec l'appui significatif de l'ARS, sont mobilisés sur l'accès des populations en grande vulnérabilité, mais les résultats sont encore peu probants compte tenu d'une mise en œuvre récente.
Constats	61- Une volonté forte des acteurs du dépistage et de la vaccination d'aller au plus près des lieux de vie des personnes en grande vulnérabilité, malgré des moyens parfois limités et des relais dans les structures sociales jugés insuffisants. 62- Un écart important du taux de dépistage du cancer du sein entre population générale et population bénéficiaire de la CMU-C justifiant d'actions volontaristes d'appui des associations départementales de dépistage.

5.2 Quelles seraient les situations de non recours justifiant la création de dispositifs spécifiques de santé « allant vers », l'adaptation de l'existant ne suffisant pas à régler la situation de non recours aux structures de santé ?

L'évaluation n'a pas mis en exergue de situations de non recours justifiant la création de nouveaux types de dispositifs au niveau régional, la demande du terrain étant davantage l'adaptation du droit commun ou l'extension d'outils spécifiques existants plutôt que la multiplication des types de dispositifs. En tout état de cause, le retour des personnes vers l'offre de droit commun doit être visé.

Critère	C52-1. Les situations de non recours aux droits, à la prévention et aux soins sont identifiées C52-2. Des expériences d'adaptation de l'existant n'ont pas porté leurs fruits (donc il faut innover)
Jugement	y - L'ARS a insuffisamment identifié les situations de non - recours dans leur diversité et les difficultés d'adaptation du droit commun pour étayer la création de dispositifs spécifiques.
Constats	55- Des situations de non recours ou des difficultés de recours très diverses selon les acteurs de la région, sans typologie et recensement réalisés. 56- L'absence de recensement d'éventuels échecs de projets d'adaptation du droit commun.

Critère	C52-3.Des approches innovantes pour les publics les plus éloignés des dispositifs de santé sont proposées par les pouvoirs publics et les acteurs
Jugement	z - Les experts sollicités sont globalement en accord avec l'ARS pour renforcer et adapter le droit commun et les dispositifs existants plutôt que de multiplier les nouveaux types de dispositifs.
Constats	63-Des propositions d'experts visant plus à renforcer et étendre des dispositifs existants que de créer de nouveaux dispositifs, dans le sens de la proximité, de l' « aller vers », de la coordination entre acteurs et de l'accompagnement plus individualisé des personnes.

5. OBJECTIFS DES PRAPS 1 ET 2

PRAPS 1

Les publics retenus ont été très divers, répartis en deux principaux groupes :

- Personnes insérées mais devenues fragiles, vulnérables, et dont la situation peut très vite s'aggraver et basculer;
- Personnes en situation d'exclusion, de non droit, de non citoyenneté.

Les publics cibles concernés pouvaient donc être à la fois les jeunes, la population rurale, les ménages à revenus modestes au-dessus des minimas sociaux, les bénéficiaires des minimas sociaux, les chômeurs de longue durée, les femmes isolées et les personnes isolées, les détenus, les gens du voyage, les immigrés en situation irrégulière ou non, les personnes sans résidence stable, les personnes âgées, les handicapés et malades mentaux, les personnes illettrées, les populations se prostituant.

PRAPS 2

Il s'est ouvertement appuyé, comme le PRAPS 1, sur les principes de la charte d'Ottawa.

Cela s'est traduit par la volonté:

- de prise en compte de la santé dans les politiques publiques et leurs différents outils de planification (éducation, habitat/logement, stationnement des gens du voyage, formation professionnelle/emploi/insertion, accueil des étrangers, accueil des demandeurs d'asile, politique de la ville...);
- de prise en compte de la précarité dans les politiques de santé : offre de soins (SROS), protection sociale, réseaux de soins et de santé, réseau des villes santé OMS;

- d'une meilleure articulation avec les autres dispositifs régionaux de santé (programmes de santé de l'assurance maladie, nationaux et régionaux du Ministère de la santé).

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire SROS 3 couvrant la période 2006-2010, pour citer un exemple de programme régional, a ainsi dans ses principes fondamentaux réaffirmé les principes déjà inscrits dans le SROS 2 tel que l'accessibilité de l'ensemble de la population aux services de santé et cité le PRAPS comme un document de référence pour ses actions. Un volet additionnel du SROS 3 a été élaboré sur l'accessibilité aux soins des personnes en situation de précarité. Ce volet a traité essentiellement des PASS, qu'il convenait de mettre en place dans tous les établissements de santé dotés d'une structure d'urgence.

Le Programme régional d'Intégration des Populations Immigrées PRIPI 2005-2007, autre exemple de programme régional, a dans son volet santé souhaité, entre autres actions, renforcer l'interprétariat et la médiation, prendre en compte la souffrance psychique, former les intervenants sanitaires et sociaux à l'approche interculturelle.

Le PRSP, qui a poursuivi les actions du PRAPS 2 a inclus dans son cahier appelé "présentation" le PRAPS 2. Le volet santé du PRIPI a par ailleurs été intégré dans le PRAPS.

Deux priorités étaient affichées dans le PRSP :

- renforcer "la démarche participative" notamment dans le cadre d'ateliers d'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire régional;
- prendre en compte la souffrance psychique, en particulier chez les jeunes, sur l'ensemble du territoire régional.

Des finalités aux objectifs dans les PRAPS 1 et 2

FINALITES	OBJECTIFS GENERAUX	OBJECTIFS OPERATIONNELS	OBJECTIFS SPECIFIQUES
1. Considérer les plus démunis comme des citoyens à part entière, véritables acteurs de la société civile, ayant des savoirs à transmettre	1. Permettre aux personnes en situation de précarité d'être acteurs de leur santé	1. Favoriser leur expression en privilégiant l'aller vers et en favorisant l'accueil et l'écoute	1. Placer l'utilisateur au cœur de la démarche de santé
		2. Recentrer l'importance de l'estime de soi comme porteur de l'identité sociale et du lien social, en développant les réseaux d'échanges réciproques de savoirs et en valorisant l'image de soi	2. Développer des actions vers des publics peu pris en compte ou éloignés des structures d'accueil : étrangers, demandeurs d'asile, réfugiés, gens du voyage les plus en difficulté, personnes âgées en situation de précarité, femmes victimes de violences, prostituées victimes de trafic, sortants de psychiatrie, personnes isolées en milieu rural, personnes connaissant une précarité de l'emploi (intérimaires, horaires non choisis)
		3. Développer les actions de santé participatives et/ou communautaires en associant les habitants, en facilitant l'émergence de groupes de parole (lieux d'accueil, d'hébergement, quartiers, ateliers santé...) et en facilitant l'émergence de projets locaux	3. faciliter le recours à des repères méthodologiques pour les actions d'éducation pour la santé comme les ateliers santé
2. Faciliter l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus démunies	2. Permettre à toute personne en situation de précarité de faire valoir ses droits	4. Réaliser dans chaque département un plan départemental d'accès à la santé et aux soins	4. Assurer une veille sanitaire et sociale

FINALITES	OBJECTIFS GENERAUX	OBJECTIFS OPERATIONNELS	OBJECTIFS SPECIFIQUES
		5. Optimiser la mise en œuvre de la CMU	5. Poursuivre la prise en compte de la « souffrance psychique » des personnes en précarité (ex : développer les lieux alternatifs d'écoute et points d'écoute psychologique dans les ML, PAIO, restaurants du cœur,...)
		6. Développer la pratique du tiers-payant	6. Développer les dispositifs d'accès aux soins de santé adaptés aux publics en difficulté (ex: consolider les PASS)
		7. Améliorer les réponses à l'urgence sociale	7. Rendre accessible à tous les dispositifs de santé relevant du droit commun (tiers payant, CMU, PMI, bilans de santé, visites médicales d'embauche), les moyens de prévention, la réduction des risques, les dispositifs de dépistage des cancers, des maladies infectieuses, des pathologies bucco-dentaires
		8. Lutter contre l'illettrisme et favoriser l'accès à la culture	8. Permettre la continuité des soins en particulier après une hospitalisation (conditions d'existence et de logement adaptées à la poursuite des traitements)
	3. Mettre en place des dispositifs favorisant l'accès effectif aux soins	9. Faire reconnaître et développer le rôle social de l'hôpital en mettant en place des PASS	
		10. Positionner le médecin généraliste comme un des garants de l'accès à la santé et du lien social tant dans la cité urbaine que dans la commune rurale	
		11. Faciliter la délivrance gratuite des médicaments notamment à la sortie de l'hôpital, pour des périodes courtes	

FINALITES	OBJECTIFS GENERAUX	OBJECTIFS OPERATIONNELS	OBJECTIFS SPECIFIQUES
		12. Faire en sorte que la souffrance psychique des personnes en situation de précarité soit reconnue 13. Améliorer l'accès aux soins en facilitant les déplacements 14. Promouvoir l'éducation par la santé 15. Promouvoir la PMI, la santé scolaire, la santé universitaire et la santé familiale 16. Prendre en compte la santé dans le champ de l'emploi et de l'insertion professionnelle	
3. Faire en sorte que les personnes en situation de précarité bénéficient de conditions de vie et d'un environnement favorables à leur santé	4. Permettre aux personnes d'accéder à un logement et réduire les risques liés aux conditions de logement		9. Etendre la prévention et le dépistage du saturnisme
4. Favoriser le travail en réseau, seul garant de la prise en charge globale de la personne	5. Développer les réseaux de proximité 6. Développer la coordination entre les professionnels de santé, les acteurs sociaux et entre les professionnels de santé et les professionnels du social		10. Soutenir toute initiative facilitant l'échange des pratiques et des compétences 11. Mettre en œuvre des actions par territoires de projets (bassins de vie,...) 12. Développer la démarche des ASV

FINALITES	OBJECTIFS GENERAUX	OBJECTIFS OPERATIONNELS	OBJECTIFS SPECIFIQUES	
			13. Soutenir les structures pratiquant la médiation interculturelle	
5. Faire évoluer les services	7. Développer la formation initiale et continue des professionnels médicaux, paramédicaux, des travailleurs sociaux, des bénévoles			
		8. Faire de l'organisation un enjeu fondamental	17. Mettre en œuvre l'inter ministérialité	14. Faciliter la mise en place du guichet unique
			18. Sortir de l'institution et aller au devant de l'usager : bus, dispositif mobile	
			19. Adapter les horaires, les plages d'ouverture, les permanences	
		20. Donner du temps et des moyens aux services		

6. ARBRE DES OBJECTIFS DU PROJET REGIONAL DE SANTE SUR LA SANTE DES POPULATIONS EN GRANDE VULNERABILITE

CONTEXTE

Les politiques de santé ont eu pour objectif ces dernières années de fédérer les différents acteurs concernés autour de la lutte contre les exclusions et les inégalités sociales de santé.

Elles visent en particulier, grâce à l'ensemble des acteurs, à aider les personnes en situation de précarité dans leur démarche de prévention, d'accès aux droits, d'accès aux soins et d'accès à l'accompagnement médico-social.

La France, même si globalement les indicateurs de santé y sont plutôt favorables, présente toutefois une mortalité prématurée évitable et des inégalités sociales de santé élevées en comparaison de ses voisins européens. La région des Pays de la Loire n'échappe pas à ce constat.

Les inégalités sociales de santé retrouvées tout le long du gradient social sont peu liées au système de soins ou de santé et ne sont d'ailleurs fondamentalement pas corrigées par celui-ci. Le logement par exemple représente un facteur puissant d'inégalités sociales de santé. S'il n'y prend garde, le système de soins peut cependant contribuer à creuser les inégalités.

PRIORITES ET CHOIX POLITIQUES

La politique de l'ARS cherche à promouvoir des actions transitoires ayant comme but l'accès, le maintien ou le retour rapide dans le droit commun.

C'est toute la logique de la politique régionale, d'autant que la région présente à la fois des zones marquées par l'isolement social en milieu rural et des zones de précarité en milieu urbain.

L'ensemble du projet régional de santé (PRS) retrace les objectifs, les actions et les indicateurs prévus pour mettre en œuvre et évaluer la politique de santé de l'ARS menée au bénéfice des populations en grande vulnérabilité.

Le PRS est le document de planification à partir duquel est construit le présent arbre des objectifs.

PROJET REGIONAL DE SANTE

Le PRS dans son plan stratégique a défini 3 orientations stratégiques (OS) et 7 axes stratégiques (AS).

Le PRS se compose de 3 schémas régionaux qui au total comportent 64 objectifs généraux (OG), en application des OS et des AS :

- schéma de prévention (P) : 15 objectifs numérotés de P1 à P15
- schéma de l'organisation des soins (S) : 31 objectifs numérotés de S1 à S31

- schéma de l'organisation médico-sociale (M) : 18 objectifs numérotés de M1 à M18
 Un objectif général (OG) est rattaché à un seul axe stratégique (AS)

Des programmes régionaux ou territoriaux déclinent à leur tour sous forme d'actions les objectifs généraux des schémas:

- PRAPS (R) : 6 actions numérotées de R1 à R6
- PRGDR (G) : 12 actions numérotées G1 à G12
- PRSIT (I) : 13 actions numérotées I1 à I13
- PRIAC (C) : 13 actions numérotées C1 à C13
- PT44 (T44) : 17 actions numérotées de T44-1 à T44-17
- PT49 (T49) : 17 actions numérotées de T49-1 à T49-17
- PT53 (T53) : 13 actions numérotées de T53-1 à T53-13
- PT72 (T72) : 15 actions numérotées de T72-1 à T72-15
- PT85 (T85) : 18 actions numérotées de T85-1 à T85-18

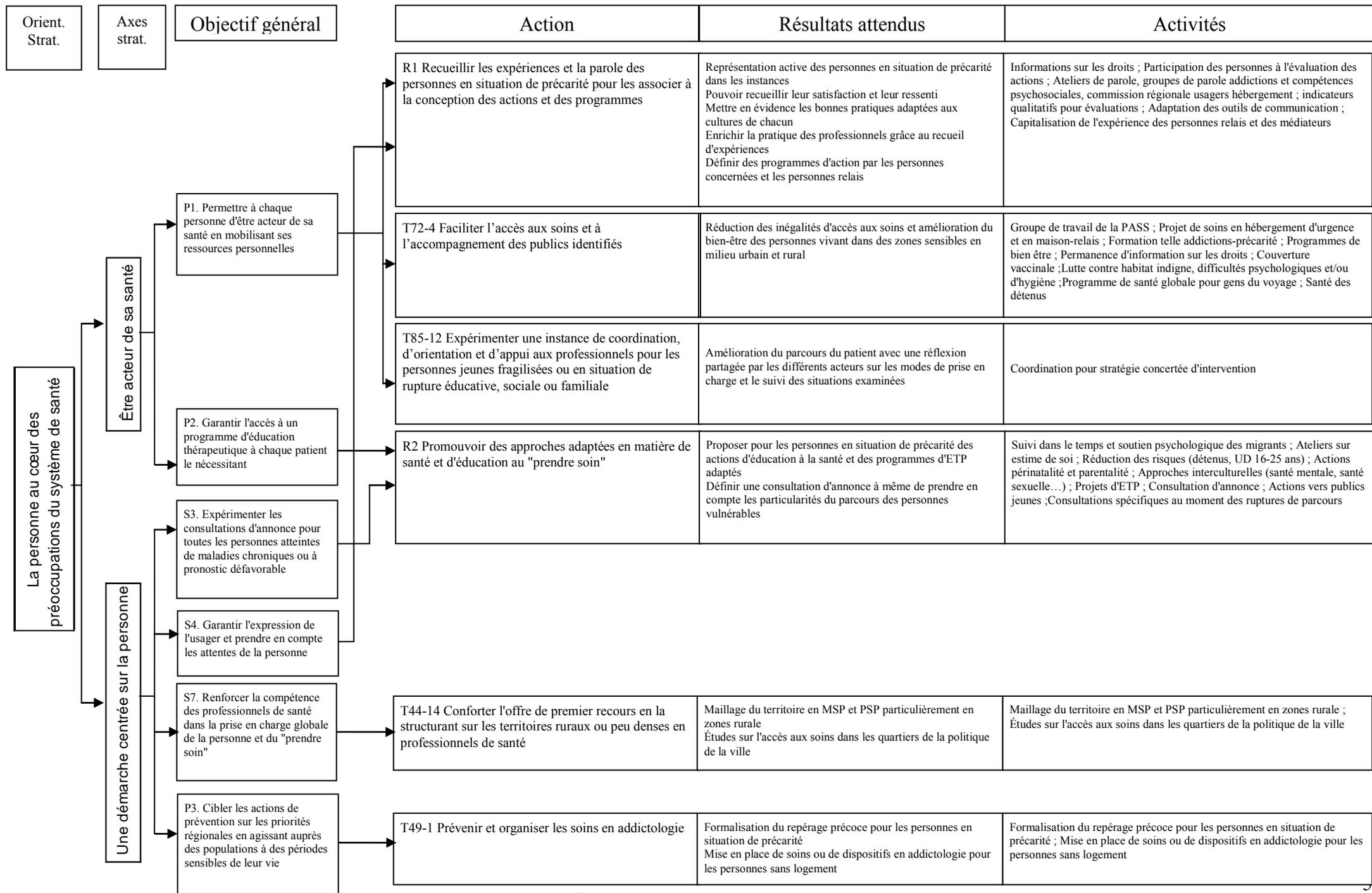
Une même action peut être rattachée à plusieurs objectifs généraux (OG).

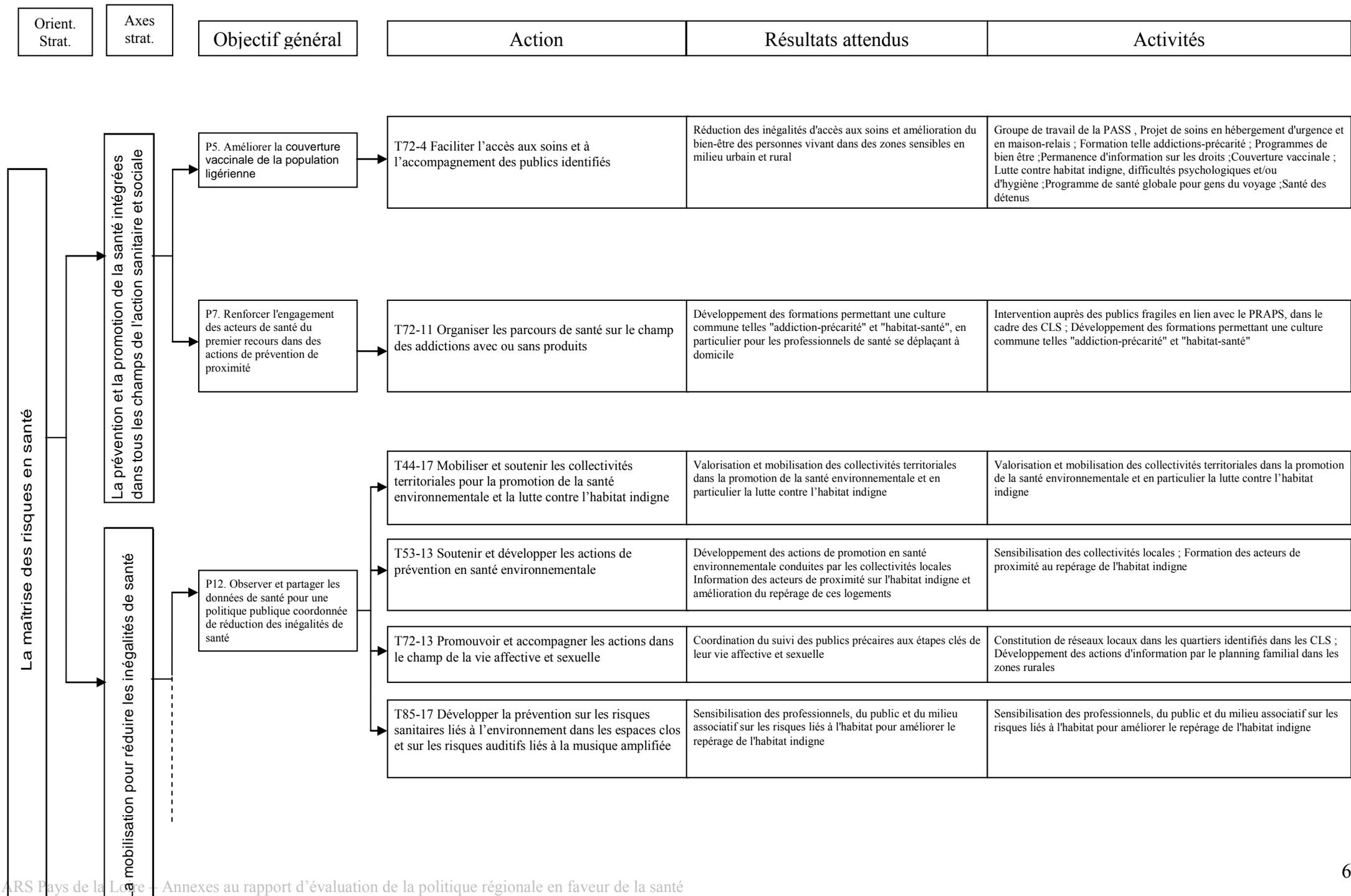
Des résultats sont attendus pour chaque action et des activités déclinent ces actions.

Seuls les objectifs généraux et les actions en rapport avec les populations en grande vulnérabilité ont été retenus pour construire cet arbre des objectifs. Au total, 2 orientations stratégiques, 4 axes stratégiques, 15 objectifs généraux, 23 actions ont été retenus.

AXES STRATEGIQUES DU PRS ET QUESTIONS EVALUATIVES

Être acteur de sa santé	Comment le PRS favorise-t-il la mise en place d'outils pour recueillir et valoriser la parole des personnes en grande vulnérabilité?
Une démarche centrée sur la personne	Le PRS apporte-t-il les outils adéquats pour éviter les ruptures dans les parcours de vie des personnes en situation de grande vulnérabilité identifiée lors de l'élaboration du PRS?
La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale	Comment le PRS pourra-t-il contribuer à améliorer l'accès aux droits des personnes en situation de grande vulnérabilité?
La mobilisation pour réduire les inégalités de santé	Comment le PRS pourra-t-il contribuer à améliorer l'accès aux droits des personnes en situation de grande vulnérabilité? Le PRS peut-il permettre aux acteurs/promoteurs/établissements de mettre en œuvre la démarche "d'aller vers"?
Question évaluative transversale : le PRS a-t-il permis une prise en compte de la grande vulnérabilité dans les actions, les programmes, les politiques et in fine dans les dispositifs de santé, chez les acteurs et partenaires de l'ARS?	





Orient.
Strat.

Axes
strat.

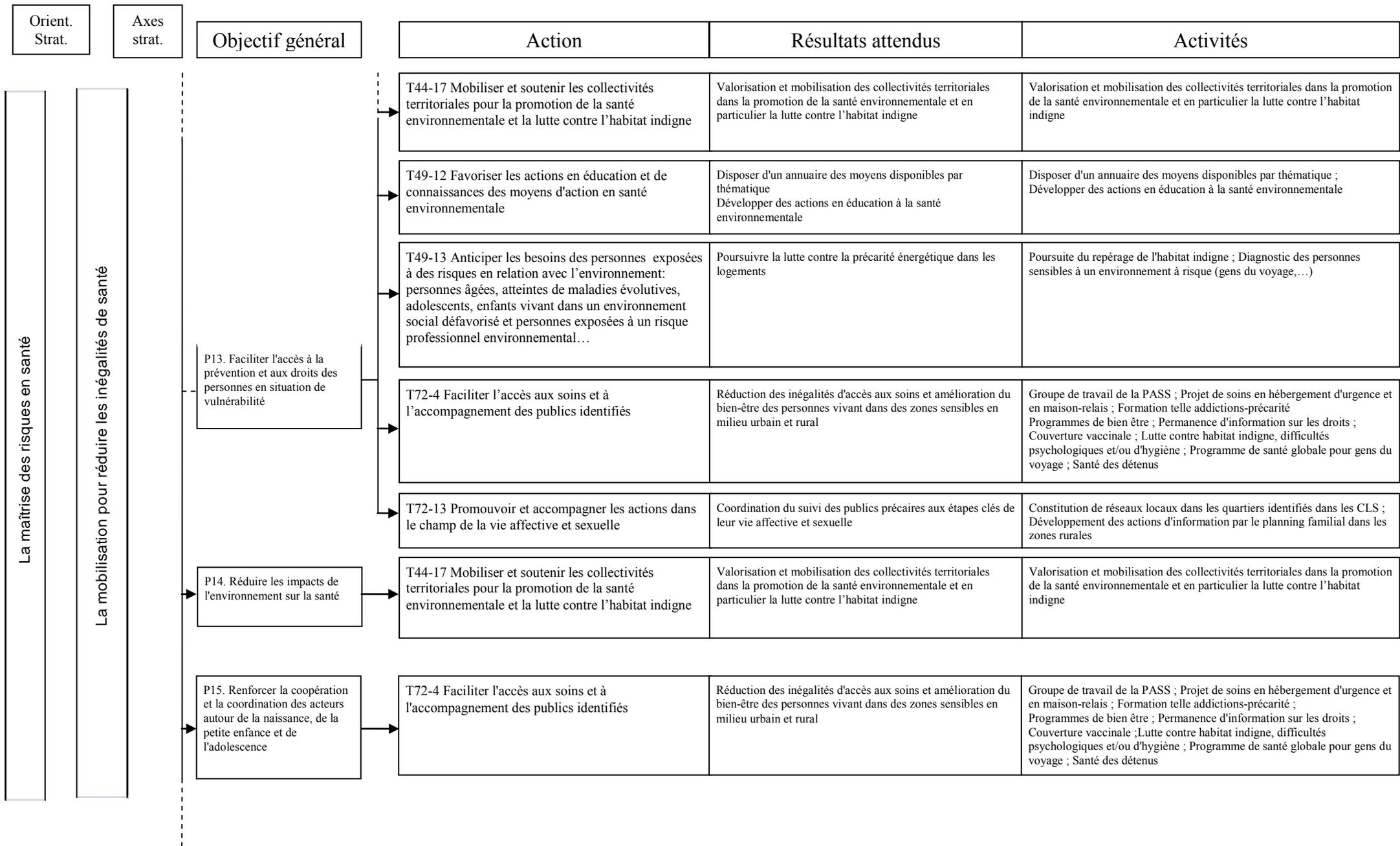
Objectif général

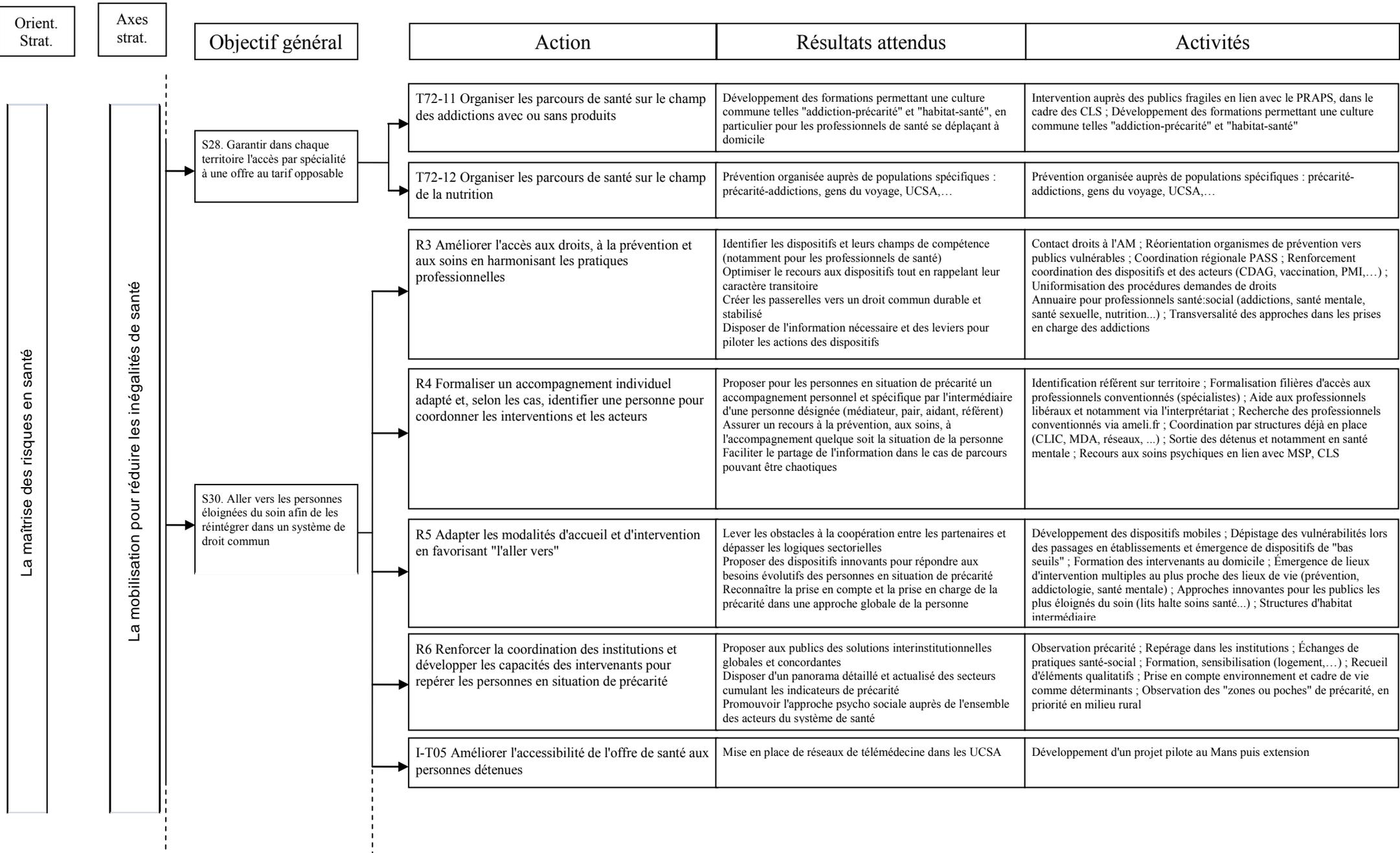
Action	Résultats attendus	Activités
R3 Améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins en harmonisant les pratiques professionnelles	Identifier les dispositifs et leurs champs de compétence (notamment pour les professionnels de santé) Optimiser le recours aux dispositifs tout en rappelant leur caractère transitoire Créer les passerelles vers un droit commun durable et stabilisé Disposer de l'information nécessaire et des leviers pour piloter les actions des dispositifs	Contact régional pour les droits à l'AM ; Réorientation organismes de prévention vers publics vulnérables ; Coordination régionale PASS ; Renforcement coordination des dispositifs et des acteurs (CDAG, vaccination, PMI...); Uniformisation des procédures demandes de droits ; Annuaire pour professionnels santé/social (addictions, santé mentale, santé sexuelle, nutrition...); Transversalité des approches dans les prises en charge des addictions
Formaliser un accompagnement individuel adapté et, selon les cas, identifier une personne pour coordonner les interventions et les acteurs	Proposer pour les personnes en situation de précarité un accompagnement personnel et spécifique par l'intermédiaire d'une personne désignée (médiateur, pair, aidant, référent) Assurer un recours à la prévention, aux soins, à l'accompagnement quelque soit la situation de la personne Faciliter le partage de l'information dans le cas de parcours pouvant être chaotiques	Identification référent sur territoire ; Formalisation filières d'accès aux professionnels conventionnés (spécialistes) ; Aide aux professionnels libéraux et notamment via l'interprétariat ; Recherche des professionnels conventionnés via ameli.fr ; Coordination par structures déjà en place (CLIC, MDA, réseaux, ...); Sortie des détenus et notamment en santé mentale ; Recours aux soins psychiques en lien avec MSP, CLS
R5 Adapter les modalités d'accueil et d'intervention en favorisant "l'aller vers"	Lever les obstacles à la coopération entre les partenaires et dépasser les logiques sectorielles Proposer des dispositifs innovants pour répondre aux besoins évolutifs des personnes en situation de précarité Reconnaître la prise en compte et la prise en charge de la précarité dans une approche globale de la personne	Développement des dispositifs mobiles ; Dépistage des vulnérabilités lors des passages en établissements et émergence de dispositifs de "bas seuils" ; Formation des intervenants au domicile ; Émergence de lieux d'intervention multiples au plus proche des lieux de vie (prévention, addictologie, santé mentale) ; Approches innovantes pour les publics les plus éloignés du soin (lits halte soins santé...); Structures d'habitat intermédiaire
R6 Renforcer la coordination des institutions et développer les capacités des intervenants pour repérer les personnes en situation de précarité	Proposer aux publics des solutions interinstitutionnelles globales et concordantes Disposer d'un panorama détaillé et actualisé des secteurs cumulant les indicateurs de précarité Promouvoir l'approche psycho sociale auprès de l'ensemble des acteurs du système de santé	Observation précarité ; Repérage dans les institutions ; Echanges de pratiques santé-social ; Formation, sensibilisation (logement,...) ; Recueil d'éléments qualitatifs ; Prise en compte environnement et cadre de vie comme déterminants ; Observation des "zones ou poches" de précarité, en priorité en milieu rural
I-T05 Améliorer l'accessibilité de l'offre de santé aux personnes détenues	Mise en place de réseaux de télémedecine dans les UCSA	Développement d'un projet pilote au Mans puis extension
G11 Améliorer le recours aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal	Augmentation du pourcentage des personnes bénéficiant de la CMU et/ou de la CMU-C participant aux programmes de dépistage organisé des cancers	Mobilisation des structures de gestion du dépistage des cancers du sein et colorectal pour réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage
G-N-2,3 Les plans de prévention et d'accompagnement des patients	Développement des actions de prévention ciblées sur des pathologies ou des publics (prévention bucco-dentaire, prévention et prise en charge de l'obésité) Aider les patients à devenir acteurs de leur santé (offres de service dédié à des publics ciblés tels les parcours précarité)	Développement des actions de prévention ciblées sur des pathologies ou des publics (prévention bucco-dentaire, prévention et prise en charge de l'obésité) ; Aider les patients à devenir acteurs de leur santé (offres de service dédié à des publics ciblés tels les parcours précarité)

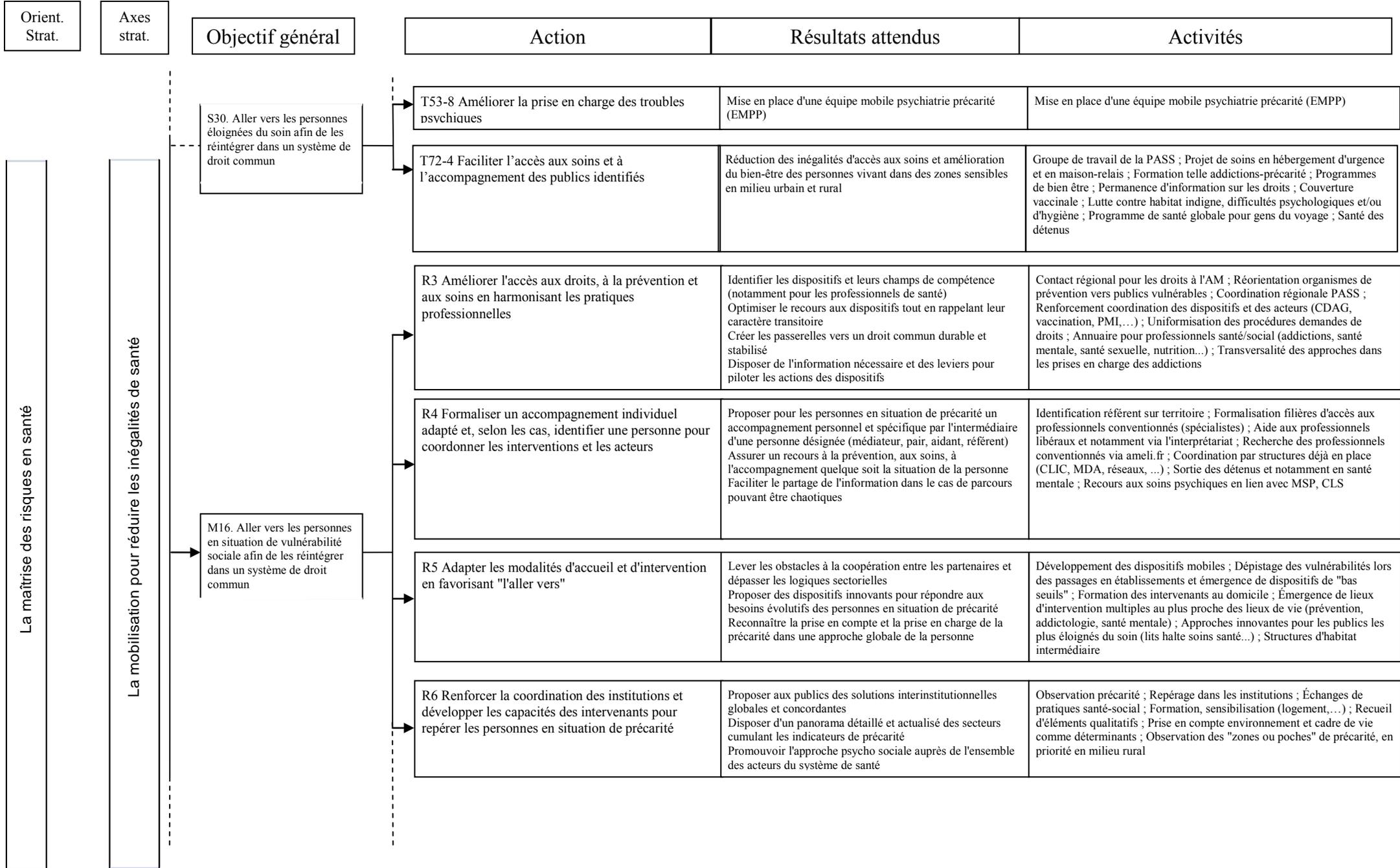
P13. Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité

La maîtrise des risques en santé

La mobilisation pour réduire les inégalités de santé







Orient.
Strat.

Axes
strat.

Objectif général

Action

Résultats attendus

Activités

La maîtrise des risques en santé

La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

M16. Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les réintégrer dans un système de droit commun

T44-5 Développer et diversifier les modalités de prises en charge des adultes atteints de pathologies psychiatriques

Coordination interinstitutionnelle afin de prendre en compte la dimension "soins" en même temps que des réponses de type sociétal (précarité, isolement,...)

Coordination interinstitutionnelle afin de prendre en compte la dimension "soins" en même temps que des réponses de type sociétal (précarité, isolement,...)

T72-4 Faciliter l'accès aux soins et à l'accompagnement des publics identifiés

Réduction des inégalités d'accès aux soins et amélioration du bien-être des personnes vivant dans des zones sensibles en milieu urbain et rural

Groupe de travail de la PASS ; Projet de soins en hébergement d'urgence et en maison-relais ; Formation telle addictions-précarité ; Programmes de bien être ; Permanence d'information sur les droits ; Couverture vaccinale ; Lutte contre habitat indigne, difficultés psychologiques et/ou d'hygiène ; Programme de santé globale pour gens du voyage ; Santé des détenus

T85-12 Expérimenter une instance de coordination, d'orientation et d'appui aux professionnels pour les personnes jeunes fragilisées ou en situation de rupture éducative, sociale ou familiale

Amélioration du parcours du patient avec une réflexion partagée par les différents acteurs sur les modes de prise en charge et le suivi des situations examinées

Coordination pour stratégie concertée d'intervention

7. RECAPITULATIF DES ACTEURS ET PARTENAIRES IDENTIFIES DANS LE PRS POUR LES OBJECTIFS ET ACTIONS RETENUES DANS L'ARBRE DES OBJECTIFS EN VUE DE L'EVALUATION "SANTÉ DES POPULATIONS EN GRANDE VULNERABILITÉ"

Document	Objectifs/ actions	Acteurs / Partenaires identifiés dans le PRS
PRAPS	R1 - Recueillir les expériences et la parole des personnes en situation de précarité pour les associer à la conception des actions et des programmes	Assurance maladie (CPAM, MSA, RSI) Professionnels de santé Associations Structures et dispositifs de prévention, de soins... DRJSCS, DDCS CISS, Etablissements et services Union régionale des professionnels de santé Ordre Professionnels Ateliers santé ville Permanences d'accueil, d'information et d'orientation Missions locales Conseils généraux
PRAPS	R2 - Promouvoir des approches adaptées en matière de santé et d'éducation au «prendre soin»	DRJSCS, DDCS (Programme régional d'intégration des populations immigrées) Associations Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Structures et dispositifs de prévention, de soins Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) Réseau périnatalité Education nationale (santé scolaire), Conseils généraux (Protection maternelle et infantile) Réseau d'écoute d'appui et d'accompagnement des parents Commission régionale de la naissance CAF Assurance maladie (CPAM, MSA, RSI) Professionnels de santé et du social Etablissements et services Education nationale Insertion Missions locales Formation professionnelle initiale et continue Foyer de jeunes travailleurs Maisons des adolescents Pôle emploi Conseil régional CARSAT
PRAPS	R3 - Améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins en harmonisant les pratiques professionnelles	Assurance maladie (CPAM, MSA, RSI) Associations Equipe mobile psychiatrie précarité Centre médico-psychologique CMP

		<p>MSP DRJSCS, DDCCS Conseils généraux Centres communaux d'action sociale Structures et dispositifs de prévention PASS Etablissements de santé Dispositifs et les institutions visant les mêmes publics (activité de coordination entre acteurs accompagnant les mêmes publics) Etablissements et services Structures et dispositifs de prévention, de soins</p>
PRAPS	R4 - Formaliser un accompagnement individuel adapté et, selon les cas, identifier une personne pour coordonner les interventions et les acteurs	<p>DRJSCS, DDCCS Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO), Associations Etablissements et services Ateliers santé ville Union régionales des professionnels de santé (URPS), Ordres Assurance maladie (CPAM, MSA, RSI) Conseils Généraux Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), CHRIS Médecins généralistes Professionnels de santé</p>
PRAPS	R5 - Adapter les modalités d'accueil et d'intervention en favorisant «l'aller vers»	<p>PASS Centres de prévention Conseils généraux Etablissements et services sanitaires et sociaux, Associations Structures d'hospitalisation à domicile Réseau de maintien à domicile CLIC SSIAD Association d'aide à domicile DRJSCS, DDCCS (Plans départementaux d'accueil, d'hébergement et d'insertion - PDAHI) Dispositifs de prévention et de soins Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) Equipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), Equipes mobiles psychiatrie précarité Intervenants au domicile Etablissements et services sociaux et médico-sociaux non médicalisés CCAS Conseils locaux en santé mentale Ateliers santé ville DRJSCS, DDCCS (Programme régional d'intégration des populations immigrées – PRIPI), Etablissements et services médicosociaux Lits halte soins santé</p>
PRAPS	R6 - Renforcer la coordination des institutions et développer les capacités des intervenants pour repérer les personnes en situation de précarité	<p>Plate forme régionale d'observation sociale et médicosociale INSEE ORS CAF DRJSCS, DDCCS (PDAHI) Etablissements et services sanitaires et sociaux CPAM, MSA, RSI DRJSCS / DDCCS IREPS Centres d'études et d'actions sociales (CEAS) Commission régionale de l'habitat FNARS DREAL Conseils généraux CCAS</p>
SRP	P1. Permettre à chaque personne d'être acteur de sa	<p>Associations de prévention et de promotion de la santé, pôle régional de compétences en éducation pour la santé</p>

	santé en mobilisant ses ressources personnelles	IREPS professionnels de santé médicaux et paramédicaux pharmaciens intervenants du secteur social associations d'usagers collectivités territoriales Education nationale services universitaires de médecine préventive Mutualité Française Assurance maladie Ordres des professions de santé URPS
SRP	P2. Garantir l'accès à un programme d'éducation thérapeutique à chaque patient le nécessitant	Etablissements de santé réseaux de santé professionnels médicaux et paramédicaux exerçant en ambulatoire pharmaciens structures médicosociales IREPS Unité transversale d'éducation thérapeutique (UTET) des CHU de Nantes et d'Angers associations d'usagers Assurance maladie IRSA
SRP	P3. Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie	Professionnels de santé médicaux et paramédicaux pharmaciens travailleurs sociaux Education nationale services universitaires de médecine préventive IREPS Mutualité française acteurs de prévention et de promotion de la santé ORS CARSAT DIRECCTE CAF Préfectures collectivités territoriales DREAL Assurance maladie URPS CAMSP maisons des adolescents ADMR associations d'usagers
SRP	P5. Améliorer la couverture vaccinale de la population ligérienne	Assurance maladie collectivités territoriales Education nationale Professionnels de santé médicaux et paramédicaux pharmaciens établissements de santé structures médico-sociales centres de vaccination Mutualité française
SRP	P7. Renforcer l'engagement des acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention de proximité	Professionnels de santé médicaux et paramédicaux intervenant en ambulatoire pharmaciens URPS Assurance maladie acteurs de prévention et de promotion de la santé IREPS collectivités territoriales médecine du travail Mutualité française associations d'usagers

SRP	P12. Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé	Professionnels de santé médicaux et paramédicaux pharmaciens acteurs sociaux services de l'Etat collectivités territoriales acteurs de prévention et de promotion de la santé IREPS ORS Mutualité française associations d'usagers
SRP	P13. Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité	Assurance maladie services de l'Etat collectivités territoriales associations d'aides aux personnes démunies établissements de santé professionnels de santé médicaux et paramédicaux pharmaciens structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion services universitaires de médecine préventive Mutualité française acteurs de prévention et de promotion de la santé IREPS associations d'aide à domicile associations d'usagers réseaux de santé
SRP	P14. Réduire les impacts de l'environnement sur la santé	Services de l'Etat collectivités territoriales associations de consommateurs associations d'usagers associations environnementales et d'éducation à la santé ORS Mutualité française IREPS acteurs économiques professionnels de santé médicaux et paramédicaux pharmaciens Autorité de sûreté nucléaire santé au travail
SRP	P15. Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence	Réseau sécurité naissance Collectivités territoriales Education nationale Maisons des adolescents CAMSP CMPP CMP Etablissements de santé professionnels de santé médicaux et paramédicaux pharmaciens services de protection judiciaire de la jeunesse IREPS associations de prévention et promotion de la santé services universitaires de médecine préventive Mutualité française Assurance maladie associations d'usagers
SROS	S3. Expérimenter les consultations d'annonce pour toutes les personnes atteintes de maladies chroniques ou à pronostic défavorable	Les professionnels de santé Les établissements de santé Les associations d'usagers
SROS	S4. Garantir l'expression de l'utilisateur et prendre en compte les attentes de la	Les professionnels de santé les établissements de santé les associations d'usagers

	personne	
SROS	S7. Renforcer la compétence des professionnels de santé dans la prise en charge globale de la personne et du "prendre soin"	Les professionnels de santé Les établissements de santé Les facultés, les écoles et les instituts de formation des professionnels de santé Les URPS
SROS	S14. Sécuriser et optimiser l'organisation de la prise en charge des urgences	Les professionnels de santé Les structures membres des Comités Départementaux de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires (CODAMUPS) La Collégiale des Urgences et des Soins Non Programmés
SROS	S24. Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés	Les professionnels de santé et du médico-social
SROS	S28. Garantir dans chaque territoire l'accès par spécialité à une offre au tarif opposable	Les professionnels de santé, notamment les spécialistes Les associations d'usagers
SROS	S30. Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun	Les professionnels de santé L'Assurance Maladie Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS)
SROMS	M16. Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les réintégrer dans un système de droit commun	Les services de l'Etat (notamment DDCS et DRJSCS) les Conseils Généraux les communes les associations les gestionnaires d'établissements et services d'accueil, d'hébergement et d'insertion les gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux
PTS 44	T44-1 Renforcer l'accès à la prévention multirisque pour les adolescents	MDA CG CHS Structures en addictologie Éducation Nationale Usagers Collectivités Associations de prévention et promotion de la santé
PTS 44	T44-14 Conforter l'offre de premier recours en la structurant sur les territoires ruraux ou peu denses en professionnels de santé	Membres du CATS, professionnels de santé élus Communes Préfecture
PTS 44	T44-5 Développer et diversifier les modalités de prises en charge des adultes atteints de pathologies psychiatriques	Établissements de santé publics et privés CHT Association d'Usagers Conseil général 44 Infirmiers libéraux
PTS 44	T44-17 Mobiliser et soutenir les collectivités territoriales pour la promotion de la santé environnementale et la lutte contre l'habitat indigne	EPCI Association des maires OPAH CDCI Partenaires locaux (associations, acteurs de lutte contre l'habitat indigne...)
PTS 72	T72-4 Faciliter l'accès aux soins et à l'accompagnement des publics identifiés	CHS CG Collectivités locales CCAS Maisons de l'emploi associations

		<p>CHM Etablissements de santé Partenaires du champ social et médico-social (ADGESTI ...) TARMAC DDCS Secteur associatif médicosocial et social DDJCS élus associations concernées (personnes précaires) CPAM Professionnels du soin de premier recours CDAG CHM Services communaux Médecine de 1er recours CHS (EMPP Psychiatrie) bailleurs sociaux Associations concernées (gens du voyage) Administration pénitentiaire Acteurs de la prévention et de la promotion de la santé</p>
PTS 72	T72-7 Organiser une réponse territorialisée et graduée en santé mentale	<p>CHS CHM CG MDA Professionnels des champs sanitaires (dont secteur ambulatoire et médecine de premier recours) médico-social et social Médecin 1^{er} recours</p>
PTS 72	T72-11 Organiser les parcours de santé sur le champ des addictions avec ou sans produits	<p>RESAAD 72 CPAM DDCS Université Services d'addictologie des CHM et CHS - Education nationale Université Services de santé au travail Associations d'usagers Cabinets libéraux MSP Pharmaciens infirmiers Etablissements médico-sociaux et sociaux CSAPAA CARRUD UCSA Associations concernées Partenaires de l'ARS, en lien avec l'organisation régionale (formation des PS) Organisations régionales et nationales (éducation thérapeutique) médecine libérale IFSI Associations Acteurs concernés (projet de guichet unique)</p>
PTS 72	T72-12 Organiser les parcours de santé sur le champ de la nutrition	<p>Education nationale Université Direction de l'agriculture Direction de la cohésion sociale CPAM CAF CAV Mutuelles santé Etablissements de santé et médicosociaux. Organismes de restauration collective CHS Associations d'usagers CLAND</p>

		<p>Centre Gallouedec CHM CMCM ARCHE Médecine libérale Organisations régionales et nationales (éducation thérapeutique) IFSI Professionnels du soin et services d'aide à domicile en zone rurale et dans les quartiers sensibles urbains Maisons de santé pluri professionnelles, infirmiers pharmaciens Organisation territoriale sur le guichet unique Pôles de santé</p>
PTS 72	T72-13 Promouvoir et accompagner les actions dans le champ de la vie affective et sexuelle	<p>DDCS Champ sanitaire-médicosocial- social Elus RGS 72 CG Inspection académique Médecine de premier recours secteur associatif (zones rurales) CHS Secteur associatif (accompagnement des jeunes) Education nationale Enseignement supérieur Secteur médicosocial (PH) Partenaires RGS (évolution vers un réseau régional)</p>
PTS 85	T85-12 Expérimenter une instance de coordination, d'orientation et d'appui aux professionnels pour les personnes jeunes fragilisées ou en situation de rupture éducative, sociale ou familiale	<p>CHS MDA RAPPSY RIS' Add RADAR Santé scolaire (E.N) PMI (CG) Représentant du Conseil de l'Ordre médecin DDCS DIRECTE (pour entreprises maître d'apprentissage) Médecine du Travail CAMPS</p>
PTS 85	T85-17 Développer la prévention sur les risques sanitaires liés à l'environnement dans les espaces clos et sur les risques auditifs liés à la musique amplifiée ¹	<p>PDALPD CAF Professionnels de l'immobilier et de la construction Intervenants à domicile CAUE CAPEB FFBTP Associations de consommateurs collectivités Bailleurs ASL MSA CG Acteurs de prévention (IREPS, CPAM...) Associations d'insertion ou de consommateurs Comité départemental de lutte contre les maladies respiratoires Acteurs de la lutte contre l'habitat indigne CHU de Nantes (CMEI) Associations Collectivités</p>

¹ Ne sont visés ici que les partenaires sur les actions logements – espaces clos, et pas ceux sur la musique amplifiée

		Professionnels du bâtiment ASN
PTS 49	T49-1 Prévenir et organiser les soins en addictologie	Associations établissements partenaires (DDCS, Education Nationale, RESAAD,...) RESAAD Education Nationale Collectivités territoriales Médecine du travail DDCS ASE Chefs d'établissements les équipes enseignantes les associations de parents d'élèves IREPS ANPAA CSAPA SMIEC Le Chillon Ville de Trélazé Centres Hospitalier de Cholet et de Saumur pour l'hospitalisation à temps partiel, CHU d'Angers,... Acteurs de la prévention de la ville de Trélazé,... ORS
PTS 49	T49-2 Mettre en œuvre une continuité des parcours en santé mentale pour les enfants et les adolescents (Charte de fonctionnement de la filière enfant et adolescent)	Etablissements secteurs sanitaire, médico-sociaux, socioéducatifs, pédagogiques (santé scolaire), de la justice, de la protection judiciaire de la jeunesse et des collectivités territoriales PMI, MDPH ASE MDA les représentants des professionnels de santé libéraux CHU ANGERS CESAME Représentants des usagers Professionnels de santé libéraux
PTS 49	T49-3 Mettre en œuvre une continuité des parcours en santé mentale pour les adultes (Charte de fonctionnement de la filière adulte entre le secteur sanitaire, médico-social et secteur social)	Etablissements secteur sanitaire, médico-sociaux, et des collectivités territoriales Représentants des usagers professionnels de santé libéraux représentants de la justice de la Maison d'Arrêt d'Angers CESAME CH de Cholet Collectivités territoriales représentants des professionnels libéraux
PTS 49	T49-4 Mettre en œuvre une continuité des parcours en santé mentale pour les personnes âgées (Charte de fonctionnement de la filière « géronto-psychiatrie »)	Etablissements secteur sanitaire, médicosociaux, sociaux professionnels de santé libéraux représentants des usagers CESAME CHU d'Angers
PTS 49	T49-12 Favoriser les actions en éducation et de connaissances des moyens d'action en santé environnementale	IREPS (Angers) Organismes et associations intervenant sur cette thématique Maitres d'ouvrage des maisons de santé pluri professionnelles Professionnels de santé Collectivités territoriales Organismes Inspection d'Académie Inspection du travail Associations Etablissements Organismes intervenant auprès des entreprises : FFB, CAPEB ...
PTS 49	T49-13 Anticiper les besoins des personnes	Cellule de lutte contre l'habitat indigne (Animation : Conseil général et ARS) L'ensemble des acteurs participant au dispositif de repérage de l'habitat

	exposées à des risques en relation avec l'environnement: personnes âgées, atteintes de maladies évolutives, adolescents, enfants vivant dans un environnement social défavorisé et personnes exposées à un risque professionnel environnemental...	indigne : DDT, Collectivités territoriales, ADIL, CAF, MSA, ANAH Dispositifs de lutte contre l'habitat dégradé : OPAH territoriales, professionnels de santé... Travailleurs sociaux Inspection d'Académie Professionnels de santé Collectivités territoriales établissements scolaires organismes intervenant dans les logements dégradés... Organismes intervenant dans le dispositif de lutte contre la précarité énergétique dans le logement
PTS 53	T53-13 Soutenir et développer les actions de prévention en santé environnementale ²	Collectivités territoriales Conseil Général Associations environnementales (MNE...) IREPS Partenaires du PDLHI et du PDALPD (DDT, DDCSPP, CG, ARS, CAF, MSA) Association des Maires architectes maîtres d'œuvre associations (ADIL, Point infoénergies...) Associations d'aide à domicile conseils de l'ordre des professionnels de santé (infirmiers, kinésithérapeutes), collectivités (réfèrents EPCI) CLIC Opérateurs (OPAH, Habitat Développement) chambre des métiers CAPEB (Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment), Fédération du bâtiment CSTB (Centre Scientifique et Technique du Bâtiment)
PTS 53	T53-8 Améliorer la prise en charge des troubles psychiques	Services de psychiatrie des établissements de santé service de pédopsychiatrie Les établissements de santé Associations Structures médico-sociales Professionnels libéraux UNAFAM ITEP IME MDA ASE DDCSPP MDPH Conseil Général bailleurs sociaux établissements pour personnes handicapées UNAFAM UDAF ATMP Communautés de communes de Mayenne Communautés de communes
PRFIT (programme régional des systèmes d'information et de télémédecine)	I-T05 Améliorer l'accessibilité de l'offre de santé aux personnes détenues	GCS e-santé UCSA CH
PRGDR	G11. Améliorer le recours aux dépistages organisés du	Assurance Maladie Structures de gestion de dépistage

² Uniquement partenaires identifiés sur problématique habitat – logement, sans prendre en compte les actions sur l'eau

	cancer du sein et du cancer colorectal	URPS Médecins libéraux
PRGDR – partie assurance maladie	G-N-2,3 Les plans de prévention et d'accompagnement des patients	Assurance maladies (tous régimes) Professionnels de santé Centres d'Examens de Santé du Régime général

8. SYNTHÈSE DES PROGRAMMES TERRITORIAUX DE SANTÉ ET DES PRINCIPALES FEUILLES DE ROUTE 2012-2013 DE L'ARS

Les actions décrites ci-dessous sont celles en rapport avec la politique de l'ARS en faveur des populations en grande vulnérabilité.

Les programmes territoriaux de santé (PTS)

PTS 44 :

- action n°1 : renforcer l'accès à la prévention multirisque pour les adolescents
 - o résultat attendu : réduction des risques chez les jeunes (exclusion sociale...)
- action n°5 : développer et diversifier les modes de prise en charge des adultes atteints de pathologie psychiatrique
- action n°12 : expérimenter une instance de coordination, d'orientation et d'appui aux professionnels pour les personnes jeunes fragilisées ou en situation de rupture éducative, sociale ou familiale
- action n°17 : mobiliser et soutenir les collectivités territoriales pour la promotion de la santé environnementale et la lutte contre l'habitat indigne

PTS 49 :

- action n°1 : prévenir et organiser les soins en addictologie
 - o activité 3 : formaliser le repérage précoce pour personnes en situation de précarité
 - o activité 6 : précarité sociale et addictions : mettre en place des soins ou dispositifs pour les personnes sans logement (ex : soins ambulatoires)
- action n°13 : santé environnementale
 - o activité 6 : poursuivre la lutte contre la précarité énergétique dans le logement

PTS 53 :

- action n°8 : améliorer la prise en charge des troubles psychiques
 - o point de vigilance : absence d'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP)

PTS 72 :

- action n°4 : faciliter l'accès aux soins et à l'accompagnement pour des publics identifiés
- action n°7 : organiser une réponse territorialisée et graduée en santé mentale
 - o leviers : EMPP et PASS psychiatrique
 - o activité n°1
- action n°11 : organiser les parcours de santé sur le champ des addictions avec ou sans produits

- activité n°3 : développer les formations permettant une culture commune telles addiction-précarité
- action n°12 : organiser les parcours de santé sur le champ de la nutrition
 - activité n°2 : prévention auprès de populations spécifiques : précarité...
- action n°13 : promouvoir et accompagner les actions dans le champ de la vie affective et de la santé sexuelle
 - résultat attendu : coordination du suivi des publics précaires aux étapes clés de leur vie affective et sexuelle

PTS 85 :

- action n°12 : expérimenter une instance de coordination, d'orientation et d'appui aux professionnels pour les personnes jeunes fragilisées ou en situation de rupture éducative, sociale ou familiale

Les feuilles de route

Feuilles de route précarité, addictions et personnes sous main de justice : voir feuilles de route complètes, accessibles sur le site Internet de l'ARS

Feuille de route prévention

2012	2013
11 actions – 2 actions spécifiques (actions 5 et 6)	11 actions – 2 actions spécifiques (actions 5 et 6)
Action n°1 : jeunes : promotion d'un bien être affectif et sexuel <ul style="list-style-type: none"> - renforcer les actions spécifiques d'éducation à la sexualité en direction de publics cibles comme les personnes en situation de précarité, notamment par la formation de personnes relais 	Action n°1 : jeunes : promotion d'un bien être affectif et sexuel <ul style="list-style-type: none"> - renforcer les actions spécifiques d'éducation à la sexualité, incluant la notion de genre, en direction de publics cibles comme les personnes en situation de précarité, les jeunes adultes vivant en habitat social, personnes sous main de justice...
Action n°2 : prévenir les conduites addictives	Action n°2 : prévenir les conduites addictives <ul style="list-style-type: none"> - poursuivre le développement des compétences psychosociales auprès des jeunes scolarisés
Action n°4 : santé environnementale <ul style="list-style-type: none"> - optimiser l'organisation et la mise en œuvre de la politique de lutte contre l'habitat 	Action n°4 : santé environnementale <ul style="list-style-type: none"> - optimiser l'organisation et la mise en œuvre de la politique de lutte contre l'habitat
Action n°5 : personnes en situation de vulnérabilité sociale : promouvoir une alimentation équilibrée et une activité physique adaptée <ul style="list-style-type: none"> - promouvoir l'éducation nutritionnelle et la pratique d'une activité physique 	Action n°5 : personnes en situation de vulnérabilité sociale : promouvoir une alimentation équilibrée et une activité physique adaptée <ul style="list-style-type: none"> - soutenir les actions locales autour de l'éducation nutritionnelle et la

<p>adaptée des personnes en situation de précarité</p> <ul style="list-style-type: none"> - soutenir la collecte par des associations de produits invendus afin de les redistribuer aux associations caritatives 	<p>pratique d'une activité physique en direction des personnes vulnérables</p> <ul style="list-style-type: none"> - accompagner les bénévoles et les salariés de la distribution alimentaire afin d'accroître leurs acquis et compétences en matière d'accueil des publics, d'hygiène, de sécurité sanitaire et d'éducation pour la santé dont l'équilibre alimentaire - soutenir la collecte par des associations de produits invendus afin de les redistribuer aux associations caritatives - accompagner le développement d'actions en direction des structures PJJ - accompagner les clubs sportifs dans l'accueil des publics vulnérables - renforcer la communication autour des actions comme la journée solidarité au Mans
<p>Action n°6 : personnes en situation de vulnérabilité sociale : réduire les inégalités sociales dans le domaine des dépistages des cancers</p> <ul style="list-style-type: none"> - mobiliser les structures de gestion des dépistages des cancers du sein et colorectal pour réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage - inciter les résidents concernés des établissements sociaux et médico-sociaux à une participation au dépistage organisé des cancers du sein et colorectal 	<p>Action n°6 : personnes en situation de vulnérabilité sociale : réduire les inégalités sociales dans le domaine des dépistages des cancers</p> <ul style="list-style-type: none"> - mobiliser les structures de gestion des dépistages des cancers du sein et colorectal pour réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage - inciter les résidents concernés des établissements sociaux et médico-sociaux à une participation au dépistage organisé des cancers du sein et colorectal
<p>Action n°9 : promouvoir la vaccination</p> <ul style="list-style-type: none"> - promouvoir la vaccination auprès des professionnels de santé, notamment ceux qui interviennent dans les établissements accueillant des personnes vulnérables 	<p>Action n°9 : promouvoir la vaccination</p>
<p>Action n°10 : favoriser une observation partagée des déterminants sociaux et territoriaux de santé</p>	<p>Action n°10 : favoriser une observation partagée des déterminants sociaux et territoriaux de santé</p>
<p>Action n°11 : renforcer les échanges de connaissances et de pratiques entre les acteurs</p>	<p>Action n°11 : renforcer les échanges de connaissances et de pratiques entre les acteurs</p>

Feuille de route maladies chroniques dont cancer :

2012	2013
4 actions – pas d’action spécifique	Pas de feuille de route
Action n°1 : renforcer la mise en place de programmes d’ETP et développer l’ETP au niveau du premier recours <ul style="list-style-type: none"> - définir un schéma cible en identifiant les besoins insuffisamment couverts (y compris pour les personnes vulnérables, les détenus,...) et en porter connaissance dans les territoires 	

Feuille de route en psychiatrie :

2012	2013
8 actions – pas d’action spécifique	10 actions – pas d’action spécifique
Action n°6 : adapter l’offre de soins et d’accompagnement et promouvoir l’émergence de nouveaux services <ul style="list-style-type: none"> - accompagner le développement des EMPP et le recours à l’interprétariat afin de développer des approches spécifiques en santé mentale à destination des personnes les plus vulnérables 	Action n°7 : adapter l’offre de prise en charge et promouvoir l’émergence de nouveaux services par le lancement d’AAP, le déploiement de services innovants et une réflexion avec les partenaires <ul style="list-style-type: none"> - poursuivre le développement des équipes mobiles en psychiatrie en les faisant évoluer sur des compétences élargies et intersectorielles
	Action n°3 : animer les interactions avec les acteurs <ul style="list-style-type: none"> - initialiser un programme de travail en partenariat avec la DRJSCS pour l’articulation avec le social pour le suivi des personnes handicapées psychiques dans des logements adaptés

Feuille de route moins de 20 ans :

2012	2013
5 actions – pas d’action spécifique	9 actions - pas d’action spécifique
Action n°4 : agir en faveur des jeunes en situation de rupture <ul style="list-style-type: none"> - organiser une prise en charge coordonnée des addictions sur le territoire - pour les jeunes fragilisés ou en situation de rupture «éducative, sociale ou familiale, mise en place d’un comité de pilotage chargé 	Action n°5 : améliorer les parcours des jeunes de moins de 20 ans en situation de fragilité <ul style="list-style-type: none"> - améliorer les parcours des personnes ayant des conduites addictives - favoriser la prise en compte des besoins des jeunes en situation de précarité en développant le réseau des MDA

d'identifier les sources, d'interconnecter les différents réseaux existants, de proposer un plan d'action notamment sur un dossier médico-social partagé pour les professionnels	<ul style="list-style-type: none"> - engager une réflexion sur les modalités de repérage et de prise en charge des problématiques de santé mentale des jeunes, notamment ceux accompagnés en missions locales, en favorisant les interventions de proximité dans le cadre du droit commun - identifier et évaluer les besoins spécifiques des personnes détenues mineures pour améliorer leur accès aux soins
	<p>Action n°1 : aider les jeunes à préserver leur « capital santé »</p> <ul style="list-style-type: none"> - développer le parcours de santé pour tous et accès aux clubs sportifs
	<p>Action n°3 : améliorer la coordination des acteurs pour des parcours adaptés et sans rupture</p> <ul style="list-style-type: none"> - formaliser les partenariats locaux entre partenaires concernés par les problématiques de santé mentale des jeunes, notamment ceux qui sont accompagnés par les missions locales - addictions : développer la coordination des équipes de soins de proximité
	<p>Action n°7 : promouvoir la vaccination</p> <ul style="list-style-type: none"> - relancer les partenariats avec les conseils généraux et notamment la PMI
	<p>Action n°9 : renforcer la prévention des risques environnementaux dans les bâtiments accueillant des jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> - animer le réseau d'échange d'expériences pour optimiser la politique de lutte contre l'habitat indigne

Feuille de route des plus de 75 ans RAS

Plan d'actions « soins bucco-dentaires » 2013

2013
5 objectifs – 1 objectif spécifique (obj 1)
<p>Obj 1 : permettre l'accès aux soins bucco-dentaires de populations ciblées (publics fragilisés ou difficiles après échec ou impossibilité de la prise en charge par les professionnels du premier recours) en organisant des antennes de médecine bucco-dentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - début de la montée en charge en 2014

9. BILAN DES SOURCES DOCUMENTAIRES MOBILISEES

TYPE DE DOCUMENT	REFERENCE DU DOCUMENT - SOURCE
Cadrage national	Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, <i>PRAPS, guide méthodologique</i> , mars 2011, 46 pages
Cadrage national	Premier ministre, <i>Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, adopté lors du Comité interministériel de lutte contre les exclusions</i> , 21 janvier 2013, 54 pages
Cadrage national	Ministère des Affaires sociales et de la santé, <i>Stratégie nationale de santé, feuille de route</i> , 23 septembre 2013, 30 pages
Cadrage national	Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 relative à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage
Cadrage national	Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Circulaire n°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)
Cadrage national	Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère de la Ville, Référentiel national des ateliers santé ville (ASV), mars 2012, 45 pages
Cadrage national	Convention triennale d'objectifs pour les quartiers populaires 2013/2015 du 4 avril 2013, Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère délégué à la ville
Cadrage national	ANESM, <i>Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale</i> , mars 2008, 39 pages
Cadrage local	PRAPS n°1
Cadrage local	PRAPS n°2
Cadrage local	ARS des PDL, projet régional de santé 2012-2016 – notamment le PRAPS , 9 mars 2012
Cadrage local	ARS des PDL, <i>Feuilles de route 2012-2013, Personnes en situation de précarité, Prévention, Personnes sous main de justice, Addictions...</i>
Cadrage local	Préfet de la Loire – Atlantique, Conseil général de la Loire – Atlantique, <i>Schéma départemental d'accueil des gens du voyage en Loire – Atlantique 2010-2016</i> , 17 décembre 2010, 131 pages
Cadrage local	Préfecture de Maine – et – Loire, Conseil général de Maine – et – Loire, <i>Schéma départemental d'accueil des gens du voyage 2011-2016</i> , 29 août 2011, 169 pages
Cadrage local	Préfecture de la Mayenne, Conseil général de la Mayenne, <i>Schéma départemental d'accueil des gens du voyage 2009-2014</i> , 5 février 2010, 36 pages
Cadrage local	Préfecture de la Sarthe, Conseil général de la Sarthe, <i>Schéma départemental pour l'accueil et l'habitat des gens du voyage 2012-2017</i> , 4 avril 2013, 30 pages
Cadrage local	Préfet de la Vendée, Conseil général la Vendée, <i>Schéma départemental d'accueil des gens du voyage de la Vendée – année 2010</i> , 28 octobre 2010, 35 pages

TYPE DE DOCUMENT	REFERENCE DU DOCUMENT - SOURCE
Rapport national	A. Archimbaud, <i>Rapport au Premier ministre, l'accès aux soins des plus démunis : 40 propositions pour un choc de solidarité</i> , septembre 2013, 130 pages
Rapport national	H. Derache (Préfet), <i>Rapport au Premier Ministre, Appui à la définition d'une stratégie interministérielle renouvelée concernant la situation des gens du voyage</i> , juillet 2013, 44 pages
Rapport national	M. Legros, <i>Groupe de travail « santé et accès aux soins » : pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins</i> , Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, 29 novembre 2012, 53 pages
Rapport national	Planète Publique, <i>Étude sur les modes de participation des usagers-citoyens à la prise de décision en santé – rapport technique</i> , 7 juillet 2011, 72 pages
Rapport national	Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, Haut Conseil de la santé publique, décembre 2009, 97 pages
Rapport national	B. Basset, Agences régionales de santé - les inégalités sociales de santé, INPES, août 2009, 203 pages
Guide méthodologique	L. Potvin, M.J. Moquet, C. M. Jones, Réduire les inégalités sociales en France, INPES, octobre 2010, 385 pages
Guide méthodologique	Ministère de la santé, des sports et de la vie associative, <i>Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS – recommandations et indicateurs</i> , mai 2008, 10 pages
Guide méthodologique	FNARS, Précarité et santé mentale - repère et bonnes pratiques, janvier 2011, 66 pages
État des lieux national	DGCS, <i>Recueil des stratégies régionales – Extrait des synthèses régionales PDAHI</i> , octobre 2012, 108 pages
État des lieux national	Fonds CMU, <i>Annuaire statistique du fonds CMU</i> , juin 2013, 33 pages
État des lieux national	Médecins du Monde, <i>Observatoire de l'accès aux soins de la mission France – rapport 2012</i> , octobre 2013, 210 pages
État des lieux national	Médecins du Monde, <i>État des lieux des Permanences d'Accès aux Soins de Santé dans 23 villes où Médecins du Monde est présent</i> , août 2010, 26 pages
État des lieux national	O. Bernard, JF. Corty, C. Izambert, Santé publique et grande précarité - Etat des lieux et questions, Actes du colloque, Médecins du Monde et SFSP, novembre 2011, 60 pages
État des lieux national	DHOS, <i>Fiche de synthèse sur les études sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) menées par l'IGAS, l'ANAES, GRES Médiation</i> , décembre 2005, 9 pages
Évaluation nationale	E. Picon, N.Sannino, B. Minet, AC. Henocq, R. Seigneur, <i>Évaluation du Dispositif Lits haltes soins santé (LHSS) – Rapport final, version définitive</i> , DGAS-Itinere Conseil, 12 février 2013
Évaluation régionale	P. Blaise, B. Gohin-Pério, A. Pitiot-Lesigne, F. Roget, <i>L'accès à la prévention et aux soins des personnes en difficulté en Pays de la Loire</i> , ARS PDL, septembre 2010, 78 pages
État des lieux régional	ARS des Pays de la Loire - <i>STATISS 2012, Statistiques et indicateurs de la Santé et du Social</i>
État des lieux régional	N. Noland, Les ressources de la cohésion sociale - Aller au-devant des plus démunis, CESER des Pays de la Loire, Commission sanitaire et sociale, novembre 2009, 112 pages
État des lieux régional	INSEE, Pays de la Loire – « Moins de pauvreté et d'inégalités qu'ailleurs, malgré des disparités territoriales », <i>Études</i> , n°100, décembre 2011, 6 pages
État des lieux régional	ORS Pays de la Loire, <i>La Santé Observée en Pays de Loire</i> , Edition 2012, 237 pages

TYPE DE DOCUMENT	REFERENCE DU DOCUMENT - SOURCE
Dossier thématique	Revue hospitalière de France, <i>Précarités et inégalités en santé : prises en charge et activités PASS</i> , janvier-février 2013, n°550, pages 28-57
Dossier thématique	La Santé de l'homme, <i>Démarche participative – mythe ou réalité ?</i> , n°382, mars-avril 2006
Dossier thématique	Réseau Français des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé, <i>La Santé des gens du voyage – Comprendre et agir</i> , 2009, 73 pages
Article	Association Voyageurs 72, « Des ateliers santé auprès des gens du voyage de la Sarthe », <i>Manger Bouger en Pays de la Loire</i> , n°1, ARS des Pays de la Loire – Préfecture des Pays de la Loire, juin 2012, page 10

10. LISTE DES INVESTIGATIONS MENEES

Principales analyses documentaires

- Etude des avis formulés sur le PRS
- Etude des PV des réunions des commissions de coordination des politiques publiques et des conférences de territoire
- Etude des contrats locaux de santé
- Etude des feuilles de route précarité/prévention/personnes sous main de justice/territoriales
- Analyses des cahiers des charges et des réponses aux appels à projet prévention 2012-2013 de l'ARS
- Etude des actions de prévention enregistrées dans OSCARS

Entretiens individuels et collectifs

Enquête écrite par méthode Delphi auprès de 20 experts de la région

Enquête téléphonique flash auprès d'un échantillon de médecins généralistes de Saumur, Mayenne et Fontenay-le-Comte

- enquête réalisée en novembre-décembre 2013 auprès de 25 médecins généralistes

Enquête écrite auprès des PASS de la région

- enquête réalisée en septembre 2013 auprès des 17 PASS de la région

Enquête SOLEN auprès d'établissements sociaux et médico-sociaux de la région

- enquête à destination des établissements suivants : CHRS, CADA, ACT, LHSS, CAARUD, CSAPA

Enquête sur des parcours singuliers de santé de personnes dites « en grande vulnérabilité »

- enquête confiée au laboratoire « Espace et Société » de l'Université d'Angers

11. LISTE DES PERSONNES SOLLICITEES

Entretiens individuels (75 entretiens et 126 personnes rencontrées)

Entretiens en face à face ou par téléphone

Agence régionale de santé:

- Dr BLAISE, Direction du Projet régional de Santé
- Mme LE GUEVEL, Direction des Relations avec les Usagers et les Partenaires
- M. MICHELET : Direction de l'efficience de l'offre, Département et Groupe projet transversal précarité
- Mme MEAUDE, Mme SUIRE : Direction de l'efficience de l'offre, Département Coopérations et Parcours de Santé
- M. RIVIERE, Dr BLANCHIER, Mme De GUENYVAU, Mme HIVERT, Mme GUIMARD, Mme ROGET, Mme BROCHARD, Direction de la Prévention et de la Protection de la Santé, Département de la Promotion de la Santé et de la Prévention
- M. MEYER, Groupe projet transversal, personnes sous main de justice
- Mme SALOMON, Dr DE RUSUNAN, Direction de l'Accompagnement et des Soins, Département Accompagnement médico-social
- M. POUGET, Direction de l'Accompagnement et des Soins, Département Accès aux soins de proximité
- Dr GAGNER, Direction de l'Accompagnement et des Soins, Département Accès aux Soins de Recours
- Mme GUILLEBEAU-DELIASSALLE, Direction de l'efficience de l'offre, Département de l'Offre Hospitalière
- M. SEMERCUBE, Direction Prévention et Protection de la Santé, Département Observation et Analyses
- M. BERLINET, Délégation territoriale Loire-Atlantique
- M. BEAUCHAMPS, Mme DAUDET, Délégation territoriale Maine-et-Loire
- Mme KUMAR, Délégation territoriale Mayenne
- Mme BASTARD, Délégation territoriale Sarthe
- Mme CHESSE, Mme THOMPSON, Délégation territoriale Vendée

Services de l'Etat:

- Mme VERITE, Mme MARIONNEAU, DRJSCS
- Mme LE BARAZER, M. DUBREIL, M. MORACCHINI, PJJ
- Mme RIOU, Préfecture et Conseil général de Maine et Loire

Collectivités locales:

- Dr M'BOKO, Mme RAIMBAULT, M. CHAMBIROU, Mme CHEVALIER, Mme TATIN, Conseil général de la Sarthe
- Mme MEGIMBIR, Conseil général de Maine-et-Loire
- Dr BOUSSIN, Mairie d'Angers
- Dr SARAUX-SALAÜN, Mairie de Nantes
- M. CHAILLOT, Mme GIGORY, Mairie de La Roche/Yon
- Mme DEROUET, Communauté de communes Angers Loire Métropole
- Mme GERMANE, Communauté de communes de Mayenne

Organismes d'assurance maladie et complémentaires de santé:

- M. DUJARDIN, Mme BRUNOT, M. MAINGUY, Mme LEGLEUTTE, CPAM 49
- M. DOMAS, Mme RINCÉ, CPAM 44
- M. MARTIN, Centre d'examen de santé CPAM 44
- Mme LAMBERT, Centre d'examen de santé CPAM 85
- Dr GABAIX, Mme PIETTE, MSA Orne-Sarthe-Mayenne
- Mme LEGSIR, MSA Loire-Atlantique-Vendée
- M. LERAY, Mutualité Française

Structures sanitaires:

- Dr RICHARD, Faculté de médecine CHU Angers
- Dr SCANVION, PASS régionale du CHU de Nantes
- Mme MALGRAS, Dr DELORI, Mme LABORDE, Mme LEBRUN, Mme NORSTROM-SCHULER, Mme HERAULT, PASS du CHU d'Angers
- M. MARIE, Dr LIGNEL, Mme PEREZ, Mme PEAN, CH de Nord-Mayenne (Direction, urgences et PASS)
- Dr INIAL, ELPP CHU de Nantes
- Dr BURIN, Mme JAGLIN, Urgences Nouvelles Cliniques Nantaises
- Dr BARNABE, Fédération régionale des MSP
- Dr GENDRY, MSP de Renazé
- M. HELIOTE, Mme DELALANDE, URACCS

Structures sociales:

- Mme OLIVIER, Maison-relais Saint-Nazaire, association ANEF FERRER
- M. SELLES, Mme BLANC, CHRS et accueil de jour La Roche-sur-Yon, association Passerelles
- Mme BOISSELEAU, Mme COUSTENOBLE, CHRS le Gué à Nantes, association le Gué
- Mme FOUILLET, SAMU social 44, maison de la veille sociale 44
- M. VOIZE, Mme BRETAUDEAU, Mme GRILLON, Mme MALINGE, SAMU social 49, association Abri de la Providence
- M. LEGENDRE, SIAO 49
- Mme BAUDRY, SIAO 85
- M. SABOUREAULT, M. FERREY (Association TARMAC), Mme LE CLECH, M. ROUSSEAU (Association Montjoie), SIAO 72
- Mme HOUDOU et Mme PELLOIN, CADA Mayenne, France Terre d'Asile

Structures médico-sociales:

- M. NICOLAU, M. LE SENECHAL, Mme MICHEL, ACT et SCAMPS à Nantes, association L'Aurore
- M. GAUDU, LHSS L'Atre à Nantes, association Saint-Benoît Labre

Représentants divers:

- M. LE CAPITAINE, ARIFTS
- Mme GOUT, Association régionale des missions locales
- Mme POSTIC et Mme CAILLET, URIOPSS, Commission médico-sociale CRSA et CCRPA
- Mme OLIVIER, FNARS
- Mme ANTONINI, CISS
- M. LERAY, Président commission prévention CRSA
- Dr BURIN, URPS
- Mme PICON, Cabinet Itinere Conseil

Associations diverses:

- Associations d'interprétariat :
 - M. GRATTON, ASAMLA
 - Mme LENFANT, APTIRA
- Mme ETIENNOUL, association Femmes-relais Sarthe
- Associations de dépistage des cancers: Dr SAUVAGE, Cap santé plus 44, Dr de HERCE, Cap santé 49, Dr LALANNE, Camelia 53, Dr MOUTARDE, GEMS 72, Dr MARIANI, Audace 85
- Médecins du Monde :
 - Dr DEVRIENDT, Dr CHAPELAIS, Dr FIHEY, MDM et CASO Nantes
 - Dr BAUDRY, Dr PARENT, CASO Angers
- IREPS : Mme WILLIAMSON, Mme PAILLET, Mme SALLÉ, Mme LEGARDINIER
- GEM :
 - M. BADRE, Mme LEFORT, M. PICHAVANT, GEM L'Hirondelle à Fontenay-le-Comte
 - M. QUELLARD, Mme OHEIX, GEM Les Quatre AS à La Roche/Yon

Entretiens collectifs (4 entretiens et 29 personnes rencontrées)

- Directions départementales de la cohésion sociale: Mme FORESTIER-GIRARD (85), Mme GOURAT (85), M. LEHMANN (72), Mme LENOIR (53), Mme TROUILLARD (53), M. GUIMARD (44), Mme GAYOL - AURIC (49)

- Pour les intervenants en addictologie:

Fonctions et champ professionnel	Nom	Département
Coordinateur CSAPA les Apsyades et "autrement dit" espace d'accueil quartier Bottière à Nantes	Thierry JOLY	44
Directeur Communauté Thérapeutique à Pré en Pail, association Montjoie	Philippe LEROY	53 (72)
Médecin responsable – CTR Haute-Brin (Centre Thérapeutique Résidentiel) – association ALIA	Jean-Yves GAINARD	49
Directeur régional AIDES – CAARUD de Laval et la Roche sur YON	Gaël GOURMELEN	53-85
Directrice CSAPA/CAARUD –St Nazaire – association la rose des vents	Nathalie THIETARD	44
Médecin généraliste –St Herblain	François MEURET	44
Médecin coordinateur CSAPA-ANPAA – La Roche/Yon	Sabine FOURE	85
Délégué départemental Alcool assistance	Marc TUAL	
Psychologue – ELPP – CHU – Nantes	Véronique HUQUELEUX	44
EHLISA – CHS Blain	Barbara VEILHAN	44

- Pour les intervenants auprès des gens du voyage :

Fonctions et champ professionnel	Nom	Département
Président Association Les Forges	M. AULNETTE	44
Directrice Association Les Forges	Mme COUTANT	44
Directrice Association Le Relais	Mme RANDRIANARISON	44
Directrice Voyageurs 72	Mme HATTON	72
Animatrice santé Voyageurs 72	Mme ZREYK	72

- Pour les intervenants en matière de dépistage et de vaccination des maladies infectieuses :

Fonctions et champ professionnel	Nom	Département
Cadre de santé CFPD Vendée	Mme CLAUTOUR	85
Cadre de santé CFPD Loire – Atlantique	Mme GOURAUD	44
Médecin référent du CVP au CFPD Loire - Atlantique	Dr BRIEND-GODET	44
Chef du service de promotion de la santé au Conseil Général de Maine et Loire	Mme MEGIMBIR	49
Secrétaire du service de promotion de la santé au Conseil Général de Maine et Loire	Mme LEVY-GEFFRAUT	49
Sage femme cadre au CDAG du CH de Cholet	Mme LANDREAU	49
Sage femme au CDAG du CH de Cholet	Mme DELAUNAY	49

Participation à diverses manifestations:

- Rencontre du CCRPA sur la thématique de la santé, Nantes le 17 mai 2013
- Colloque « Santé mentale et précarité sociale. Accompagnement et pratiques partenariales : que fait-on ensemble? », organisé par l'ARIFTS, Nantes les 13 et 14 juin 2013
- Rencontre régionale des acteurs de la solidarité, Conseil économique social et environnemental (CESER) et conseils de développement des Pays de la Loire sur " « Pays de la Loire, territoires de solidarités : Agir ensemble, pourquoi? comment? », Nantes, le 4 octobre 2013
- Rencontre de l'ARS sur "Aller vers les publics en situation de précarité : comment passer du principe aux actions?", Nantes, le 15 octobre 2013
- Rencontre territoriale des départements de Maine-et-Loire, de la Mayenne et de la Sarthe, Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, Préfecture de la région Pays de la Loire, Angers le 25 octobre 2013

Remerciements :

- Mme DUBOIS, ARS, Direction de l'efficience de l'offre
- M. ORIEUX, ARS, Département informatique et bureautique
- M. SEMECURBE, M. POUPON, M. DEMAURE, ARS, Direction Prévention et Protection de la Santé, Département Observation et Analyses
- Mme TROHEL, ARS, Direction de l'Accompagnement et des Soins, Département Accompagnement médico-social

- M. DELALANDE, ARS, Direction de l'Accompagnement et des Soins, Département Accompagnement médico-social
- M. ALLARD, Commission des usagers CRSA et UFC-Que Choisir ?
- Mme OGE et Mme PICHON, Direction de l'Efficienc e de l'Offre, Département d'Évaluation des Politiques de Santé et dispositifs.

**12. SYNTHÈSE DES RESULTATS DE
L'ENQUÊTE SUR DES PARCOURS
SINGULIERS DE SANTÉ DE PERSONNES
DITES « EN GRANDE VULNERABILITÉ »
RÉALISÉE PAR LE LABORATOIRE
« ESPACE ET SOCIÉTÉ » DE L'UNIVERSITÉ
D'ANGERS**

Le rapport complet est disponible auprès de l'ARS ou de l'Université d'Angers.

Synthèse

Dans le cadre de l'évaluation du Projet Régional de Santé des « populations en grande vulnérabilité », l'Agence Régionale de Santé des Pays de Loire a sollicité le laboratoire Espaces et Sociétés de la Faculté d'Angers pour réaliser une partie des investigations menées dans le cadre de cette démarche. La temporalité définie pour cette étude ne permettant pas un véritable travail évaluatif des parcours singuliers des personnes dites « en grande vulnérabilité », ce travail s'est attaché à réaliser une étude préliminaire sur les questionnements de l'ARS.

Etat des lieux des travaux réalisés sur la santé des personnes dites en « grande vulnérabilité »

Dans un premier temps, il a été question d'un état des lieux des travaux réalisés sur la santé des « personnes en grande vulnérabilité ». Cette recherche exploratoire nous enseigne que le terme vulnérabilité regroupe des réalités aussi diverses que variées. Dans son acceptation large, il renvoie à la fragilité d'un état, qui peut conduire à une situation de dépendance. Cette même nomination catégorielle peut ainsi aussi bien regrouper des personnes dites âgées que des personnes « exclues ». Ce point permet de situer l'importance d'une réflexion préalable à l'emploi et l'utilisation des catégories.

Cette première étape a permis d'observer la diversité des types d'approches employés pour observer les différentes problématiques qui se réfèrent à cette thématique de recherche. Pour que la phase d'investigation des travaux puisse aboutir, il a fallu observer la manière dont cette thématique a pu être abordée et redéfinir les critères de recherche. L'expression « personnes en grande vulnérabilité » a ainsi été envisagée sous de nouvelles significations : personnes en situation de précarité, personnes en situation sociale difficile, personnes sans domicile fixe, personnes migrantes...

Au-delà de la définition des populations, les travaux réalisés sur cette thématique étant aussi nombreux que dispersés, ils ont été regroupés en fonction de leur objet.

En premier lieu ont été considérées les études relatives aux inégalités sociales de santé. La majorité, d'ordre quantitatives, se sont appuyées sur des indicateurs sociodémographiques et économiques afin d'établir des liens de causalité entre situation de précarité et état de santé. Outre le fait que la situation sociale et économique présenterait des facteurs de risque en

matière de santé, certains travaux témoignent des inégalités sociales de santé face à l'accès aux soins rendu difficile.

Bien que des dispositifs spécifiques aient été mis en place pour tenter de réduire ces inégalités, de nombreuses études montrent qu'ils ne suffisent pas à rendre compte de l'entrée des personnes en situation de précarité dans le système de soins. De multiples entraves à l'accès aux soins persistent : difficultés d'accès aux droits, difficultés pratiques (méconnaissance des centres de soins, barrière linguistique...), ou bien encore une intériorisation des normes médicales complexe (par exemple du point de vue du rapport au temps des personnes sans domicile fixe).

Au-delà du constat des difficultés d'accès aux soins, un autre niveau d'observation peut permettre d'explorer les processus en jeu dans l'usage des centres de soins. En interrogeant les relations entre soignants et soignés peut être envisagée la complexité des rapports. Dans un premier temps, le recours à des dispositifs spécifiques peut entraîner de fortes questions identitaires pour les personnes qui en bénéficient. Peuvent en effet s'opérer des phénomènes de stigmatisation pour ces populations ciblées par les dispositifs, ces dernières étant ainsi renvoyées à leur propre situation.

La relation entre soignants et soignés est également marquée par un échange par nature déséquilibré, dès lors que le premier est porteur du savoir et que le second est en position de demande face au professionnel. Cette relation dissymétrique peut ainsi affecter l'expérience vécue de la relation de soins. Les interactions qui agissent ainsi dans la relation médicale laissent entrevoir un processus de négociation entre ces deux positions distinctes. Cependant, pour que le patient devienne acteur dans ce processus, il faut qu'il ait auparavant intériorisé les normes médicales et le fonctionnement du système de santé.

L'analyse des informations recueillies lors des entretiens collectifs

Dans un second temps, deux entretiens collectifs ont été réalisés afin d'explorer les parcours singuliers de santé des populations concernées. Les personnes ayant participé aux entretiens présentaient des situations et parcours différents.

Un premier groupe constitué était ainsi représenté par un demandeur d'asile et une personne accueillie en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale à Saumur. Le deuxième groupe était, quant à lui, composé de 12 personnes accueillies en Maison Relais à Angers.

Les thématiques qui ont émergé lors des entretiens collectifs réalisés dans le cadre de cette étude pourraient être regroupées sous deux ensembles. Nous pouvons en effet distinguer ce que nous pourrions qualifier d'entraves pratiques à l'accès aux soins, et dans un second temps, des logiques subjectives propres à la singularité des personnes rencontrées, de par leur histoire, leur vécu et leur parcours.

Lors des entretiens ont ainsi été relatées de manière récurrente les difficultés pratiques liées aux lourdeurs administratives, dès lors qu'il s'agit de demander l'affiliation à la CMU, le manque de ressources financières, la barrière de la langue pour les personnes étrangères et la méconnaissance des centres de soins gratuits pour les personnes ne pouvant relever du système de droit commun. Il semblerait également que les personnes bénéficiant de la CMU se voient refuser le soin par certains spécialistes, notamment les dentistes.

Dans un second temps, les hypothèses formulées dans les difficultés d'accès aux soins font appel à des logiques plus individuelles, propres à chaque individu. Si pour certaines personnes, des expériences douloureuses dans le parcours de soin les conduisent à y renoncer, pour d'autres, l'angoisse de mort peut mener à des conduites d'évitement, voire de fuite des centres de soins, par la peur de la découverte du diagnostic. Le rapport au corps, bien que peu évoqué lors des entretiens, laisse paraître une relative distanciation, notamment du fait d'une priorisation des problématiques rencontrées quotidiennement.

Mais lorsque les personnes parviennent à entrer dans les institutions porteuses de soin, elles semblent être en demande d'un accompagnement spécifique, allant au-delà de la simple élaboration du diagnostic. Est ainsi revendiqué un espace d'échange dans le rapport entretenu avec la personne soignante, allant au-delà de la seule observation biologique de l'être.

La difficulté à intérioriser les normes médicales empêche alors de rentrer dans la négociation propre à la relation de soin, processus permettant de remanier la dissymétrie du rapport entre le soignant et le soigné. Si ces problématiques peuvent concerner l'ensemble de la population, elles peuvent se voir renforcer pour les personnes en situation de précarité. La mobilisation de ressources nécessaires pour entrer dans la relation de soin peut en effet être compromise par des conditions d'existence difficiles et une altération de l'image de soi.

Par ailleurs, les règles de fonctionnement et les normes instituées par la profession médicale imposent des contraintes aux patients. Elles restreignent certains espaces de liberté en soumettant la personne à des conduites et comportements à tenir, par exemple dans le cadre d'un traitement. Le refus de soin pourrait ainsi s'exprimer à travers une volonté d'avoir le choix, de compromettre une relative forme de contrôle.

Il apparaît complexe de pouvoir attribuer ces problématiques à l'ensemble des populations concernées par cette étude, dès lors qu'elles se réfèrent parfois à des parcours singuliers et des expériences vécues propres à chacun. Si la distinction entre les spécificités des populations concernées doit être marquée, celles entre les différentes personnes représentant le groupe peuvent également être soulignées.

Perspectives de réflexion

La première difficulté rencontrée dans cette démarche de recherche, à savoir la complexité à identifier les « personnes en grande vulnérabilité », incite une mise au travail de

l'emploi des catégories, dès lors que ces dernières conditionnent la lecture des phénomènes observés. Il apparaît nécessaire de cibler d'avantage les populations qui intéressent les interrogations, les envisager dans leur spécificité, sans pour autant omettre la singularité propre à chaque individu.

La méthode de recherche employée laisse envisager un niveau d'exploration plus individuel (par le biais d'entretiens individuels par exemple). Le phénomène de groupe contraint l'expression individuelle dès lors qu'il s'agit du registre personnel. Le rapport que les personnes entretiennent avec leur corps semble un point non sans la moindre importance dès lors qu'il s'agit des questions de santé. De fait, envisager une enquête ultérieure à un niveau plus individuel permettrait d'envisager de nouvelles pistes de réflexion. De même, l'exploration de la relation soignant-soigné de manière plus approfondie devrait permettre de comprendre les processus à l'œuvre dans les rapports entretenus entre bénéficiaires du soin et personnes administrant le soin.

13. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE DELPHI CONFIEE AU CABINET PLANETE PUBLIQUE ET LISTE DES EXPERTS PARTICIPANTS



Déroulement de l'enquête Delphi – Note explicative

1. Qu'est-ce que la méthode DELPHI ?

▪ Objectif

La méthode DELPHI a pour but de rassembler des avis d'experts sur un sujet précis et de mettre en évidence des convergences et des consensus sur les orientations à donner à un programme. Elle consiste à soumettre ces experts à des vagues successives de questionnements, qui génèrent des avis et qui permettent, par consolidation, d'identifier les orientations à retenir. Cette méthode trouve toute son utilité là où de nombreuses incertitudes pèsent sur la définition précise d'un projet et où de nombreuses questions se posent quant à son opportunité et sa faisabilité.

▪ Questionnements auxquels ces travaux vont contribuer

L'enquête Delphi souhaitée par l'ARS des Pays de la Loire s'inscrit dans le cadre de l'évaluation intermédiaire du programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Dans ce cadre, cette enquête menée auprès d'un panel d'experts régionaux doit spécifiquement contribuer à la sous-question : « Quelles seraient les situations de non recours justifiant la création de dispositifs spécifiques de santé « allant vers », l'adaptation de l'existant ne suffisant pas à régler la situation de non recours aux structures de santé ? » qui s'inscrit dans la question évaluative suivante : « La politique régionale de santé peut-elle permettre aux acteurs/promoteurs/établissements de mettre en œuvre la démarche « d'aller vers » ? ».

Ces questions interrogent la capacité des acteurs, dans le cadre du PRAPS, à imaginer, proposer et mettre en œuvre des modalités d'intervention permettant de toucher les publics en situation de vulnérabilité qui n'ont pas recours aux dispositifs sanitaires (droits, prévention, soins – premier recours et soins spécialisés – et accompagnement). Il s'agira, au travers de ces travaux, de décrire précisément les situations persistantes de non recours, et d'identifier dans quels cas la création de dispositifs spécifiques se justifie.

2. Votre rôle dans cette démarche

Dans cette enquête, votre rôle, en tant qu'expert, s'organisera autour de 4 grandes étapes :

1) L'étape 1 de « brainstorming » :

- *Objectif* : Cette première étape vise à identifier de façon exhaustive les différentes situations de non recours existantes sur le territoire ligérien en mettant en évidence les grandes tendances qui se dégagent et les cas extrêmes ou les situations donnant lieu à des interprétations divergentes.
- *Déroulement* : Concrètement, un questionnaire vous sera soumis permettant de **lister et de caractériser les différents cas de non-recours identifiés sur votre territoire et dans votre domaine d'expertise**, pour chaque grande catégorie de situations : droits ; prévention ; soins (premier recours et soins spécialisés) et accompagnement.

Calendrier : le premier questionnaire vous sera envoyé par mail le lundi 2 septembre. Vous disposerez alors de 15 jours pour nous retourner votre réponse complétée, soit jusqu'au lundi 16 septembre.

Une fois les réponses envoyées, nous procéderons à leur synthèse et analyse.

2) L'étape 2 de « stabilisation » :

- *Objectif* : Cette deuxième étape est consacrée au partage et à la consolidation des résultats du premier questionnaire. Elle vise à la fois à approfondir l'analyse des tendances générales observées et à favoriser la production d'un consensus sur les cas repérés et/ou sur les situations interprétées de façon divergente.
- *Déroulement* : Afin de préparer cette phase 2, une note synthétisant les principaux résultats de la première enquête vous sera envoyée. Un deuxième questionnaire vous sera ensuite transmis, afin de **recueillir vos avis et réactions sur les résultats ainsi obtenus**.

Cet ensemble conduira à la réalisation d'une description précise et organisée des situations de non-recours et des principales impasses identifiées dans les dispositifs d'adaptation du droit commun qui existent.

Calendrier : le second questionnaire vous sera envoyé par mail le lundi 23 septembre. Vous disposerez de nouveau de 15 jours pour nous le faire parvenir, soit jusqu'au lundi 7 octobre.

3) L'étape 3 de « proposition » :

- *Objectif* : Cette troisième étape vise à formuler des propositions permettant de remédier aux situations de non-recours et de non-adaptation identifiées.
- *Déroulement* : Comme pour les étapes précédentes, un questionnaire vous sera envoyé afin de **solliciter votre expertise pour identifier, pour chaque**

situation mise à jour, des réponses qui pourraient être mises en œuvre. Il pourra s'agir de création de nouvelles modalités d'accès ou de prise en charge, en dérogation du droit commun.

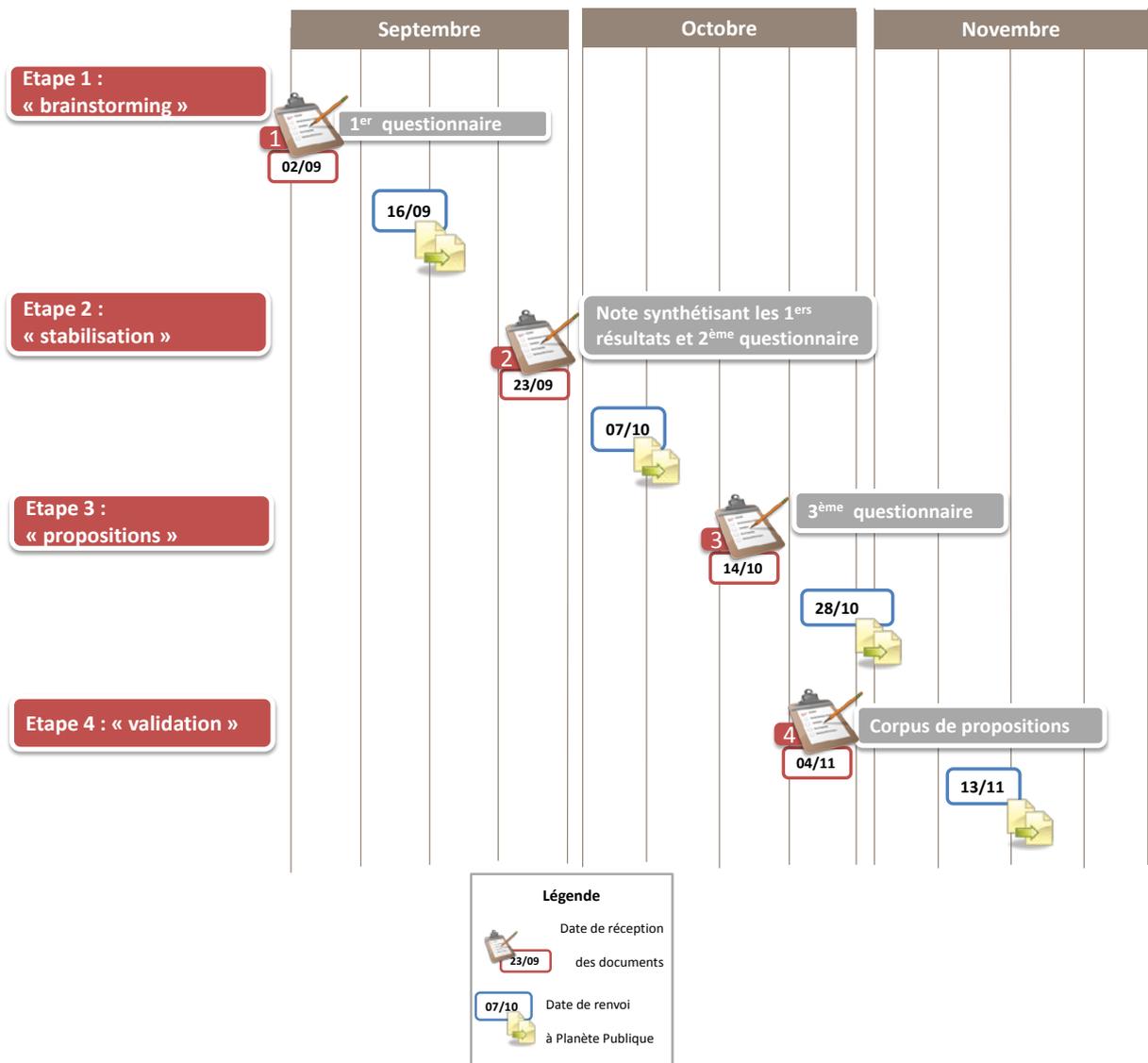
Calendrier : le troisième questionnaire vous sera envoyé par mail le lundi 14 octobre. Vous disposerez alors de 15 jours pour nous retourner votre réponse complétée, soit jusqu'au lundi 28 octobre.

4) L'étape 4 de « validation » :

- *Objectif* : Cette quatrième étape a pour but de partager et valider les propositions formulées avec l'ensemble du groupe d'experts participant à la démarche Delphi.
- *Déroulement* : Au cours de cette étape finale, vous recevrez le **corpus de propositions ainsi produit, sur lesquelles vous serez amené à réagir et à exprimer votre point de vue**. Plus précisément, nous vous demanderons de classer chaque proposition en fonction de différentes échelles et d'identifier les points clés relatifs à la pertinence et à la faisabilité de ces propositions.

Calendrier : le corpus de propositions vous sera envoyé par mail le lundi 4 novembre. Vous disposerez alors d'une dizaine de jours pour nous transmettre votre contribution, soit jusqu'au mercredi 13 novembre.

Calendrier récapitulatif

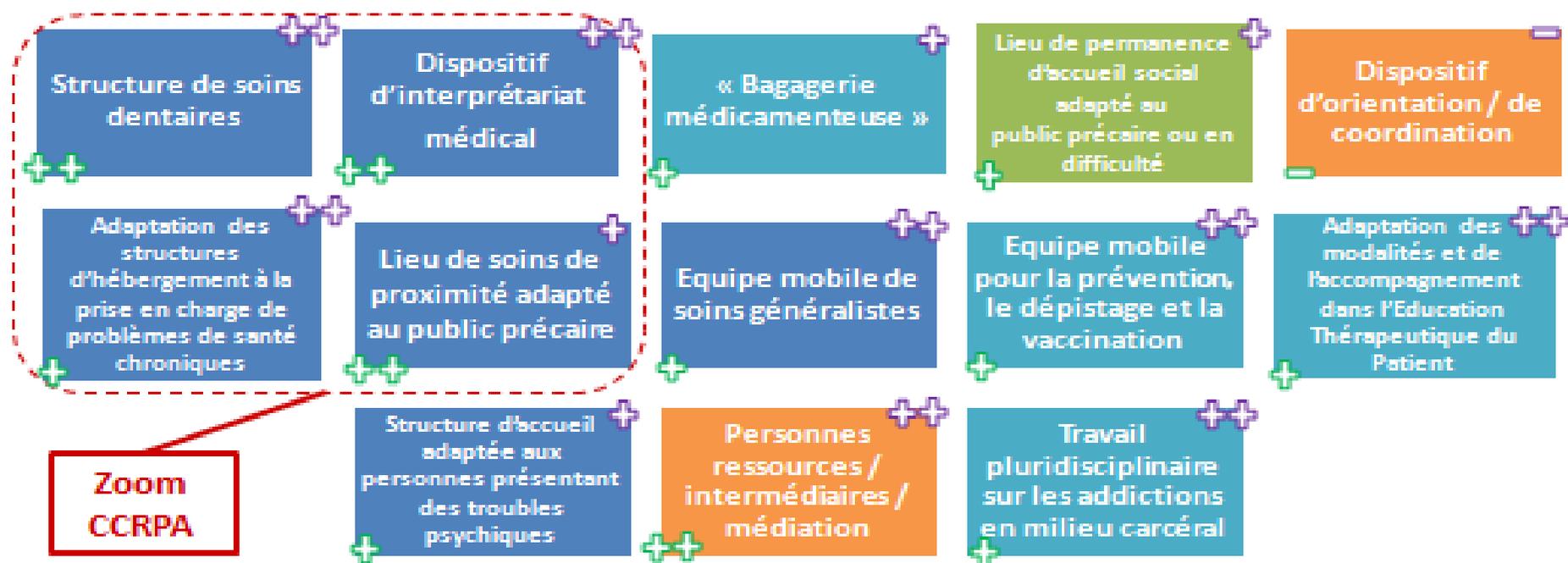


Liste des experts – Enquête Delphi

NOM Prénom	Structure	Fonction	Territoire(s) d'intervention
Philippe RONGERE	Chrs de l'Association l'ETAPE	Direction / Encadrement	Nantes et agglomération
Bruno BOUILLAUD	SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile), CSI (Centre de Santé Infirmier)	Direction / Encadrement	La Vendée
Mariam EL HASNAOUI	Résidence Sociale Nelson Mandela	Conseillère E.S.F	Le Mans
Fatma MESSAOUDI et Nathalie GARNIER	Direction santé publique Ville d'Angers	Direction / Encadrement	Quartier de Monplaisir à Angers - Ville
Pierre-Emmanuel NICOLAU	Association AURORE (salarié) / FNARS des Pays de la Loire (administrateur)	Direction / Encadrement	Département de Loire-Atlantique
Malika GLANNY	France terre d'asile pour les dispositifs : CADA/HUDA/ ASLL/ ALT et Accompagnement professionnel	Direction / Encadrement	Département du Maine et Loire
Sandrine LEGARDINIER	Ireps Pôle Sarthe	Direction / Encadrement	Département de la Sarthe
Irène PETITEAU	Association Trajet avec CHR5, CADA, Dispositif d'urgence et de sous location, Ateliers de formation et d'insertion par l'activité économique	Direction / Encadrement	Nantes Métropole et Pays de Retz (zone sud-ouest du Département)
Anne Marie Colette GESLIN	Conseil Général de la Mayenne	Direction / Encadrement	Plusieurs territoires d'exercice, dont un secteur rural dépourvu de médecin (RCE/RPE)
Armelle BARRE	Atelier Bara'Mel, chantier d'insertion de l'association TRAJET	Psychologue	Nantes
Michel NGUYEN	Toutes les structures et associations du Mans	Direction / Encadrement	Département de la Sarthe
Michel ALLANIC	Association	Libéral	Nantes et périphérie
Cécile NAULLEAU	Association TRAJET	Travailleur social	Territoire rural et périurbain
Maud MONNIER	Association TRAJET	Travailleur social	Territoire rural et périurbain et urbain
Mathieu LASSIERRA	Association TRAJET	Travailleur social	Nantes agglomération
Ségolène TREGOUËT	Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile de l'association Trajet	Travailleur social	Agglomération nantaise
Brigitte BLANC	Association PASSERELLES à La Roche sur Yon	Infirmier	La Roche sur Yon
Benoit ROUSSEAU	Association Montjoie	Direction / Encadrement	Département de la Sarthe
Elvire BORNAND	Ville de Nantes	Sociologue	Nantes
Philippe JARROUSSE	Médecins du Monde Pays de la Loire	Bénévole	Nantes et son agglomération

14. RESULTATS DE L'ENQUETE DELPHI

13 propositions de nouveaux dispositifs



Proposition 1 : Lieu de permanence d'accueil social adapté au public précaire ou en difficulté

Description du dispositif envisagé

Les caractéristiques du dispositif envisagé sont les suivantes :

- **un lieu rassemblant des compétences multiservices** : CAF, CPAM, travailleurs sociaux, juriste...
- **un accueil ouvert et sans condition**, spontané ou sur orientation, « sans logique de guichet ».
- **des modalités de prise en charge spécifiques** (exemple : supports d'animation pertinents et adaptés au public ciblé).

Remarque : trois professionnels soulignent la présence de ressources existantes et le fait qu'un tel dispositif doit être pensé en renforcement et complémentarité de l'existant (notamment les permanences de travailleurs sociaux des antennes solidarité du CG, maisons d'accueil de jour existantes, permanences du CCAS à Nantes) voire en fusionnant les dispositifs existants.

Echelle territoriale de mise en œuvre

- **Un lieu à proximité des personnes¹⁰⁰ ciblées** : la mise en œuvre d'un tel dispositif est envisagée au niveau local par 7 professionnels sur 8, afin de se rapprocher des lieux de vie des personnes précaires ou SDF.

Le niveau local retenu varie entre les professionnels : niveau communal (3/8) ; cantonal (1/8), centre-ville (1/8), ciblage de territoire précaire (1/8)...

Ciblage populationnel

La question du ciblage populationnel recueille un avis partagé :

- Sur les 8 professionnels ayant répondu à cette question, **4 pensent que le dispositif doit cibler une population spécifique** : public sdf, public en précarité, personnes isolées, jeunes en errance.
- Les 4 autres professionnels sont opposés à l'idée d'un ciblage populationnel spécifique.
-

Efficacité à réduire le non recours

7 professionnels sur 10 considèrent que la mise en place d'un tel dispositif permettrait de réduire le non-recours, notamment du fait de sa proximité et de sa souplesse (pas de logique de guichet, absence de rendez-vous).

Proposition 1
Efficacité à réduire le non recours



Source : PP, d'après enquête Delphi auprès de 10 professionnels des Pays-de-la-Loire, 2013

Faisabilité de la mise en place du dispositif

Enfin, la mise en place de ce premier dispositif est jugée faisable par 5 professionnels sur 8. Les limites à la mise en place d'un tel dispositif invoquées par les professionnels concernent plusieurs aspects : un aspect financier (2/8) ; des problématiques de gouvernance, liées à l'absence de synergie et de réseau (1/8) ; ainsi qu'une problématique d'accès (risque de limitation aux personnes domiciliées ou à même de l'être) (1/8).

Proposition 1
Faisabilité de la mise en place



Source : PP, d'après enquête Delphi auprès de 10 professionnels des Pays-de-la-Loire, 2013

Proposition 2 : Lieu de soins de proximité adapté au public précaire

Description du dispositif envisagé

Les caractéristiques que pourraient prendre le dispositif envisagé sont les suivantes :

- **Un lieu de prise en charge pluri professionnelle** alliant prise en charge sociale et médicale.
- **Un accueil sur orientation ou ouvert et inconditionnel.**
- **Un lieu accessible**, en termes de localisation, et prévoyant des facilités de transport et d'accueil des animaux, et **adapté au public précaire.**

→ **Plusieurs modèles sont évoqués pour le développement d'un tel dispositif** : « modèle du dispensaire », « une organisation de type Médecins du Monde », « sur l'exemple des PASS ».

Echelle territoriale de mise en œuvre

- **Un lieu créé au niveau local.** La mise en œuvre d'un tel dispositif est envisagée au niveau local par 7 professionnels sur 9 : dans la ville ou au centre-ville (4/9), au niveau de l'agglomération (2/9), au niveau communal. Un professionnel souligne l'importance d'un ciblage de territoires précaires.
- 2 professionnels soulignent l'intérêt d'une mise en place au niveau départemental.

Ciblage populationnel

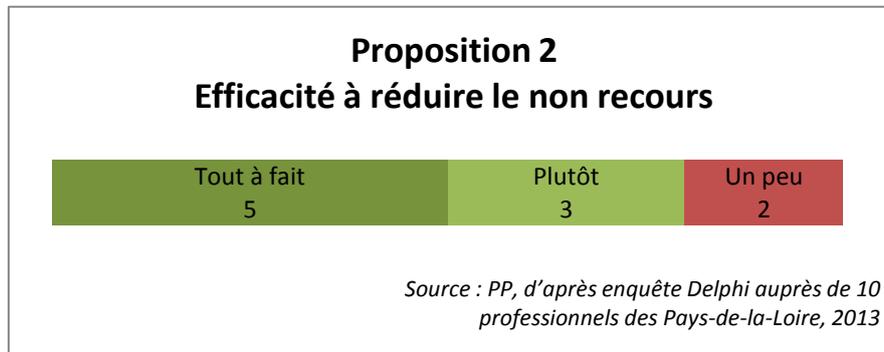
La question du ciblage populationnel recueille un avis partagé :

- Sur les 8 professionnels ayant répondu à cette question, **4 pensent que le dispositif doit cibler une population spécifique.** Les populations à cibler sont les personnes n'ayant pas de droits ouverts, le public en errance (2/9), le public sans hébergement et les personnes ayant des difficultés spécifiques d'accès au soin (allophones, problèmes sociaux ou comportementaux...), les grands exclus : sdf, personnes en sortie d'incarcération...
- **Les 4 autres professionnels sont opposés à l'idée d'un ciblage populationnel spécifique.** Un professionnel souligne notamment le risque de stigmatisation lié au ciblage, certaines personnes précaires ne souhaitant pas se rendre dans des lieux « trop connotés ».

Efficacité à réduire le non recours

8 professionnels sur 10 considèrent que la mise en place d'un tel dispositif permettrait de réduire le non-recours, notamment du fait de : son accessibilité, de la réactivité et facilité d'accès, notamment lié à l'absence d'avance de frais, de la connaissance et adaptation au

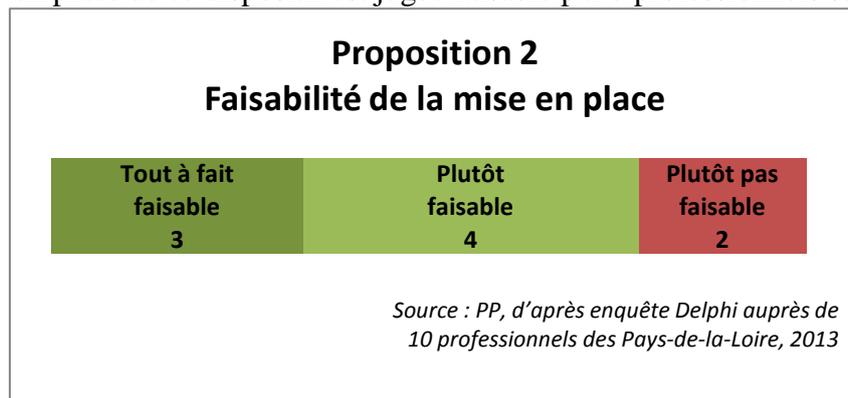
public précaire et de la présence simultanée de plusieurs professionnels en un même lieu ressource.



Remarque : un professionnel souligne qu'il existe déjà la PASS et des soins associatifs type Médecins du Monde pour répondre à ces problématiques. Pour un autre professionnel, ces expériences déjà existantes constituent un gage de l'efficacité d'un tel dispositif.

Faisabilité de la mise en place du dispositif

Enfin, la mise en place de ce dispositif est jugée faisable par 7 professionnels sur 9.



La faisabilité de la mise en place du dispositif repose cependant sur différents points soulignés par les professionnels :

- La question du **financement** et de la volonté des instances sanitaires de référence ;
- La question de la **mobilisation des professionnels** de santé et notamment de leur volonté à travailler en pluridisciplinarité ;
- La question de la **sélection** et de **l'inclusion des publics**.

Proposition 3 : Dispositif d'interprétariat médical

Description du dispositif envisagé

Les caractéristiques du dispositif envisagé sont les suivantes :

- Une mise à disposition d'interprètes pour les rendez-vous médicaux à partir de dispositifs existants : à travers un conventionnement, « prestations ponctuelles facturées aux donneurs d'ordre ».
- Un dispositif d'interprétariat téléphonique et/ou intervention avec accompagnement physique aux consultations clés.
- Des interprètes formés aux questions médicales et aux problèmes de précarité.
- Un service adapté à la gestion de la multiplicité des langues.

Echelle territoriale de mise en œuvre

- **Un lieu créé au niveau local.** La mise en œuvre d'un tel dispositif est envisagée au niveau local par 6 professionnels sur 10 : les niveaux communal (2/10) et de l'agglomération (1/10) sont notamment cités.
- 4 professionnels soulignent l'intérêt d'une mise en place au niveau départemental, notamment pour respecter l'égalité d'accès au niveau territoriale.

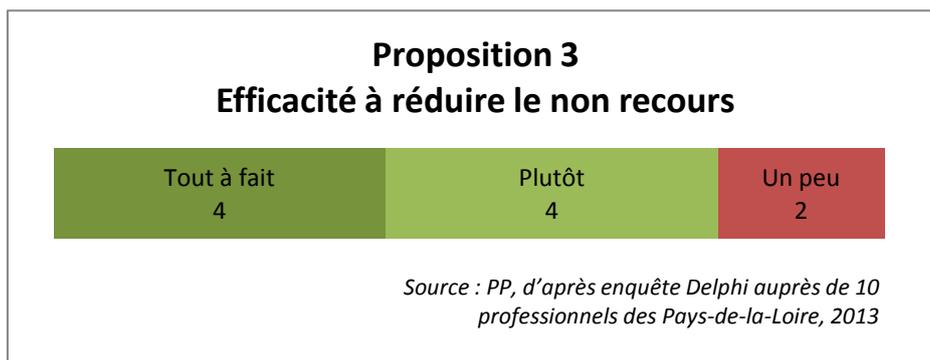
Ciblage populationnel

6 professionnels sur 9 considèrent qu'un tel dispositif devrait cibler certaines catégories de population. Les populations ciblées sont principalement les populations migrantes allophones, et en particulier les demandeurs d'asile, et les Sdf migrants. Un professionnel parle plus spécifiquement des « personnes étrangères isolées et en précarité dans les dispositifs d'accueil existants, ou repérées par les TS des CMS/CCAS »

Efficacité à réduire le non recours

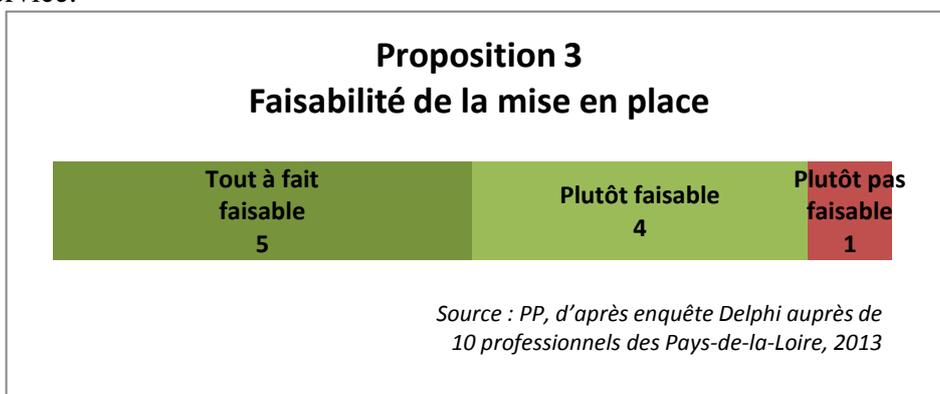
8 professionnels sur 10 considèrent que la mise en place d'un tel dispositif permettrait de réduire le non-recours, comme le montre le graphique suivant, notamment en limitant les freins à l'accès aux soins et en favorisant la compréhension, à travers un dispositif moins contraignant que l'existant.

Remarque : Un professionnel souligne les offres alternatives existantes : ASAMLA à Nantes, solidarité familiale, bénévoles, associations.



Faisabilité de la mise en place du dispositif

Un seul professionnel sur les 10 répondants considère la mise en place d'un tel dispositif comme peu faisable. Les questions posées sont de l'ordre du financement et de la réactivité d'un tel service.



Proposition 4 : Structure de soins dentaires

Description du dispositif envisagé

Les caractéristiques possibles du dispositif envisagé sont les suivantes :

- **Une permanence de soins dentaires** tenue par plusieurs dentistes.
- **Un rattachement à un centre hospitalier** et **personnel soignant formé** à la précarité (modèle de la PASS dentaire)
- Un service limité dans le temps et prodiguant plusieurs soins lors de la même consultation.
- Pour 2 professionnels, ce dispositif pourrait également prendre la forme d'une « **cellule mobile itinérante** » ou démarche d'aller-vers les personnes dans les lieux qu'elles fréquentent permettant de faire le lien vers les structures de soins.

Remarque : un professionnel souligne le besoin des personnes d'être accompagnées, surtout pour les prises en charge sur la durée. Un autre suggère de trouver une complémentarité avec les services dispensés par « l'école dentaire » à Nantes.

Echelle territoriale de mise en œuvre

La question de l'échelle territoriale de mise en œuvre recueille un **avis partagé** :

- La mise en œuvre d'un tel dispositif est envisagée au niveau local par 4 professionnels sur 8. Le niveau communal est notamment cité (1/8).
- 4 professionnels soulignent également l'intérêt d'une mise en place au niveau départemental.

Ciblage populationnel

7 professionnels sur 9 considèrent qu'un tel dispositif devrait cibler certaines catégories de population. Les populations ciblées sont principalement : les personnes en situation de précarité, et personnes n'ayant pas de droits ouverts ou de complémentaire, ainsi que les Sdf.

Efficacité à réduire le non recours

8 professionnels sur 9 considèrent que la mise en place d'un tel dispositif permettrait de réduire le non-recours, du fait de la souplesse de son fonctionnement, et à condition qu'il y ait une prise en charge financière des éventuelles dépenses suivant la consultation (prothèses...).

Remarque : un professionnel souligne le risque de la peur de la stigmatisation.

Proposition 4
Efficacité à réduire le non recours



Source : PP, d'après enquête Delphi auprès de 10 professionnels des Pays-de-la-Loire, 2013

Faisabilité de la mise en place du dispositif

Enfin, seul 1 professionnel sur 10 ayant répondu juge la mise en place de ce dispositif comme plutôt faisable, du fait de questions de disponibilité des professionnels de santé et des moyens humains nécessaires.

Proposition 4
Faisabilité de la mise en place



Source : PP, d'après enquête Delphi auprès de 10 professionnels des Pays-de-la-Loire, 2013

Proposition 5 : Dispositif d'orientation / de coordination

Description du dispositif envisagé

Les caractéristiques possibles du dispositif envisagé sont les suivantes :

- **Permanence d'accueil et d'orientation accessible** (remplaçant la plateforme téléphonique) : locaux, véhicule et transport en commun.
- Possibilité de **prendre appui sur les SIAO**, et renforcement par une équipe pluri professionnelle et pluridisciplinaire.
- **Financement de postes infirmiers et de médecins** afin de faciliter l'orientation des personnes vers les structures médico-sociales.

Echelle territoriale de mise en œuvre

- La mise en œuvre d'un tel dispositif est envisagée au niveau local par 2 professionnels sur 3 : au niveau de l'agglomération ou de la municipalité.
- 1 seul professionnel souligne l'intérêt d'une mise en place au niveau départemental.

Ciblage populationnel

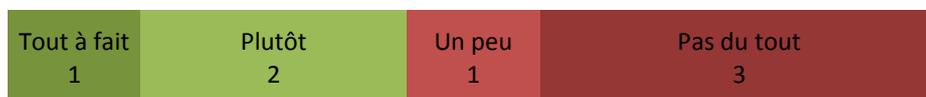
4 professionnels sur 6 considèrent qu'un tel dispositif ne devrait pas cibler certaines catégories de population. Seuls 2 professionnels considèrent le ciblage opportun. L'un d'entre eux considère que ce ciblage doit être défini après évaluation par les travailleurs sociaux de la permanence d'accueil.

Efficacité à réduire le non recours

Seuls 3 professionnels sur 7 considèrent que la mise en place d'un tel dispositif permettrait de réduire le non-recours.

- La majorité des professionnels répondants expliquent qu'un tel dispositif, ajouté aux autres dispositifs de coordination existants, constituerait une structure intermédiaire qui complexifierait encore l'accès et allongerait les délais, sans proximité avec les personnes ciblées.
- Pour les professionnels convaincus de l'utilité d'un tel dispositif, celui-ci permettrait de faciliter l'orientation vers les bonnes structures en conservant une coordination entre les divers intervenants, et de garantir l'équité dans le traitement des demandes

Proposition 5
Efficacité à réduire le non recours

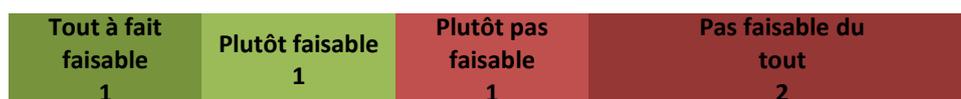


Source : PP, d'après enquête Delphi auprès de 10 professionnels des Pays-de-la-Loire, 2013

Faisabilité de la mise en place du dispositif

Enfin, la mise en place de ce dispositif est jugée faisable par 2 professionnels sur 5. Les professionnels doutant de la faisabilité d'un tel dispositif soulignent notamment la multiplicité des réponses et la diversité des structures dans le même champ.

Proposition 5
Faisabilité de la mise en place



Source : PP, d'après enquête Delphi auprès de 10 professionnels des Pays-de-la-Loire, 2013

Proposition 6 : Adaptation des structures d'hébergement à la prise en charge de problèmes de santé chroniques

Description du dispositif envisagé

Les caractéristiques possibles du dispositif envisagé sont les suivantes :

- Lieu de **coordination sanitaire et sociale** permettant d'héberger les personnes sur une durée d'au moins six mois, sur orientation médicale.
- Mise en place de **collaborations** des structures d'hébergement **avec des structures disposant de compétences** pour l'accompagnement des personnes concernées : équipes mobiles (EMPP, SAMSAH, SCAMPS, HAD, Addictologie...), structures psy ou médico-sociales...
- **Permanences établies** dans les structures à partir de ces liens pluri-partenariaux.
- Présence de **personnel médical et/ou paramédical** au sein des structures d'hébergement pour mettre en place un accompagnement global de la personne.

→ Exemple des Lits Halte Soins Santé.

Echelle territoriale de mise en œuvre

- 4 professionnels soulignent l'intérêt d'une mise en place au niveau départemental.
- La mise en œuvre d'un tel dispositif est envisagée au niveau local par 2 professionnels seulement.

Ciblage populationnel

Les 5 professionnels ayant répondu considèrent qu'un tel dispositif devrait cibler certaines catégories de population. Ces populations sont : les personnes sans hébergement, à la rue, les populations des centres d'hébergement, ainsi que le public en errance et les demandeurs d'asile.

Efficacité à réduire le non recours

5 professionnels sur 7 considèrent que la mise en place d'un tel dispositif permettrait de réduire le non-recours, à travers une meilleure prise en compte par les structures sociales de la dimension santé des publics accueillis. Pour l'un des professionnels, un tel dispositif pourrait permettre une réinsertion sur le plus long terme.

Proposition 6
Efficacité à réduire le non recours



Source : PP, d'après enquête Delphi auprès de 10 professionnels des Pays-de-la-Loire, 2013

Faisabilité de la mise en place du dispositif

Enfin, la mise en place de ce dispositif est jugée faisable par 7 professionnels sur 8. Un professionnel souligne cependant les risques de stigmatisation liés à la mise en place de ce dispositif.

Proposition 6
Faisabilité de la mise en place



Source : Planète Publique, d'après enquête Delphi auprès de 10 professionnels des Pays-de-la-Loire, 2013

Proposition 7 : « Bagagerie médicamenteuse »

Description du dispositif envisagé

Les caractéristiques possibles du dispositif envisagé sont les suivantes :

- **Bagagerie en centre-ville avec une grande amplitude horaire**, lieu d'échange et d'accueil.
- **Présence d'un médecin et de personnel para médical** (rôle de prévention, et échanges sur les traitements et la santé avec la personne).
- **Appui sur des structures existantes** pour orienter vers d'autres ressources : dispositifs ambulatoires avec personnel IDE ; CMP, LHSS, ACT, SAMSAH, CAARUD.

Remarque : un professionnel estime que ce dispositif pourrait-être envisagé et intégré dans le projet « dispensaire » (proposition 2).

Echelle territoriale de mise en œuvre

La mise en œuvre d'un tel dispositif est envisagée au niveau local par les 5 professionnels ayant répondu. Trois niveaux sont cités : la commune (3), l'agglomération (2) avec différents quartiers ciblés et la ville.

Ciblage populationnel

Les 5 professionnels ayant répondu considèrent qu'un tel dispositif devrait cibler certaines catégories de population : public en errance, personnes sans domicile, à la rue (3) ou hébergée, publics repérés avec mésusage de médicaments (addictions, personnes âgées), personnes en traitement, isolées, désorientées.

Efficacité à réduire le non recours

5 professionnels sur 8 considèrent que la mise en place d'un tel dispositif permettrait de réduire le non-recours, notamment en permettant de réduire les pertes et les vols. L'un des professionnels souligne que cela permet de travailler l'observance, et d'apporter le soutien nécessaire pour raccrocher au droit commun.

Les professionnels n'envisageant pas d'un tel dispositif soulignent la difficulté à traiter de manière isolée la question des médicaments, dans le cadre plus global de la santé des personnes à la rue.

Proposition 7
Efficacité à réduire le non recours



Source : Planète Publique, d'après enquête Delphi auprès de 10 professionnels des Pays-de-la-Loire, 2013

Faisabilité de la mise en place du dispositif

Enfin, la mise en place de ce dispositif est jugée faisable par 5 professionnels sur 7.
- Pas faisable si non associé à l'éducation thérapeutique car dans ce cas pas d'observance.
Difficulté : limitation géographique.

Proposition 7
Faisabilité de la mise en place



Source : Planète Publique, d'après enquête Delphi auprès de 10 professionnels des Pays-de-la-Loire, 2013

Proposition 8 : Equipe mobile de soins généralistes

Description du dispositif envisagé

Les caractéristiques possibles du dispositif envisagé sont les suivantes :

- **Equipe pluridisciplinaire de soignants** formés aux problématiques de précarité.
- Utilisation d'un **camion mobile pour aller-vers** les structures d'accueil de jour d'hébergement du dispositif d'urgence, et les autres structures d'hébergement...

Echelle territoriale de mise en œuvre

- La mise en œuvre d'un tel dispositif est envisagée au niveau local par les 6 professionnels ayant répondu : l'agglomération (2), et le niveau communal (3) sont les deux niveaux cités.
- Seul 1 professionnel souligne l'intérêt d'une mise en place au niveau départemental.

Ciblage populationnel

Les 5 professionnels ayant répondu considèrent qu'un tel dispositif devrait cibler certaines catégories de population. Les populations ciblées sont les personnes à la rue (4), en logement, en squat, en traitement, isolées et désorientées.

Efficacité à réduire le non recours

5 professionnels sur 8 considèrent que la mise en place d'un tel dispositif permettrait de réduire le non-recours, notamment du fait de la « dynamique d'aller-vers et de lien » d'un tel dispositif, et de l'adaptation de ce type de prise en charge au public précaire.

Proposition 8
Efficacité à réduire le non recours



Source : Planète Publique, d'après enquête Delphi auprès de 10 professionnels des Pays-de-la-Loire, 2013

Faisabilité de la mise en place du dispositif

Enfin, la mise en place de ce dispositif est jugée faisable par 6 professionnels sur 7.

Remarque : un professionnel souligne l'intérêt des maraudes qui peuvent éventuellement signaler les personnes en situation de fragilité et qui favorisent l'accès vers le droit commun.

Proposition 8
Faisabilité de la mise en place



Source : Planète Publique, d'après enquête Delphi auprès de 10 professionnels des Pays-de-la-Loire, 2013

Proposition 9 : Equipe mobile pour la prévention, le dépistage et la vaccination

Description du dispositif envisagé

Les caractéristiques possibles du dispositif envisagé sont les suivantes :

- **Equipe mobile allant vers** les personnes précaires sous la forme d'actions collectives ou individuelles (idée d'un bus mobile pour les petites communes, notamment en milieu rural).
- **Diversité des thématiques abordées**, lien éventuel avec les grandes campagnes nationales.
- **Partenariat** des hôpitaux, cliniques et mutuelles.

Echelle territoriale de mise en œuvre

- La mise en œuvre d'un tel dispositif est envisagée au niveau local par 3 professionnels ayant répondu : le niveau communal (3) et l'Agglomération (2) sont ainsi cités.
- 2 professionnels soulignent quant à eux l'intérêt d'une mise en place au niveau départemental.

Ciblage populationnel

3 professionnels sur les 5 ayant répondu considèrent qu'un tel dispositif devrait cibler certaines catégories de population. 2 autres y sont opposés.

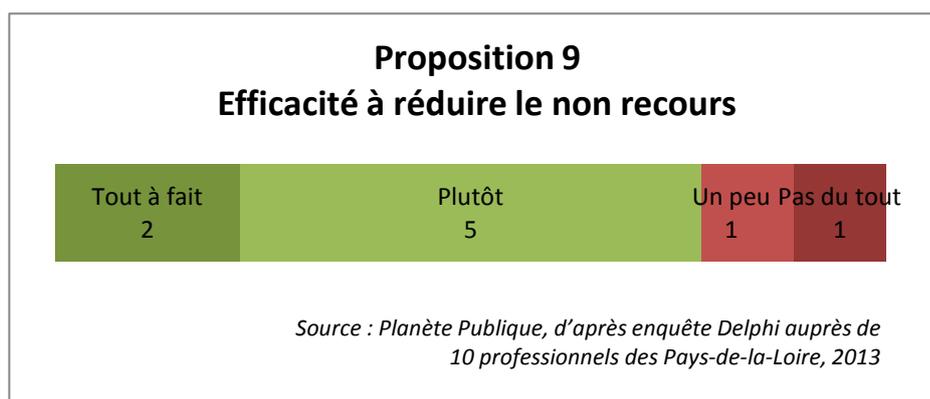
Les populations ciblées sont : le public en errance, et notamment les jeunes (2), les personnes en camps, les personnes hébergées, les prostitués, les personnes isolées et les personnes âgées en précarité.

Efficacité à réduire le non recours

7 professionnels sur 9 considèrent que la mise en place d'un tel dispositif permettrait de réduire le non-recours, notamment du fait de la réactivité d'un tel dispositif, et de la multiplicité des thématiques abordées. De plus, le fait d'aller vers les personnes qui ne se déplacent pas doit permettre d'informer et de travailler avec les personnes en amont, et de les orienter si besoin.

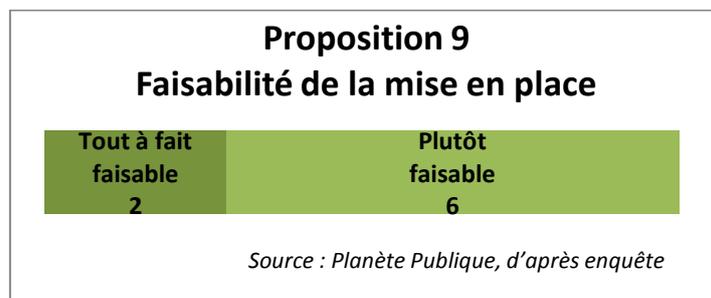
Les limites envisagées concernent la difficulté à inscrire cette démarche dans le temps, en lien avec le public précaire.

Remarque : Un des professionnels souligne qu'une telle démarche a déjà été expérimentée dans sa structure (Ville de Nantes). Un autre souligne l'existence du CDAG, disposant d'une équipe mobile, sur le territoire de la Loire-Atlantique.



Faisabilité de la mise en place du dispositif

Enfin, l'ensemble des 8 professionnels ayant répondu jugent la mise en place de ce dispositif faisable.



Proposition 10 : Adaptation des modalités et de l'accompagnement dans l'Education Thérapeutique du Patient

Description du dispositif envisagé

Les caractéristiques possibles du dispositif envisagé sont les suivantes :

- **Equipe mobile ou maraude** dans les lieux de fréquentation des personnes, disposant de ressources médicales.
- **Un accompagnement individuel** adapté à chaque personne.

Echelle territoriale de mise en œuvre

- La mise en œuvre d'un tel dispositif est envisagée au niveau local par 3 professionnels ayant répondu. Le niveau local recoupe : communes (2), agglomération, ainsi que directement au sein des établissements d'accueil ou d'hébergement.
- 2 professionnels soulignent quant à eux l'intérêt d'une mise en place au niveau départemental.

Ciblage populationnel

4 professionnels sur les 5 ayant répondu considèrent qu'un tel dispositif devrait cibler certaines catégories de population. Les populations à cibler sont : les personnes ayant une pathologie chronique (type diabète, VIH...), les personnes malades non autonomes, les personnes isolées, jeunes en errance et les personnes âgées en précarité.

Efficacité à réduire le non recours

5 professionnels sur 7 considèrent que la mise en place d'un tel dispositif permettrait de réduire le non-recours, notamment en permettant de toucher une population qui ne se déplace pas ou nécessitant une adaptation de l'ETP.

Remarque : Un des professionnels souligne qu'une telle démarche a déjà été expérimentée dans sa structure (Ville de Nantes).

Proposition 10
Efficacité à réduire le non recours



Source : Planète Publique, d'après enquête Delphi auprès de 10 professionnels des Pays-de-la-Loire, 2013

Faisabilité de la mise en place du dispositif

Enfin, l'ensemble des 6 professionnels ayant répondu jugent la mise en place de ce dispositif faisable.

Proposition 10
Faisabilité de la mise en place



Source : Planète Publique, d'après enquête Delphi auprès de 10 professionnels des Pays-de-la-Loire, 2013

Proposition 11 : Structure d'accueil adaptée aux personnes présentant des troubles psychiques

Description du dispositif envisagé

Les caractéristiques possibles du dispositif envisagé sont les suivantes :

- **un lieu d'accueil et d'hébergement polyvalent** : capacité à accueillir dans un collectif mais aussi en logement individuel.
- **une équipe pluridisciplinaire** proposant un accompagnement supervisé par des professionnels en psychiatrie
- un lien fort avec les centres hospitaliers.

Remarque : un des professionnels suggère de regarder l'expérience menée actuellement dans les villes de Paris, Lille, Marseille et Toulouse sur l'accès au logement dans le champ de la santé mentale suite au rapport du professeur Girard de 2009 (source : Bilan d'activité Juin 2013 UCSDB – Volet opérationnel – Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées, DIHAL).

Echelle territoriale de mise en œuvre

- La mise en œuvre d'un tel dispositif est envisagée au niveau départemental par 5 professionnels.
- 2 professionnels soulignent quant à eux l'intérêt d'une mise en place au niveau local.

Ciblage populationnel

5 professionnels sur les 6 ayant répondu considèrent qu'un tel dispositif devrait cibler certaines catégories de population. Les populations à cibler sont les personnes en grande précarité (accueillies ou à la rue) et atteintes d'une pathologie psychique.

Efficacité à réduire le non recours

6 professionnels sur 7 considèrent que la mise en place d'un tel dispositif permettrait de réduire le non-recours, en apportant une réponse adaptée au besoin de prise en charge sur le long terme des personnes les plus précaires. Selon les professionnels, un tel dispositif pourrait permettre de donner des repères aux personnes désorientées, voire d'éviter l'enfermement en trouvant des alternatives.

Remarque : Deux professionnels soulignent qu'un tel dispositif ne doit pas se substituer aux soins psychiatriques, et rappellent l'existence « d'accueils modulés » pour l'accompagnement de certaines situations de crises.

Proposition 11
Efficacité à réduire le non recours



Source : Planète Publique, d'après enquête Delphi auprès de 10 professionnels des Pays-de-la-Loire, 2013

Faisabilité de la mise en place du dispositif

Enfin, la mise en place de ce dispositif est jugée faisable par 4 professionnels sur 6. Un professionnel souligne cependant certains points de vigilance : la complexité du financement, la difficulté à créer la structure et à trouver du personnel compétent et adapté.

Proposition 11
Faisabilité de la mise en place



Source : Planète Publique, d'après enquête Delphi auprès de 10 professionnels des Pays-de-la-Loire, 2013

Proposition 12 : Personnes ressources / intermédiaires / médiation

Description du dispositif envisagé

Remarque : plusieurs professionnels soulignent la différence existante entre les personnes ressources au sein des institutions et les médiateurs qui font le lien.

Il émane de cette distinction trois types de dispositifs décrits :

1. **Permanence d'accès unique** sur l'information/recours ou litige avec orientation vers les professionnels qualifiés
 - **géré par les mutuelles et la CPAM** et accessible directement ou par téléphone.
2. Des **personnes ressources** au sein des institutions.
3. Des **médiateurs issus des populations précarisées** et formés à la médiation.
 - professionnels mobiles, correspondants accessibles aux structures sociales en charge des personnes au quotidien.

Echelle territoriale de mise en œuvre

- La mise en œuvre d'un tel dispositif est d'abord envisagée au niveau départemental par 4 professionnels.
- 2 professionnels soulignent quant à eux l'intérêt d'une mise en place au niveau local (par quartier).
- 1 professionnel pense que le dispositif devrait être mis en place au niveau régional.

Ciblage populationnel

4 professionnels sur les 7 ayant répondu considèrent qu'un tel dispositif ne devrait pas cibler certaines catégories de population. Les populations à cibler sont : les personnes à la rue ou habitant dans des quartiers précaires, les personnes isolées, les jeunes en errance, les personnes âgées en précarité. Les « associations caritatives » sont également citées.

Efficacité à réduire le non recours

5 professionnels sur 6 considèrent que la mise en place d'un tel dispositif permettrait de réduire le non-recours, notamment en permettant une meilleure compréhension entre personnes précaires et institutionnels, à travers un interlocuteur unique maîtrisant les dispositifs. Cela pourrait permettre de débloquer certaines situations administrativement complexes

Remarques : un professionnel souligne qu'un dispositif similaire existait auparavant et avait montré toute sa pertinence (CAF, CPAM). Un autre professionnel souligne qu'une expérimentation de ce type est actuellement réalisée au CCAS de Nantes (dans les orientations stratégiques visant à sécuriser les parcours de vie).

Proposition 12
Efficacité à réduire le non recours



Source : Planète Publique, d'après enquête Delphi auprès de 10 professionnels des Pays-de-la-Loire, 2013

Faisabilité de la mise en place du dispositif

Enfin, l'ensemble des 7 professionnels ayant répondu jugent la mise en place de ce dispositif faisable.

Proposition 12
Faisabilité de la mise en place



Source : Planète Publique, d'après enquête Delphi auprès de 10 professionnels des Pays-de-la-Loire, 2013

Proposition 13 : Travail pluridisciplinaire sur les addictions en milieu carcéral

Description du dispositif envisagé

Les caractéristiques possibles du dispositif envisagé sont les suivantes :

- **une équipe pluridisciplinaire** : infirmier, médecin, intervenant en addiction.
- **un travail en partenariat avec différentes structures spécialisées** : UCSA, CAARUD, SPIP l'USMP (Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire) et AP.
- **un repérage des personnes concernées en amont.**

Echelle territoriale de mise en œuvre

- La mise en œuvre d'un tel dispositif est envisagée au niveau départemental par 3 professionnels.
- 1 professionnel pense que le dispositif devrait être mis en place au niveau local.

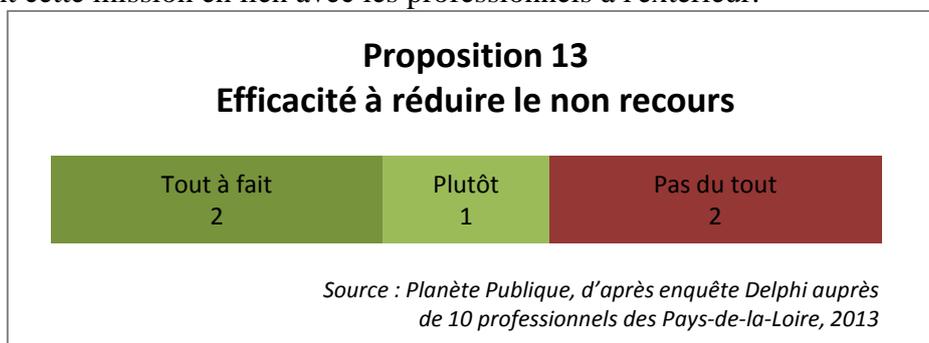
Ciblage populationnel

3 professionnels sur les 4 ayant répondu considèrent qu'un tel dispositif devrait cibler certaines catégories de population. Ces populations à cibler sont : les jeunes avec des comportements à risque et les personnes « en addiction ».

Efficacité à réduire le non recours

3 professionnels sur 5 considèrent que la mise en place d'un tel dispositif permettrait de réduire le non-recours, notamment en permettant de limiter l'isolement des référents addictions au sein du milieu carcéral.

Remarque : deux professionnels soulignent l'existence des CSAPA pénitentiaires qui remplissent cette mission en lien avec les professionnels à l'extérieur.



Faisabilité de la mise en place du dispositif

Enfin, l'ensemble des 4 professionnels ayant répondu jugent la mise en place de ce dispositif plutôt faisable.

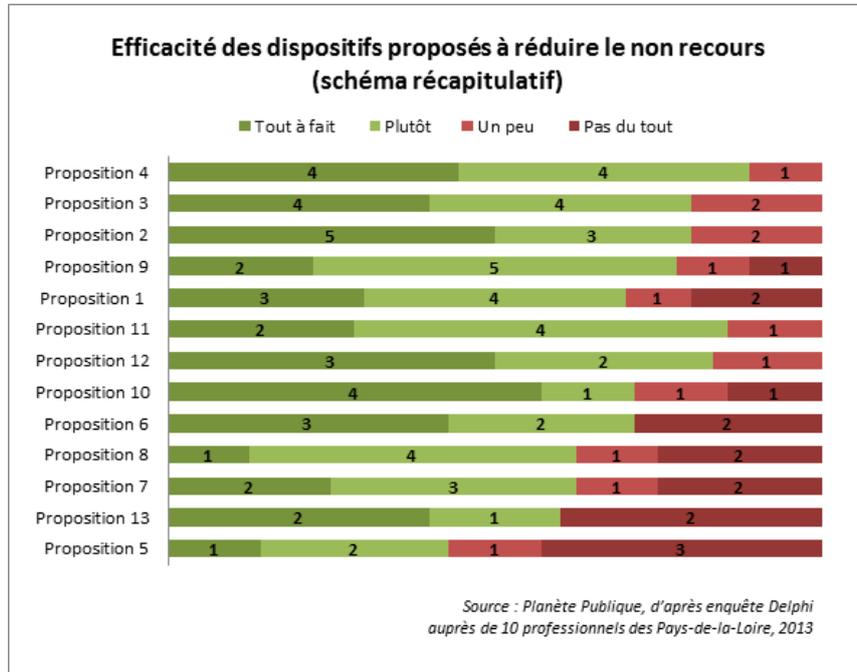
Proposition 13
Faisabilité de la mise en place

Plutôt
faisable
4

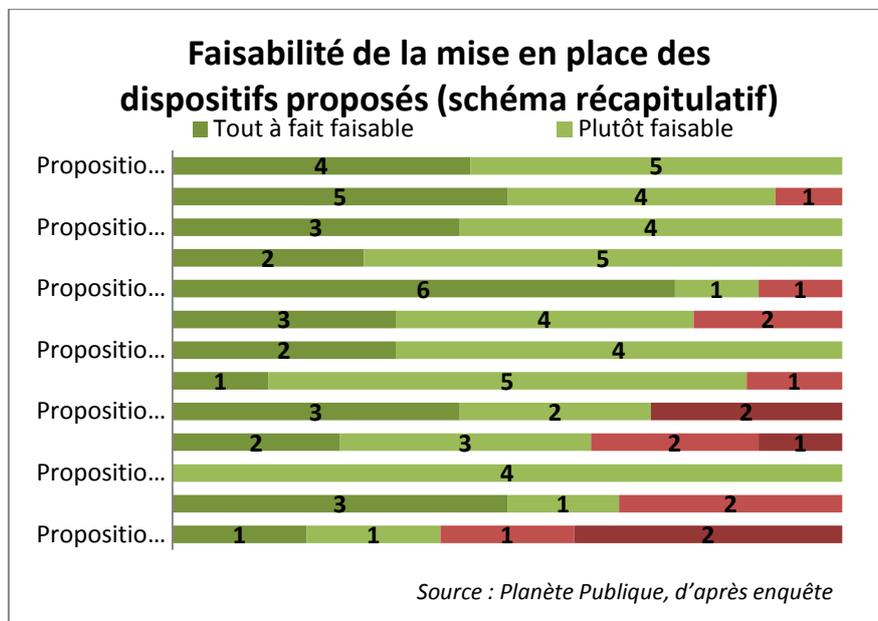
*Source : Planète Publique, d'après enquête Delphi
auprès de 10 professionnels des Pays-de-la-Loire, 2013*

Synthèse

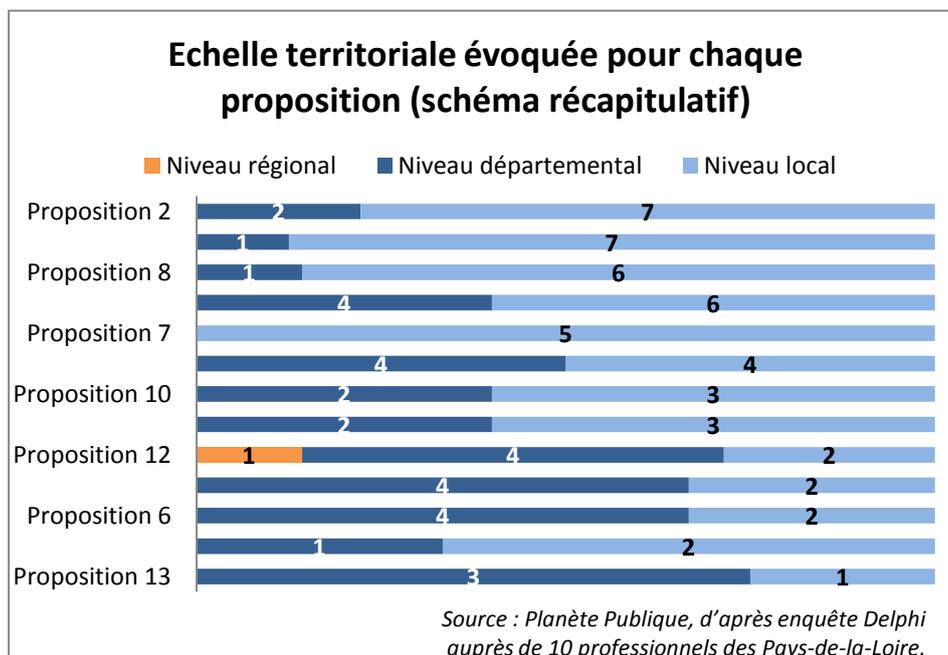
Comparaison de l'efficacité des dispositifs proposés à réduire le non recours



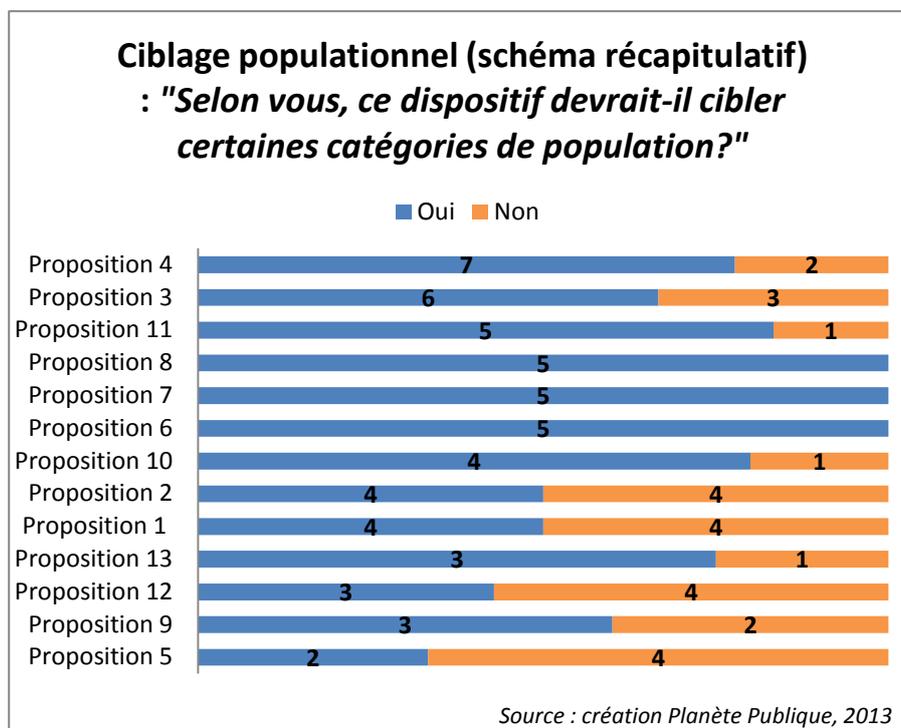
Comparaison de la faisabilité de la mise en place des dispositifs proposés



Comparaison de l'échelle territoriale évoquée pour chaque dispositif proposé



Comparaison du ciblage populationnel évoqué pour chaque dispositif



Confrontation de 4 propositions aux attentes des membres du CCRPA

1. Soins dentaires

Problèmes identifiés : démarches compliquées, délais longs, tarifs trop élevés, mauvais accueil des professionnels de santé...

Dispositifs mobilisables : aides financières caritatives, PASS, AME, ACS, informations auprès de travailleurs sociaux et d'associations

Réponses possibles :

- Permanence de soins dentaires tenue par plusieurs dentistes
- Rattachement à un centre hospitalier et personnel soignant formé à la précarité (modèle de la PASS appliqué au dentaire)
- Service limité dans le temps et prodiguant plusieurs soins lors de la même consultation
- Développement des infos par l'AM (antennes, numéro vert, veille des « sans mutuelle »,...)

2. Lieux de proximité

Problèmes identifiés : respect des horaires des cabinets médicaux

Dispositifs mobilisables : centres de santé aux horaires plus larges, conseil à la pharmacie, meilleur accueil par secrétariat

Réponses possibles :

- Lieu de prise en charge pluri-professionnelle alliant prise en charge sociale et médicale
- Accueil sur orientation ou ouvert et inconditionnel
- Lieu accessible et adapté au public précaire (localisation, facilités de transport et d'accueil des animaux...)
- Des modèles retenus : « modèle du dispensaire », « organisation de type Médecins du Monde », « exemple des PASS »
- Transport accompagné

3. Dispositif d'interprétariat médical

Dispositifs mobilisables : durée de consultation, adaptation du langage médical

Réponses possibles :

- Service d'interprétariat : mise à disposition d'interprétariat téléphonique et/ou intervention avec accompagnement physique aux consultations clés
- Des interprètes formés aux questions médicales et aux problèmes de précarité
- Un service adapté à la gestion de la multiplicité des langues

- Colorisation de la signalétique à l'hôpital (sol, prescriptions)
- Plans d'hôpitaux, adaptés
- Outils de communication adaptés

4. Adaptation des structures d'hébergement à la prise en charge des problèmes de santé chroniques

Dispositifs mobilisables : Visite à domicile des médecins et des IDE

Réponses possibles :

- Lieu de coordination sanitaire et sociale : hébergement sur une durée d'au moins 6 mois, sur orientation médicale avec présence de personnel médical et/ou paramédical
- Collaborations des structures d'hébergement avec des structures d'accompagnement, psy ou médico-sociales : équipes mobiles (EMPP, SAMSAH, SCAMPS, HAD, addictologie...)
- Permanences établies dans les structures à partir de ces liens pluri-partenariaux
- ETP en social
- Formation aux premiers secours des personnels des centres d'hébergement

15. METHODE ET RESULTATS DE L'ENQUETE SOLEN MENEES PAR L'EQUIPE D'EVALUATION AUPRES D'ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

I. METHODOLOGIE

A. Objectifs et construction du questionnaire

Cette enquête visait à compléter les investigations menées pour cinq indicateurs sur trois champs de l'évaluation : la parole des usagers, la coordination des acteurs dans une logique de parcours et la prévention auprès des populations vulnérables.

Parole	<p>I10. Modalités d'application de l'article L. 311-6³ CASF (formes de participation des bénéficiaires au fonctionnement des ESMS) dans les établissements et services suivants (parmi ceux visés aux 8° et 9° de l'art. L.312-1 CASF) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CHRS - CADA - LHSS - ACT - CAARUD - CSAPA <p>Identification :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De la nature de la participation (information, consultation, co-décision ; individuelle / collective) - Des effets de la participation sur l'accès aux droits, à la prévention et aux soins
Coordination	<p>I23. Types d'outils spécifiques existants pour chaque phase du parcours de vie chez grands exclus, jeunes en errance et immigrés (Existence d'un recensement de ces outils spécifiques ; Modélisation de parcours PGV, en positionnant ces outils)</p> <p>I25. Modalités d'accompagnement concernant la santé des personnes par les structures sociales (grands exclus et jeunes en errance) – recensement du nombre d'actions</p>
Prévention	<p>I54. Modalités d'actions de prévention des structures d'accueil social</p> <p>I55. Niveau d'implication des associations de prévention au sein des structures d'accueil social</p>

³ Les établissements et services prenant en charge les populations en grande vulnérabilité sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux au sens de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, qui en dresse la liste. A ce titre, leurs sont applicables les dispositions légales relatives aux droits des usagers, en particulier celles relatives à leur participation au fonctionnement des ESMS. Le Conseil de Vie Sociale n'est pas une obligation pour tous les ESMS. En revanche, tous sont tenus d'organiser la participation des usagers. Le CASF précise ce que peuvent être les autres modalités. Certains types d'établissements et services visant plus particulièrement des catégories de populations en grande vulnérabilité, se voient notamment proposées des modalités de participation adaptées.

Le référentiel d'évaluation initial prévoyait un champ plus large (outre ceux visés, indicateurs i56, i61, i62 et i63); l'équipe d'évaluation a fait le choix de concentrer cette enquête sur les indicateurs susvisés pour ne pas générer une mobilisation abusive des établissements sondés (à noter que, en l'état, et tel que testé par l'équipe d'évaluation, le remplissage du questionnaire prenait de l'ordre de 10 minutes par établissement) et compte tenu des informations recueillies via les autres investigations.

Le champ de cette enquête, défini avec le comité de pilotage de l'évaluation, regroupait les catégories d'établissements et services suivants :

- Établissements sociaux : CHRS, CADA
- Établissements et services médico-sociaux : LHSS, ACT CAARUD, CSAPA

Les questions relatives à l'indicateur i10 (participation des usagers) étaient ouvertes à toutes les catégories de structures. A noter que le questionnaire ouvrait sur des modes de participation non visés par L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles (notamment les entretiens individuels avec les usagers).

En revanche, seuls les établissements sociaux étaient questionnés sur les autres indicateurs, l'objectif étant d'apprécier la prise en compte des questions de santé dans les établissements dont le cœur de métier est l'accompagnement social *stricto sensu*, et leurs relations avec les acteurs de santé et médico-sociaux.

Des questions fermées ont été privilégiées pour mobiliser le moins possible les répondants. Cependant, plusieurs questions comportaient une dimension ouverte (« autre – à préciser »). Par ailleurs, un espace d'expression libre sur les questions de santé des populations qu'ils accompagnent était ouvert à tous les répondants, en fin de questionnaire.

B. Déploiement de l'enquête et taux de réponse

- Enquête ouverte sur la plateforme Web SOLEN du 9/01/2014 au 30/01/2014 midi (clôture officielle le 29/01/2014 soir ; fermeture effective de l'enquête le 30/01/2014 midi)
- Information diffusée par messagerie électronique aux établissements ou gestionnaires d'établissements concernés les 9 et 10 janvier 2014
- Message de relance générale le 21 janvier (après ajustement du cadre d'enquête pour faciliter son accès, fondé sur une analyse des données disponibles à cette date)
- Message de rappel à la veille de la clôture (28 janvier 2014), avec remerciements et indications du taux d'exhaustivité provisoire (suite à analyse des données disponibles à cette date)
- A la clôture de l'enquête, extraction des résultats, identification des réponses exploitables pour constituer l'échantillon à analyser. N'ont été conservées que les entrées comportant l'identification certaine de la structure et au moins une réponse à l'une des autres questions ; les doublons ont été supprimés (en cas de double réponse, c'est la plus complète qui a été conservée, ou celle pour laquelle l'identification de la structure était au niveau le plus fin).

Le tableau suivant présente la composition *in fine* de l'échantillon par type de structures :

	Taille échantillon	Nombre de réponses 30/01	Taux de réponse 30/01
CADA	14	7	50%
CHRS	41	15	37%
L.H.S.S	4	0	0%
CAARUD	6	3	50%
CSAPA	10	5	50%
A.C.T	3	1	33%
total	79	31	39%

A noter que l'absence de réponse pour un type de structure donné ne signifie pas une absence de réponse du gestionnaire de la structure ; il était demandé de remplir un questionnaire par structure pour les gestionnaires de plusieurs établissements, demande contraignante qui a pu amener à ne pas répondre sur toutes les structures gérées (exemple LHSS).

Dans les développements suivants, pour chaque question du questionnaire, deux taux d'exhaustivité sont présentés :

- Le **taux d'exhaustivité absolu** correspond au rapport entre le nombre de réponses à la question et le nombre d'établissements ou services destinataires de l'enquête (79 au total, 55 pour les établissements sociaux) ;
- Le **taux d'exhaustivité relatif** correspond au rapport entre le nombre de réponses à la question et le nombre d'établissements ou services ayant fourni des réponses exploitables dans le cadre de l'enquête (31 au total, 22 pour les établissements sociaux).

La présente synthèse est structurée en référence aux indicateurs d'évaluation renseignée et déroule les questions correspondantes. Sauf mention contraire, les réponses sont formulées en pourcentage d'établissements répondants.

Par ailleurs, des citations des « commentaires libres » émis par les répondants ont été insérées en italique et entre guillemets dans les items correspondants.

II. RESULTATS

A. Nature et effets de la participation des usagers en matière de santé

1. Quelles sont les formes de participation des usagers au fonctionnement de l'établissement ou du service mises en œuvre dans votre établissement / service ?

Taux d'exhaustivité absolu : 39 %

Taux d'exhaustivité relatif : 100%

Entretiens individuels avec les usagers (formels ou non)	71%
Enquêtes de satisfaction	52%
Groupe d'expression	45%
Consultations des bénéficiaires sur les questions concernant l'organisation ou le fonctionnement	39%
Conseil de vie Sociale	35%
Autre forme 1 (préciser)	26%
Autre forme 2 (préciser)	3%
Autre forme 3 (préciser)	3%
Aucune	0%

Plusieurs réponses étant possibles, le total excède 100%.

Aucun des répondants ne déclare n'avoir mis en place aucune forme de participation.

Tous les répondants ont mis en place au moins une forme de participation (2,5 modalités en moyenne par établissement).

L'entretien individuel avec les usagers, formel ou non, apparaît la forme de participation la plus répandue (71% des établissements). Cette modalité n'est pas prévue par le code de l'action sociale et des familles.

Seconde forme la plus répandue, les enquêtes de satisfaction sont pratiquées dans plus de la moitié des structures répondantes (52%).

Parmi les modalités figurant dans la liste proposée aux répondants (donc hors réponses « autres »), les conseils de vie sociales sont les moins répandus (35% des structures).

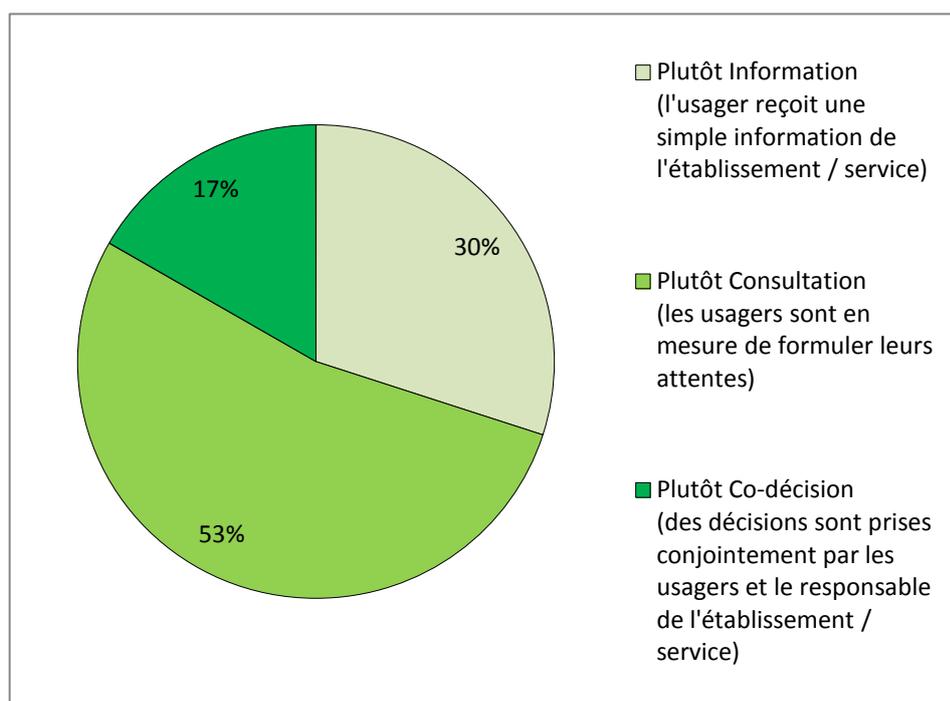
Au titre des « autres formes » exprimées par les répondants apparaissent notamment les modalités suivantes :

- réunion des résidents,
- conseil des résidents ressemblant dans sa forme à un conseil de vie sociale,
- réunion mensuelle des hébergés,
- art thérapie,
- groupes familles et conseil conjugal,
- démarche communautaire associative ou des usagers peuvent choisir de demeurer « personne accueillie – usager » ou de devenir « acteur » ou « volontaire »,
- temps d'expression lors des réunions d'information trimestrielles,

- contractualisation des séjours comportant des objectifs d'insertion sociale et professionnelle, d'accès aux droits, d'accès aux soins, réactualisés au moins tous les trois mois.

2. Comment qualifieriez-vous la portée de la participation des usagers, telle qu'elle est mise en œuvre dans votre établissement / service ?

Taux d'exhaustivité absolu : 38 %
Taux d'exhaustivité relatif : 97 %



En majorité, la participation des résidents telle qu'elle est organisée dans les structures est plutôt perçue comme un outil de consultation, permettant aux usagers de formuler leurs attentes.

Seules 17 % des structures jugent que c'est plutôt un outil de co-décision.

3. Les questions relatives à la santé sont-elles abordées dans les formes de participation mises en place ?

Taux d'exhaustivité absolu: 38%
Taux d'exhaustivité relatif : 97 %

Jamais	10%
Rarement	27%
Assez souvent	37%
Très fréquemment	27%

Plusieurs réponses étant possibles, le total excède 100%.

64 % des établissements consultés indiquent que les questions relatives à la santé sont abordées assez souvent (37%) ou très fréquemment (27%) dans le cadre des formes de participation mises en place.

A noter qu'il n'y a pas de différence significative entre catégories d'établissements : 64% des établissements sociaux déclarent les questions de santé évoquées « assez souvent » ou « très fréquemment », contre 63% des établissements médico-sociaux.

Une structure ayant indiqué que les questions de santé n'étaient « jamais » abordées dans le cadre de la participation a précisé sa réponse : ces questions ne sont jamais abordées lors des conseils de résidents car toutes les personnes accueillies ayant des maladies chroniques, la structure ne souhaite pas que des informations personnelles soient livrées dans ce cadre, et juge plus adapté le cadre d'un groupe de parole spécifique. Un autre commentaire libre souligne que « *La santé reste un domaine personnel : il est difficile de partager des informations entre le public et les professionnels. C'est possible lorsqu'une relation de confiance est créée.* »

Il ressort de certains commentaires libres que la santé est une priorité variable selon les publics : « *La santé n'est pas une priorité pour les usagers quand ils arrivent chez nous. C'est une fois que les autres difficultés sont réglées qu'ils peuvent y penser* » ; « *Le domaine du soin n'est pas forcément une priorité dans les urgences à traiter.* » ; « *L'accès aux soins fait partie des démarches prioritaires pour les demandeurs d'asile.* ».

4. Quand les questions de santé sont abordées dans le cadre de la participation, quels sont les sujets abordés ?

Taux d'exhaustivité absolu: 33%

Taux d'exhaustivité relatif : 84%

Droits (couverture maladie de base ou complémentaire)	77%
Hygiène	77%
Maladies infectieuses	58%
Activité physique / alimentation	54%
Addictions	54%
Organisation du système de santé	54%
Vaccination	50%
Relations affectives et sexuelles	42%
Santé mentale	42%
Autres	15%

Plusieurs réponses étant possibles, le total excède 100%.

Les questions les plus abordées dans le cadre de la participation des résidents touchent à la couverture maladie et à l'hygiène (77% des répondants). Les questions de santé mentale et d'addiction, alors même que ces problématiques sont réputées être assez prégnantes pour une partie des personnes en grande vulnérabilité, ne sont abordées respectivement que dans 42% et 54% des structures.

Cet ordre de grandeur masque des différences entre établissements sociaux et établissements médico-sociaux dans l'importance relative des sujets abordés. Les différences entre les sujets les plus abordés semblent fortement corrélées aux problématiques des publics accueillis.

Ainsi, par exemple :

- les sujets abordés dans la majorité des CHRS sont l'hygiène, les droits et l'activité physique/alimentation ;

- C'est dans les CADA que les questions sur l'organisation du système de santé sont les plus fréquemment abordées (71%, contre 50% ou 33% dans les autres types de structures) ;
- Si les addictions sont un sujet abordé dans 100% des CAARUD et des CSAPA, les maladies infectieuses sont abordées dans 100% des CAARUD contre 75% des CSAPA.

5. Quand les questions de santé sont abordées dans le cadre de la participation des usagers, avez-vous observé des effets positifs sur le comportement des usagers en termes d'accès aux droits (améliorer sa couverture sociale) ? en termes d'accès aux soins (entamer une démarche pour se soigner) ? en termes de prévention pour éviter les problèmes de santé (ajuster son comportement, alimentation, addictions...) ? en termes d'estime de soi, de capacité à agir pour soi ?

Taux d'exhaustivité absolu : 32%

Taux d'exhaustivité relatif : 81%

	Effets en termes d'accès aux droits	Effets en termes d'accès aux soins	Effets en termes de prévention pour éviter les problèmes de santé	Effets en termes d' estime de soi, de capacité à agir pour soi
Non	8%	4%	8%	4%
Plutôt pas	4%	12%	28%	16%
Plutôt	48%	56%	56%	56%
Oui	40%	32%	12%	24%

nb : Des réponses doubles (plutôt / plutôt pas) d'un établissement aux questions sur accès aux soins et prévention, d'où un total supérieur à 100%.

Globalement, les structures répondantes, qui représentent près du tiers des établissements de la région dans les catégories visées par l'enquête, ont une opinion assez favorable de l'évocation des questions de santé dans le cadre de la participation des usagers en termes d'impact sur leur comportement, tout particulièrement en matière de droits et de soins (88% de réponses « plutôt » et « oui »), moins fréquemment en matière de prévention (68% de réponses « plutôt » et « oui »).

B. Modalités d'accompagnement concernant la santé des personnes par les structures sociales

6. Y a-t-il un professionnel "référent" pour chaque usager, qui l'accompagne pour articuler les réponses à ses besoins sociaux et de santé ?

Taux d'exhaustivité absolu : 40 %

Taux d'exhaustivité relatif : 100 %

Oui, c'est un professionnel de la structure	91%
Oui, c'est un professionnel d'une autre structure sociale	0%
Oui, c'est un professionnel d'une structure sanitaire	0%
Non, il n'y a pas de référent	9%

Une très large majorité des 22 établissements répondants atteste la présence d'un référent.

Le rôle du référent est souligné par certains commentaires libres : « *La question de la santé est prioritaire pour permettre d'engager les personnes dans un parcours d'insertion sociale et professionnelle à la sortie de nos structures d'hébergement. Si cette thématique est traitée dans notre structure, elle l'est sur le plan individuel à partir de l'accompagnement d'un référent.* » ; « *Si l'inscription aux droits à la santé se fait systématiquement, [les familles accueillies] ont souvent besoin d'accompagnement (même physique) pour les rendez-vous médicaux.* »

7. S'il y a un référent, quel est son profil ?

Taux d'exhaustivité absolu : 36%

Taux d'exhaustivité relatif : 91%

Infirmier	0%
Travailleur social	95%
Psychologue	0%
Autre (préciser)	5%

Le seul cas où le référent n'est pas déclaré Travailleur social (« autre »), il s'agit en fait d'un travailleur social avec une qualification d'IDE.

8. Y a-t-il un ou des professionnels de santé salarié dans l'établissement ?

Taux d'exhaustivité absolu : 38%

Taux d'exhaustivité relatif : 95%

Aucun	38%
Oui, psychologue	38%
Oui, infirmier	33%
Autre (préciser)	10%

Plusieurs réponses étant possibles, le total excède 100%.

Deux établissements disposent à la fois d'un psychologue et d'un infirmier (19% des répondants) ; un établissement indique qu'un psychologue et psychiatre interviennent en soutien des équipes éducatives ; un établissement, enfin, précise qu'il emploie un travailleur social ayant une qualification IDE.

9. S'il y a un professionnel de santé dans l'établissement, quel est son rôle (plusieurs réponses possibles) ?

Taux d'exhaustivité absolu : 18 %

Taux d'exhaustivité relatif : 45 %

	Nombre	Pourcentage
Soins & prévention & liens avec professionnels de santé	4	40%
Prévention & liens avec professionnels de santé	4	40%
Prévention / éducation à la santé seulement	1	10%
Soins & lien avec professionnels de santé	1	10%
Soins & prévention	0	0%
Soins seulement	0	0%
Lien avec professionnels de santé seulement	0	0%

Le faible nombre de réponses limite l'analyse, mais la principale observation est que, dans tous les cas, la fonction prévention est assurée, le plus souvent avec celle de lien vers les professionnels de santé.

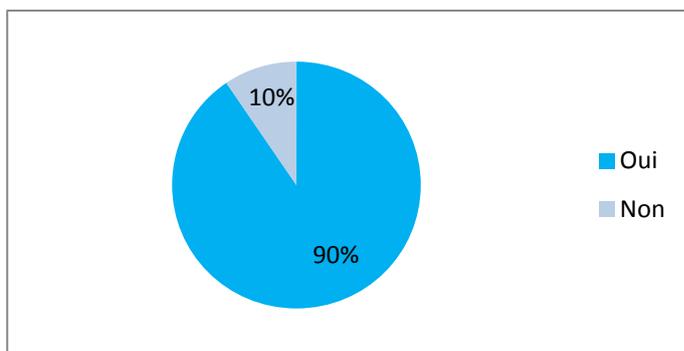
L'un des commentaires souligne l'importance de l'« aller vers » : « La plupart des personnes sont en capacité d'avoir accès à leur droits et aux soins, à condition de se mettre à leur "niveau" et de faire le premier pas, d'aller vers eux. ».

C. Types d'outils spécifiques existants pour chaque phase du parcours de vie chez grands exclus, jeunes en errance et immigrés

10. Travaillez-vous de manière coordonnée (échanges d'informations, actions articulées ou conjointes...) avec des acteurs du monde de la santé pour assurer une prise en charge globale des difficultés auxquelles sont confrontés les usagers de votre structure ?

Taux d'exhaustivité absolu : 38%

Taux d'exhaustivité relatif : 95%



Une large majorité de CADA et CHRS répondants déclarent travailler de manière coordonnée avec les acteurs de la santé, en faveur d'une prise en charge globale.

11. Quels sont les quatre principaux types d'acteurs du monde de la santé et du médico-social avec lesquels vous coordonnez vos interventions ?

Taux d'exhaustivité absolu : 35%

Taux d'exhaustivité relatif : 86%

Médecins généralistes de ville	89%
Établissements de santé mentale / Services hospitaliers de santé mentale (y compris CMP)	79%
PASS de l'hôpital	58%
Structures médico-sociales de prise en charge des addictions (CSAPA, CAARUD)	47%
Services hospitaliers hors PASS et urgences	32%
Associations de prévention	26%
Service des urgences de l'hôpital	21%
Équipes mobiles en santé mentale (EMPP, ELPP, DIASM...)	21%
Autres structures médico-sociales	21%
Médecins spécialistes de ville	16%
LHSS	11%
Points santé dans les structures sociales	5%
Associations humanitaires à orientation médicale (Médecins du Monde, par exemple)	5%
Autres acteurs du monde de la santé	5%
ACT	0%
Maisons de santé pluri-professionnelles	0%

Plusieurs réponses étant possibles, le total excède 100%. Certains répondants ont produit plus de 4 réponses.

Le principal enseignement est la place prépondérante des médecins généralistes de ville et des établissements et services de santé mentale parmi les acteurs avec lesquels la coordination est la plus fréquente. Ces résultats sont toutefois à lire en fonction de l'offre existante dans le territoire de la structure répondante : il n'y a pas de PASS ou de LHSS partout dans la région, par exemple.

Plusieurs commentaires libres soulignent l'importance des besoins (et parfois l'insuffisance de la réponse) en matière de santé mentale, notamment pour les psycho-traumatismes en ce qui concerne les migrants : « *La demande la plus importante de notre public se concentre sur l'accès aux soins pour des troubles psychologiques liés à un stress post-traumatique* » ; « *Nous constatons la montée en nombre [dans le public accueilli] d'un public d'hommes seuls avec des pathologies mentales non prises en compte suite à l'errance institutionnelle et/ou affective des personnes.* » ; « *En matière de prévention, une équipe mobile en psychiatrie pourrait intervenir dans les structures médico-sociales en travaillant en liens rapprochés avec les intervenants sociaux* » ; « *L'accompagnement spécifique [des troubles psychologiques liés à un stress post-traumatique] (...) n'est pas suffisamment développé sur la Région. Une consultation transculturelle serait bénéfique.* » ; « *Absence d'une consultation spécialisée et pluri disciplinaire pour appréhender et traiter les questions de psycho trauma des demandeurs d'asile et réfugiés.* »

12. Quels sont les quatre principaux obstacles ou difficultés que vous rencontrez pour coordonner les prises en charge des usagers avec les acteurs de la santé ?

Taux d'exhaustivité absolu : 38%

Taux d'exhaustivité relatif : 95%

Problèmes de compréhension par les acteurs de santé des particularités du public en grande précarité	71%
Manque de disponibilité des acteurs de santé - délais d'attente	57%
Problèmes de compréhension du système de santé par les usagers	43%
Nécessité d'un accompagnement physique des usagers	43%
Difficulté d'accès à l'interprétariat	43%
Problèmes de circulation de l'information entre professionnels du social et de la santé	38%
Freins psychologiques ou culturel chez les usagers	38%
Coût pour l'utilisateur	19%
Manque de disponibilité des professionnels de votre structure	14%
Difficulté à identifier les acteurs de santé pertinents – manque de connaissance de l'offre	10%
Inexistence d'un type d'acteurs sur le territoire	5%
Autre 1 (secret partagé)	5%

Plusieurs réponses étant possibles, le total excède 100% ; certains répondants ont produit plus de 4 réponses.

Les problèmes de compréhension des particularités du public précaire par les acteurs de santé est l'obstacle à la coordination le plus souvent cité par les structures répondantes, avant même les questions de disponibilité des professionnels et les délais d'attente, même si ces préoccupations ne sont pas absentes, comme en témoignent plusieurs commentaires libres : « *Il peut exister un décalage entre le moment où les usagers sont prêts à faire une démarche de soin et la réponse apportée (délais importants).* » ; « *nous constatons (...) des délais importants de prise en charge dans les CMP* » ; « *Difficulté de prise en charge des enfants souffrant de troubles psycho traumatiques : délai très long de prise en charge.* »

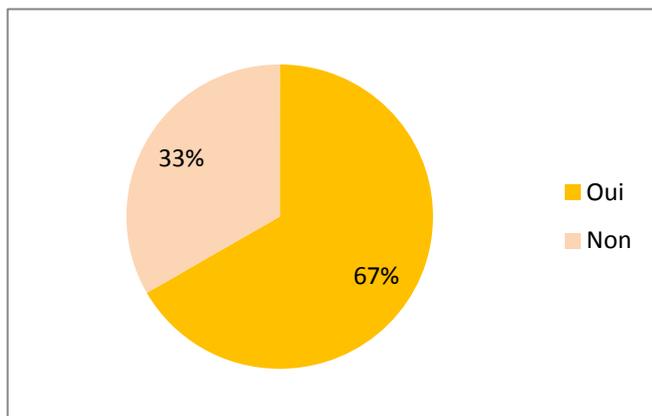
Des commentaires mettent également en exergue la question du coût pour l'utilisateur et l'accès à l'interprétariat : « *Nous constatons que les offres gratuites ou à moindre coût pour les publics défavorisés sont en baisse.* » ; « *Difficulté d'accès à l'interprétariat sur notre département (disponibilité des interprètes, coût et budget trop limite)* » ; « *[L'accès aux soins pour les demandeurs d'asile] n'est pas facilité car il n'y a pas d'interprétariat médical pour faire le diagnostic et les soins.* »

D. Niveau d'implication des associations de prévention au sein des structures d'accueil social

13. Des actions de prévention/éducation à la santé sont-elles proposées aux usagers de votre structure ?

Taux d'exhaustivité absolu : 38%

Taux d'exhaustivité relatif : 95%



Les deux tiers des répondants (CADA et CHRS) indiquent proposer des actions de prévention ou d'éducation à la santé à leurs usagers. A noter que certains établissements ayant répondu par la négative à cette question ont néanmoins été en mesure de fournir des indications sur des interventions dans ce domaine au cours des trois dernières années (type d'intervention et thèmes).

Des limites inhérentes aux moyens humains des structures sont pointées dans les commentaires libres : « *La réduction d'effectif des travailleurs sociaux dans notre structure ne favorise pas les activités de prévention et information autour de la santé.* » ; « *Il nous manque dans la conduite de nos missions du temps pour pouvoir installer cette thématique [de la santé] de manière permanente et aussi collective.* ».

E. Modalités d'actions de prévention des structures d'accueil social

14. Quels types d'intervention ont-été mises en œuvre sur les trois dernières années pour transmettre des messages de prévention aux publics de votre structure ?

Taux d'exhaustivité absolu : 38%

Taux d'exhaustivité relatif : 95%

Support écrit (affichage ou plaquettes d'information) ou audiovisuel	67%
Information orale aux usagers par des professionnels de la structure	62%
Information aux usagers par des opérateurs extérieurs	57%
Intervention des professionnels de la structure, après formation par des opérateurs externes	33%
Information par des pairs formés	5%
Autre	5%

Plusieurs réponses étant possibles, le total excède 100%. La réponse « autre » n'a pas été précisée. L'élément saillant est le poids très important de l'information orale aux usagers par des professionnels de la structure, et la part moindre d'un fonctionnement « en relai » (ie les professionnels de la structure, formés par des opérateurs externes, assurent l'information des usagers). Un commentaire libre contribue à expliquer la prédominance de cette modalité plutôt informelle : « *Les actions de prévention collective restent difficile à mettre en place sur le collectif dans la mesure où la durée d'accueil est relativement courte [de 15 jours à 2 mois]. La prévention liée à la santé se fait donc d'avantage en individuel en termes d'information ou pour certains dans le cadre d'un suivi global.* »

15. Indiquer pour les trois dernières années, les thèmes abordés lors des interventions de prévention

Taux d'exhaustivité absolu : 38%

Taux d'exhaustivité relatif : 95%

Hygiène générale	52%
Conduites addictives	48%
Risques infectieux (y compris VIH, hépatites et infections sexuellement transmissibles) et vaccination	48%
Nutrition et activité physique	38%
Relations affectives et sexuelles	33%
Bien être mental et risque de suicide	24%
Autres thèmes	14%

Plusieurs réponses étant possibles, le total excède 100%.

Les réponses sont contrastées en fonction du type d'établissement : à titre d'exemple, les interventions de prévention concernant les conduites addictives ont concerné 64% des CHRS répondants contre 14% des CADA et, à l'inverse, les interventions concernant les risques infectieux ont concerné 57% des CADA contre 43% des CHRS. Ces pourcentages sont toutefois à prendre avec précaution compte tenu de la taille modeste de l'échantillon répondant à cet item (7 CADA et 14 CHRS).

16. Selon vous, quels types d'intervention sont (ou seraient) les plus efficaces pour transmettre des messages de prévention aux publics de votre structure ?

Taux d'exhaustivité absolu : 38%

Taux d'exhaustivité relatif : 95%

Information aux usagers par des opérateurs extérieurs	62%
Information orale aux usagers par des professionnels de la structure	48%
Intervention des professionnels de la structure, après formation par des opérateurs externes	38%
Information par des pairs formés	38%
Support écrit (affichage ou plaquettes d'information) ou audiovisuel	33%
Autre	5%

Plusieurs réponses étant possibles, le total excède 100%. Pour la réponse « Autre », l'établissement concerné précise qu'il s'agit d'actions préparées et conduites avec les usagers qui lui apparaissent le plus pertinentes.

La comparaison entre ce tableau des interventions jugées les plus efficaces et celui décrivant les interventions réalisées (question 16) met en exergue certains liens assez intéressants. Ainsi, notamment, alors même que l'utilisation de support écrit est une modalité utilisée par 67% des structures, seulement 33% d'entre elles la jugent efficace. A l'inverse, l'information aux usagers par des opérateurs extérieurs est la modalité la plus fréquemment classée parmi les plus efficaces (62%), et cela est cohérent avec la réalité des interventions réalisées (57% des structures).

L'un des commentaires libres contribue à éclairer la préférence accordée à l'information par des opérateurs extérieurs : « *Les CHRS ne peuvent pas tout mener de front, l'apport d'interventions par des référents santé extérieurs nous permettrait d'installer une dynamique santé de manière régulière sur laquelle pourrait s'appuyer davantage les usagers et les permanents professionnels.* »

17. Quels sont, selon vous, les principaux obstacles aux actions de prévention à destination des usagers de votre structure ?

Taux d'exhaustivité absolu : 35%

Taux d'exhaustivité relatif : 86%

Décalage entre les messages de prévention et la réalité vécue par les usagers	58%
Méconnaissance par les usagers de l'offre gratuite en prévention (notamment dépistage et vaccination)	47%
Durée et régularité de présence des usagers ne permettant pas d'organiser dans la durée des actions de prévention	42%
Caractère non prioritaire des questions de santé pour les usagers, compte tenu d'autres impératifs (recherche d'hébergement, de moyens de subsistance...)	42%
Perception du temps par les usagers ne permettant pas de s'intégrer dans des démarches de prévention en santé	32%
Structures et intervenants de prévention mal identifiées	32%
Perception des messages de prévention comme culpabilisants et / ou anxiogènes	21%
Moyens financiers des usagers ne permettant pas d'accéder à des moyens de prévention	21%

Plusieurs réponses étant possibles, le total excède 100%. L'un des points intéressants de ces données, calculées à partir de la réponse de 7 CADA et 12 CHRS, est le poids finalement assez mineur (32% des répondants) des obstacles liés à la perception du temps par les usagers, alors même qu'ils sont fréquemment cités lors des entretiens. Le second enseignement intéressant, c'est le fait que près de 60% des structures répondantes classent comme obstacle majeur le fait que les messages de prévention soient en décalage avec la réalité vécue par les usagers.

16. GRILLE DE L'ENQUETE SOLEN AUPRES D'ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

**Enquête SOLEN – Établissements sociaux relevant des 8° et 9° de l'article L.312-1 du
CASF
et ayant une vocation principalement sociale**

Grille d'enquête

Précisions dans le message transmettant le lien vers l'enquête

- Pour associations gérant plusieurs structures, **un questionnaire par structure**, SVP, en identifiant bien dans le cartouche d'introduction type et département d'implantation de la commune
- Les informations recueillies dans le cadre de cette enquête seront traitées de manière **anonyme** – la seule identification retenue est d'ordre technique.

PRESENTATION DE LA STRUCTURE

Q1_ Dans quelle catégorie s'inscrit votre structure ?

- CHRS
- CADA
- ACT
- LHSS
- CAARUD
- CSAPA

Q2_ Dans quel département votre structure est – elle implantée ?

- Loire – Atlantique
- Maine – et – Loire
- Mayenne
- Sarthe
- Vendée

Commune ?

PARTICIPATION DES USAGERS (I10)

Q3_ Quelles sont les formes de participation des usagers au fonctionnement de l'établissement ou du service mises en œuvre dans votre établissement/ service ?

Conseil de vie Sociale	
Groupe d'expression	
Consultations des bénéficiaires sur les questions concernant l'organisation ou le fonctionnement	
Enquêtes de satisfaction	
Entretiens individuels avec les usagers (formels ou non)	
Aucune	
Autre forme (préciser)	

Q4_ Comment qualifieriez-vous la nature de la participation des usagers, telle qu'elle est mise en œuvre dans votre établissement / service ?

Plutôt information (L'usager reçoit une simple information de l'établissement/ service)	
Plutôt consultation (Les usagers sont en mesure de formuler leurs attentes)	
Plutôt co-décision (Des décisions sont prises conjointement par les usagers et le responsable de l'établissement/ service)	

Q5_ Les questions relatives à la santé sont – elles abordées dans les formes de participation mises en place ?

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- Très fréquemment

Q6_ Quand les questions de santé sont abordées dans le cadre de la participation, quels sont les sujets abordés ?

Droits (couverture maladie de base ou complémentaire)	
Hygiène	
Activité physique / alimentation	
Relations affectives et sexuelles	
Santé mentale	
Addictions	
Maladies infectieuses	
Vaccination	
Organisation du système de santé	
Autres	

Q7_ Quand les questions de santé sont abordées dans le cadre de la participation des usagers, avez-vous observé des effets positifs sur le comportement des usagers :

	Non	Plutôt pas	Plutôt	Oui
-En termes d'accès aux droits (améliorer sa couverture sociale)				
-En termes d'accès aux soins (entamer une démarche pour se soigner)				
-En termes de prévention pour éviter les problèmes de santé (ajuster son comportement, alimentation, addictions...)				
-En termes d'estime de soi, de capacité à agir pour soi				

COORDINATION & PARCOURS (I23 & I25)

Q8_ Y a – t – il un professionnel « référent » pour chaque usager, qui l’accompagne pour articuler les réponses à ses besoins sociaux et de santé ?

Oui, c’est un professionnel de la structure	
Oui, c’est un professionnel d’une autre structure sociale	
Oui, c’est un professionnel d’une structure sanitaire	
Non, il n’y a pas de tel référent	

Q9_ S’il y a un référent, quel est son profil ?

Infirmier	
Travailleur social	
Psychologue	
Autre (préciser)	

Q10_ Y a – t – il un ou des professionnels de santé salarié dans l’établissement ?

Aucun	
Oui, infirmier	
Oui, psychologue	
Autre (préciser)	

Q11_ S’il y a un professionnel de santé dans l’établissement, quel est son rôle (plusieurs réponses possibles) :

Soins	
Prévention / éducation à la santé	
Lien avec des professionnels de santé extérieurs	

Q12_ Travaillez-vous de manière coordonnée (échanges d’informations, actions articulées ou conjointes...) avec des acteurs du monde de la santé pour assurer une prise en charge globale des difficultés auxquelles sont confrontés les usagers de votre structure ?

- Oui
- Non

Q13_ Quels sont les quatre principaux types d'acteurs du monde de la santé et du médico-social avec lesquels vous coordonnez vos interventions ? (4 sélections parmi les options suivantes)

LHSS	
ACT	
PASS de l'hôpital	
Points santé dans les structures sociales	
Associations humanitaires à orientation médicale (Médecins du Monde, par exemple)	
Service des urgences de l'hôpital	
Services hospitaliers hors PASS et urgences	
Établissements de santé mentale / Services hospitaliers de santé mentale (y compris CMP)	
Équipes mobiles en santé mentale (EMPP, ELPP, DIASM...)	
Médecins généralistes de ville	
Médecins spécialistes de ville	
Maisons de santé pluri-professionnelles	
Structures médico-sociales de prise en charge des addictions (CSAPA, CAARUD)	
Associations de prévention	
Autres structures médico-sociales	
Autres acteurs du monde de la santé	

Q14_ Quels sont les quatre principaux obstacles ou difficultés que vous rencontrez pour coordonner les prises en charge des usagers avec les acteurs de santé ?

Difficulté à identifier les acteurs de santé pertinents – manque de connaissance de l'offre	
Manque de disponibilité des professionnels de votre structure	
Problèmes de circulation de l'information entre professionnels du social et de la santé	
Inexistence d'un type d'acteurs sur le territoire	
Manque de disponibilité des acteurs de santé - délais d'attente	
Problèmes de compréhension par les acteurs de santé des particularités du public en grande précarité	
Coût pour l'utilisateur	
Problèmes de compréhension du système de santé par les usagers	
Nécessité d'un accompagnement physique des usagers	
Freins psychologiques ou culturel chez les usagers	
Difficulté d'accès à l'interprétariat	
Autre	

PREVENTION (I54 & I55)

Q15_ Des actions de prévention / éducation à la santé sont – elles proposées aux usagers de votre structure ?

- Oui
- Non

Q16_ Quels types d'interventions ont été mises en œuvre sur les trois dernières années pour transmettre des messages de prévention aux publics de votre structure ?

Support écrit (affichage ou plaquettes d'information) ou audiovisuel	
Intervention des professionnels de la structure, après formation par des opérateurs externes	
Information orale aux usagers par des professionnels de la structure	
Information aux usagers par des opérateurs extérieurs	
Information par des pairs formés	
Autre	

Q17_ Indiquer, pour les trois dernières années, les thèmes abordés lors des interventions de prévention :

Nutrition et activité physique	
Conduites addictives	
Bien être mental et risque de suicide	
Relations affectives et sexuelles	
Risques infectieux (y compris VIH, hépatites et IST) et vaccination	
Hygiène générale	
Autres thèmes	

Q18_ Selon vous, quels types d'interventions sont (ou seraient) les plus efficaces pour transmettre des messages de prévention aux publics de votre structure ?

Support écrit (affichage ou plaquettes d'information) ou audiovisuel	
Intervention des professionnels de la structure, après formation par des opérateurs externes	
Information orale aux usagers par des professionnels de la structure	
Information aux usagers par des opérateurs extérieurs	
Information par des pairs formés	
Autre	

Q19 Quels sont, selon vous, les principaux obstacles aux actions de prévention à destination des usagers de votre structure ?

Durée et régularité de présence des usagers ne permettant pas d'organiser dans la durée des actions de prévention	
Caractère non prioritaire des questions de santé pour les usagers, compte tenu d'autres impératifs (recherche d'hébergement, de moyens de subsistance...)	
Perception du temps par les usagers ne permettant pas de s'intégrer dans des démarches de prévention en santé	
Décalage entre les messages de prévention et la réalité vécue par les usagers	
Perception des messages de prévention comme culpabilisants et / ou anxiogènes	
Moyens financiers des usagers ne permettant pas d'accéder à des moyens de prévention	
Méconnaissance par les usagers de l'offre gratuite en prévention (notamment dépistage et vaccination)	
Structures et intervenants de prévention mal identifiées	
Autres	

COMMENTAIRES LIBRES

Q20 Commentaires libre sur le public de vos structures et accès à la santé (droits, prévention, soins accompagnement médico-social) [32 767 signes maximum]

17. RESULTATS DE L'ENQUETE TELEPHONIQUE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES

I. METHODOLOGIE

A. Objectifs et construction du questionnaire

Cette enquête visait un double objet :

- Identifier la connaissance, par les médecins généralistes, des permanences d'accès aux soins de santé, et notamment de celle située en proximité de leur lieu d'exercice ;
- Cerner les relations entre la PASS et les médecins généralistes exerçant en libéral ;
- Disposer d'éléments de connaissance sur la manière dont les médecins généralistes peuvent orienter des patients ne disposant pas d'une couverture sociale.

Une grille de questions (reproduite en annexe 18) a été constituée, comportant 3 questions fermées et une question ouverte. En complément des autres investigations, elles visaient à documenter les indicateurs suivants du référentiel d'évaluation :

- I52. Connaissance de la PASS par les médecins généralistes ;
- I43. Existence de données (statistiques ou non) sur l'orientation vers le droit commun des usagers (notamment en ce qui concerne l'accès au médecin traitant) ;
- I34. Conditions de repérage des ruptures de parcours, et notamment articulation avec le social pour le premier recours.

L'échantillon cible a été constitué de la manière suivante :

- Des zones géographiques ont été définies à partir de chefs lieux où des PASS étaient implantées. Deux zones géographiques ont été ciblées en raison de problématiques sociales repérées (Saumur et Fontenay le Comte) ; une troisième zone, jugée comme ne présentant pas de problématique sociale particulièrement saillante, a été intégrée comme point de comparaison (Mayenne).
- Les médecins des Communautés de communes concernées ont été identifiés à partir du site Internet des Pages Jaunes.

Constitué sur cette base, l'échantillon – cible se présentait ainsi.

	Communauté de communes de Saumur	Communauté de communes de Fontenay le Comte	Communauté de communes de Mayenne	Total
Nombre total de médecins	57	25	18	100

L'objectif, sous réserve d'un nombre de réponses supérieur à 5 par zone, était de pouvoir distinguer si le contexte social avait une influence sur les interactions entre PASS et médecins généralistes.

B. Déploiement de l'enquête et taux de réponse

Afin de limiter la gêne occasionnée aux médecins par la sollicitation, l'enquête a été calibrée pour que l'ensemble de l'entretien, présentation du cadre d'enquête incluse, n'excède pas cinq minutes.

Le taux de réponse global s'établit à 26 %. Cependant, le nombre de réponses n'a pas été suffisant (égal ou inférieur à 5) pour pouvoir exploiter toutes les strates envisagées. En tout état de cause, les réponses apportées sur la question principale (connaissance de la PASS) n'auraient sans doute pas permis d'identifier des déterminants solides (cf. résultats).

	Communauté de communes de Saumur	Communauté de communes de Fontenay le Comte	Communauté de communes de Mayenne	Total
Taux de réponse	32%	20%	17%	26%

La taille de l'échantillon et le taux de retour amènent à être très prudent sur l'interprétation de ces données, qui devront être corroborées par d'autres sources.

II. RESULTATS

• Connaissance de la PASS par les médecins généralistes

Seul un médecin parmi les 26 répondants connaissait la PASS de son secteur, ayant également une activité à l'hôpital.

Deux autres médecins identifiaient ce qu'est une PASS, mais ne connaissaient pas celle du secteur (connaissance par les médias ou exercice professionnel hors cadre libéral).

• Orientations réciproques de patients entre PASS et médecins généralistes de ville

La nature et le nombre des réponses obtenues à la question ci-dessus n'a pas permis d'explorer cet item.

• Orientation par les médecins de ville des personnes sans couverture sociale

La question posée aux médecins interrogés était : « *Si l'un de vos patients a des difficultés en termes de couverture sociale (assurance maladie de base ou complémentaire), vers qui l'adressez-vous pour les résoudre ?* »

9 médecins sur 26 ont précisé qu'ils étaient peu ou pas confrontés au problème (y compris parce que leurs patients potentiellement concernés avaient déjà la CMU-C).

Lorsqu'une orientation vers un ou plusieurs services sociaux est mentionnée par le médecin en réponse au cas de figure proposé, il s'agit :

- de l'assistante sociale de la mairie - 7 mentions ;
- d'un organisme de sécurité social (« CPAM », « MSA », « Sécu ») – 5 mentions ;
- d'une assistante sociale de secteur du conseil général – 3 mentions ;
- d'une assistante sociale sans précision – 2 mentions ;
- d'un appel aux urgences pour savoir si la personne peut relever de la PASS – 1 mention.

A noter que deux médecins ont indiqué que des assistantes sociales pouvaient, à l'inverse, leur adresser des patients.

Les médecins peuvent apporter une autre réponse que l'orientation vers un service tiers : 3 indiquent pratiquer le tiers payant, et 6 proposer à l'occasion des actes gratuits.

18. GRILLE DE L'ENQUETE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES

Enquête téléphonique MG/ PASS

Date et heure entretien

à

heures

Statut du médecin

Titulaire

Remplaçant

mode d'exercice

Individuel

Collectif

Localisation

Com Com

Saumur

Mayenne

Fontenay

implantation
du médecin

Au chef lieu

Hors chef
lieu

Code *ad hoc*

Q1 - Avez – vous déjà eu des contacts avec la permanence d'accès aux soins de santé hospitalière pour les personnes précaires (PASS) la plus proche ?

Oui

Non

Demande ce qu'est une PASS

Demande où est la PASS

Demande si PASS = assistante sociale hospitalière

... mais sait ce que c'est que la PASS

Autre réponse

Q2 – Avez -vous déjà orienté des patients vers la PASS ?

Oui

Non

Autre réponse

Q3 – la PASS vous a-telle adressé des patients ?

Oui
Non

Autre réponse

--

Q4 - si l'un de vos patients a des difficultés en termes de couverture sociale (assurance maladie de base ou complémentaire), vers qui l'adressez-vous pour les résoudre ?

Réponse ouverte

--

19. RESULTATS SYNTHETIQUES DE L'ENQUETE REGIONALE PAR MESSAGERIE AUPRES DES PASS

Dans le cadre d'une circulaire nationale du 18 juin 2013, une enquête a été adressée à toutes les PASS de France comportant des questions sur le contexte institutionnel des PASS (caractéristiques de l'établissement de rattachement de la PASS), leur organisation et leur pilotage, leurs ressources humaines, les prestations servies et l'activité auprès des patients, leur visibilité, et les actions auprès des acteurs tant internes qu'externes à leur établissement de rattachement. L'équipe d'évaluation a complété cette trame d'un questionnaire spécifique, visant plus particulièrement le rôle des PASS dans l'accès au droit commun. Les 19 PASS identifiées dans la région ont été destinataires de ces questionnaires par messagerie électronique. Le taux de réponse (en nombre de questionnaires retournés, même incomplets) est de 95% pour le questionnaire national et de 74 % pour le questionnaire lié à la présente évaluation. A noter que les réponses de la PASS psychiatrique ont été neutralisées compte tenu de sa spécificité et de sa singularité dans la région, ne permettant pas de comparaisons.

Sauf mention contraire, les données chiffrées présentés dans ce paragraphe sont issues de ces enquêtes et se rapportent à l'année 2012.

Activité

Il convient de souligner en introduction que les PASS de la région ne constituent pas un ensemble homogène. Leur implantation a une forte influence sur le volume de leur activité, notamment.

Pour l'une des PASS, les données transmises ont été neutralisées car le chiffre indiqué correspondait au seul nombre de patients ayant bénéficié d'une prise en charge sans frais, et semblait incohérent avec les données d'activité aux urgences de l'établissement.

Sous cette réserve, 4 profils se dégagent :

Nombre de patients accueillis à la PASS au moins une fois	Nombre de PASS concernées
> 900	2
de 300 à 500	4
de 100 à 225	5
< 100	5

Les deux PASS les plus importantes assurent à elles seules l'accueil de plus de 50% des usagers des PASS de la région.

Moyens des PASS

La composition des équipes, telle qu'elle ressort de l'enquête (cadre national) varie d'un site à l'autre (en qualifications et en nombre d'équivalents temps plein).

Sur 17 PASS :

- 15 PASS indiquent la présence de personnel social (1,18 ETP en moyenne, variation de 0,15 à 4 ETP)
- 15 PASS apportent une indication sur la présence de personnel médical : 3 déclarent 0 ETP, pour les 12 autres la moyenne est de 0,43 ETP (variation de 0,10 à 1,60). A noter que, dans un établissement, s'il n'est pas déclaré de temps médical dans l'équipe PASS, sont mentionnées 14 de mi-journées hebdomadaires de présence du médecin référent. 4 PASS sur 16 ne mentionnent aucune demie journée de présence hebdomadaire du médecin référent.

71 % des PASS indiquent disposer de temps à la fois en personnel médical et en personnel social.

Par ailleurs, 14 PASS apportent une indication sur la présence de personnel paramédical (3 déclarent 0 ETP ; pour les 11 autres la moyenne est de 0,71 ETP, avec une variation de 0,01 à 3,25) et sur la présence de personnel administratif (0,41 en moyenne, variation de 0,01 à 1,2).

Le tableau suivant présente le ratio Nombre de patients accueillis à la PASS au moins une fois en 2012 / nombre d'ETP.

Nombre de patients accueillis à la PASS au moins une fois en 2012 rapporté au nombre d'ETP en personnels	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum
Social+médical+paramédical+administratif	142	111	33	410
Social + médical	221	176	33	509
Social	283	218	33	781

Si l'ensemble de ces données doivent être considérés avec prudence, en raison d'une hétérogénéité du remplissage par les établissements (exhaustivité et présentation), elles indiquent toutefois des écarts assez significatifs dans la composition des équipes des PASS, sans lien avec le nombre de personnes accueillies (mais sachant aussi qu'une personne peut être accueillie plusieurs fois à la PASS).

Prestations offertes par les PASS

Prestation	Proportion des PASS répondantes la proposant
Accès aux médicaments possible sans frais	17/17
Dont : jusqu'à obtention des droits pour la personne	15/16
Consultation en médecine générale possible sans frais	15/17
Consultation en médecine spécialisée possible sans frais	14/17
Soins infirmiers hors prélèvements possibles sans frais	14/17
Accès au plateau technique sans frais pour analyse biologique	14/17
Accès au plateau technique sans frais pour examen radiologique	14/17
Entretien social systématique	13/17
Service d'interprétariat disponible	9/17
Consultation en chirurgie dentaire possible sans frais	5/17

En termes de prestations proposées, la seule citée par toutes les PASS répondantes (17) est l'accès aux médicaments possible sans frais (pour 15 PASS sur 16 répondant à cet item, il est déclaré possible jusqu'à obtention des droits). La seconde prestation citée (15/17), en termes de fréquence, est l'accès à une consultation de médecine générale sans frais.

La plupart d'entre elle (14/17 pour chaque prestation) proposent également, sans frais, des soins infirmiers hors prélèvements, un accès au plateau technique pour analyse biologique ou encore un accès au plateau technique pour examen radiologique.

La proposition d'un entretien social systématique est, en revanche, moins fréquente, puisqu'elle ne concerne que 13 PASS sur 17.

Enfin, l'accès à service d'interprétariat (9 PASS/17) et à une consultation dentaire sans frais (5/17) sont beaucoup moins fréquents.

Insertion de la PASS dans le réseau de partenaires locaux et visibilité de la PASS pour d'autres professionnels (selon la PASS)

Item	Proportion des PASS répondantes avec réponse positive
Partenariats extérieurs à l'établissement	13/17
Ont dispensé des formations sur l'accueil et la prise en charge des patients précaires à des personnels extérieurs à l'établissement	5/17
Ont participé à un réseau local sur le thème santé et précarité	8/17
Nombre de réunions avec des entités / partenaires extérieurs à l'établissement Aucune	1/17

de 1 à 4	9/17
de 5 à 9	1/17
10 et plus	6/17
Ont mené des actions de visibilité auprès des professionnels du champ social	11/17
S'estiment connues des professionnels du champ social (2013)	
Pas du tout	0/13
Plutôt pas	0/13
Plutôt	9/13
Tout à fait	4/13
Pas d'éléments pour répondre	0/13
Ont mené des actions de visibilité auprès des professionnels de santé de ville	4/17
S'estiment connues des professionnels de santé de ville (2013)	
Pas du tout	1/13
Plutôt pas	9/13
Plutôt	2/13
Tout à fait	0/13
Pas d'éléments pour répondre	1/13

Visibilité de la PASS pour le grand public

Modalités	Proportion des PASS répondantes la proposant
Présentation sur le site Internet de l'hôpital	12/17
Présentation de la PASS sur un document distribué dans les lieux publics	11/17
Signalétique dans l'établissement	5/17

PASS et accès au droit commun

Afin d'estimer la proportion de patients qui fréquentent la PASS alors qu'ils sont en lien avec l'offre de droit commun, il était demandé de préciser la part des usagers se présentant à la PASS qui consulte ordinairement un médecin de ville. Les réponses témoignent d'un suivi très variable de cette notion par les PASS, en termes de données d'activité.

- 7 PASS n'ont pas renseigné cet item, ou ont précisé que cette donnée n'était pas suivie
- 2 n'ont pas apporté de réponse chiffrée, mais précisé qu'il s'agissait d'une faible part des patients, ou d'aucun patient
- 2 ont chiffré cette donnée, entre 0 et moins de 1 %
- 4 ont chiffré la donnée, entre 10 et 15 %
- 2 PASS, enfin, n'ont pas apporté de données chiffrées mais précisé que la plupart des patients étaient dans ce cas.

A noter deux réserves, cependant : une réponse chiffrée n'était pas explicitement demandée, d'une part et, d'autre part, l'absence de suivi statistique de cette notion ne signifie pas nécessairement que, dans l'accompagnement de l'utilisateur, les PASS se désintéressent de la question. L'absence de suivi de cette donnée ou son degré de précisions sont en première analyse indépendants des moyens humains ou financiers dont dispose la PASS.

En ce qui concerne les motifs de fréquentation de la PASS par les patients ayant un médecin traitant, ont été évoqués à partir de la liste de situations déterminées dans le questionnaire : l'indisponibilité du médecin de ville (2 fois cité), le besoin d'un plateau technique hospitalier (5 fois cité), une problématique sociale associée (10 fois cité). Pour les autres situations évoquées de manière libre : cas de personnes amenées aux urgences par les pompiers (1 citation), la délivrance de produits de substitution dans le cadre d'une problématique d'addiction (1 citation), l'absence de moyens pour régler une consultation de ville.

Conception de l'accès au droit commun

Il était demandé aux PASS de décrire, à la date de l'enquête, les critères caractérisant selon elles, l'accès au droit commun en les classant du plus important au moins important dans une liste de critères pouvant être enrichie.

La concaténation des résultats des 13 PASS répondantes aboutit au classement suivant, par ordre décroissant d'importance :

1 ex-aequo	Assurance maladie de base
1 ex-aequo	Assurance maladie complémentaire
2	Accès à un hébergement ou un logement
3	Accès à un médecin généraliste de ville
4	Identification d'un médecin traitant
5	Accès à un médecin spécialiste de ville

A noter la dispersion très faible sur les deux critères relatifs à la couverture sociale : 11 PASS sur 13 classent l'accès à la couverture maladie de base en rang 1 ou 2 ; 10 PASS sur 13 classent l'accès à une assurance maladie complémentaire en rang 1 ou 2.

10 PASS sur 13 classent l'accès à un hébergement ou un logement en rang 1 à 3.

Les items concernant la médecine de ville ne sont jamais classés en rang 1. L'accès à un médecin généraliste de ville a été, au mieux, classé en rang 3 (2 PASS), et le plus souvent en

rang 4 (9 PASS). L'identification du médecin traitant est, au mieux, classée en rang 3 (2 PASS), mais pour l'essentiel en rang 5 ou 6 (9 PASS).

Parmi les autres critères cités de manière libre, chacun n'ayant été cité que par une PASS, figurent principalement des causes de non recours au droit commun (manque d'informations sur les droits et identification du bon interlocuteur, problématique administrative / financière / psycho-sociale / dépendance ou addictologie, rupture de soins, santé mentale). Cependant, un critère supplémentaire a été classé en rang 2 par une PASS : l'accès à un service social de secteur.

Au final, la représentation des PASS en matière d'accès au droit commun est très majoritairement axée sur la question de l'accès à la couverture maladie et au logement. Le recours à la médecine de ville est une préoccupation plutôt secondaire.

Pratiques en matière d'accès au droit commun

Il était ensuite demandé aux PASS de classer du plus fréquent au moins fréquent, à la date de l'enquête, les activités qu'elles mènent dans la pratique en termes d'accès au droit commun des usagers dans une liste de critères pouvant être enrichie.

La concaténation des résultats des 13 PASS répondantes aboutit au classement suivant, par ordre décroissant d'importance :

1	Accompagnement à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire
2	Accompagnement à l'acquisition d'une couverture maladie de base
3	Orientation et aide à l'accès à un plateau technique en établissement de santé
4	Orientation vers des dispositifs d'accès à un logement ou un hébergement
5	Transmission du dossier médical de l'utilisateur à son médecin de ville
6	Orientation et aide à l'accès à la médecine de ville (mise à disposition de liste, explication des modalités de recours)

L'accès aux droits figure en tête des activités les plus fréquemment déployées par les PASS en termes d'accès au droit commun. Là encore, faible dispersion des réponses puisque 11 PASS sur 13 classent cet accompagnement (couverture de base ou complémentaire, selon les cas) en rang 1 ou 2, l'accès à la complémentaire étant cependant plus fréquente (9 PASS sur 13 la classent au premier rang).

8 PASS sur 13 positionnent en rang 2 ou 3 l'orientation vers des dispositifs d'accès à un logement ou un hébergement.

10 PASS classent l'accès au plateau technique hospitalier en rang 3 ou 4.

L'articulation avec la médecine de ville est une activité moins fréquente : 9 PASS sur 12 classent l'orientation et l'aide à l'accès à la médecine de ville en rang 4 ou 5 (une se déclare non concernée). En ce qui concerne la transmission du dossier médical de l'utilisateur au médecin de ville, 7 PASS sur 10 la classent en rang 5 ou 6 (et trois PASS se déclarent non concernées).

Les réponses libres (1 PASS à chaque réponse) sont assez significatives car ces choix alternatifs sont parfois présentés avec un niveau de fréquence plutôt élevé. Ainsi, une PASS vise en rang 1 (ex æquo) une autre consultation médicale (sans précision) et en rang 2 (ex æquo) l'orientation vers les dispositifs d'accompagnement sociaux, médico-sociaux et associatifs. Une PASS, enfin, cite en rang 5 la délivrance de traitements.

Ces réponses confirment la prédominance des réponses à caractère social en termes d'accompagnement vers le droit commun.

« Chronicisation » du recours à la PASS

Figure parmi les indicateurs de suivi stratégique du projet régional de santé le ratio « Nombre de nouveaux consultants dans les PASS / nombre de personnes accueillies dans les PASS ». Plus ce chiffre est élevé, plus cela signifie que dans l'année observée les nouveaux patients sont majoritaires dans la file active des PASS, et donc que le degré de chronicisation des recours est faible. Au 31/12/2012, pour 16 PASS dont les données ont pu être exploitées, ce taux s'établit à 66,5%. L'écart entre PASS est cependant considérable, la valeur minimale étant de 11%, et la valeur maximale de 100%. En creux, cela signifie qu'un tiers des consultants de la PASS n'y recourent pas pour la première fois. Si cet indicateur est perfectible – en ce sens qu'il ne fournit pas de données sur la durée moyenne d'accompagnement par la PASS, notamment – il marque toutefois clairement que le recours à la PASS n'est pas, pour partie des cas, un passage unique.

Obstacles rencontrés par les usagers pour l'accès au droit commun

Une question ouverte demandait aux PASS d'identifier les obstacles à l'accès au droit commun les plus fréquemment rencontrés par les usagers. Le tableau ci-après résume les réponses apportées, regroupées en 16 catégories.

<i>Obstacle identifié à l'accès au droit commun</i>	<i>Nombre d'itérations</i>
Difficultés liées aux procédures administratives ou à une situation administrative ne permettant pas l'ouverture des droits ou absence de couverture sociale dont complémentaire (délais, complexité, absence ou insuffisance de justificatifs, domiciliation...)	21
Obstacles liés à la maîtrise de la langue ou illettrisme	10
Manque de solutions d'aval en matière sociale (hébergement)	9
Obstacles inhérents au mode vie ou à la pathologie, y compris ruptures de soins (errance, addictions, problèmes de santé mentale)	7
Difficultés liées à la compréhension du système d'accès au droit commun, dont la couverture sociale	4
Ressources insuffisantes	4
Absence de relai en soins dans le système de droit commun (médecins généralistes sans disponibilité pour prendre de nouveaux patients)	3
Difficulté lié aux transports	3
Isolement social	2
Disponibilité de l'assistante sociale de la PASS (ETP ou absence le we ou sur certaines plages horaires)	2
Absence de consultation médicale identifiée dans l'hôpital	2
Reste à charge (traitements ou examens non remboursés notamment)	2
Situation juridique générant une peur du recours (ex. situation irrégulière sur le territoire)	1
Absence de relai en soins dans le système de droit commun (IDE, Kiné)	1
Difficultés de liaison entre PASS et CPAM	1
Refus de prise en charge par des spécialistes	1

20. GRILLE DE L'ENQUETE AUPRES DES PASS

Évaluation intermédiaire du Projet Régional de Santé Questions auprès des PASS

(Démarche complémentaire à l'enquête nationale de la circulaire du 18 juin 2013)

L'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire mène en 2013 une évaluation intermédiaire du Projet Régional de Santé sur la thématique de la Santé des Populations en Grande Vulnérabilité. La réalisation en a été confiée au département d'évaluation des politiques de santé et dispositifs de l'ARS.

L'un des aspects de cette évaluation concerne l'accès au droit commun, et le rôle des PASS en la matière.

Afin d'éviter de multiplier les saisies de vos services pour demande d'information, est joint au tableau de collecte prévu par la circulaire du 18 juin 2013 un questionnaire élaboré pour l'évaluation régionale du PRS par le département d'évaluation des politiques de santé et dispositifs de l'ARS, visant à compléter l'enquête nationale.

Des questions « fermées » ont été privilégiées pour limiter votre mobilisation, mais vous disposez d'un espace de commentaires libres en fin de questionnaire, pour recueillir les idées que vous souhaitez exprimer sur le thème de cette enquête.

Nous vous remercions de bien vouloir prendre quelques instants pour le renseigner, et le retourner à l'ARS avec le questionnaire national.

*Dr Jean Paul BOULE
Xavier BRUN
Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire
Direction de l'Efficiencia de l'Offre
Département d'évaluation des politiques et dispositifs*

En cas de difficulté dans le remplissage du présent questionnaire, vous pouvez adresser un message à l'adresse suivante : ars-pdl-deo-eval@ars.sante.fr

IDENTIFICATION DE LA PASS

PASS de

PUBLIC ACCUEILLI

Parmi les publics suivants, pouvez – vous donner la part relative des publics accueillis à la PASS ?

Public	Part relative des différents publics dans l'ensemble des publics accueillis à la PASS			
	--	-	+	++
Étrangers en cours de demande d'asile				
Étrangers « sans papiers »				
Étrangers ressortissants de l'Union Européenne				
Français sans domicile fixe (jusqu'à 25 ans)				
Français sans domicile fixe (plus de 25 ans)				
Français disposant d'un domicile fixe mais ne pouvant accéder à une complémentaire santé pour raisons financières				
Autres (préciser)				

Quelle part des usagers se présentant à la PASS consulte ordinairement un médecin de ville ?

.....

Dans ces situations, quel est le motif de recours à la PASS ?

Indisponibilité du médecin de ville	
Besoin d'un plateau technique hospitalier	
Problématique sociale associée	
Autres (préciser)	

ACCES AU DROIT COMMUN : DEFINITION, PRATIQUES ET FREINS

Q1) Pour décrire les critères caractérisant, selon vous, l'**accès au droit commun**, classez du plus important (1) au moins important (7) les critères suivants :

	Assurance maladie de base
	Assurance maladie complémentaire
	Accès à un hébergement ou un logement
	Accès à un médecin généraliste de ville
	Accès à un médecin spécialiste de ville
	Identification d'un médecin traitant
	Autre (préciser)

Q2) Dans la **pratique de la PASS**, classez du plus fréquent (1) au moins fréquent (7) les activités réalisées en termes d'accès au droit commun des usagers.
Pour les activités non réalisées par votre PASS, indiquez « NC ».

	Accompagnement à l'acquisition d'une couverture maladie de base
	Accompagnement à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire
	Orientation et aide à l'accès à un plateau technique en établissement de santé
	Orientation et aide à l'accès à la médecine de ville (mise à disposition de liste, explication des modalités de recours)
	Transmission du dossier médical de l'utilisateur à son médecin de ville
	Orientation vers des dispositifs d'accès à un logement ou un hébergement
	Autre (préciser)

Q3) Dans la pratique de votre PASS, indiquez les obstacles à l'accès au droit commun les plus fréquemment rencontrés par les usagers. Précisez le type de public de la PASS si une catégorie est plus particulièrement concernée (ex. : obstacle de la langue pour les étrangers...).

Obstacles rencontrés	Public concerné

RELATIONS AVEC LES PARTENAIRES

Q4) Jugez – vous que la PASS est identifiée et ses missions connues :

<i>Par les acteurs du champ social ?</i>	Pas du tout	
	Plutôt pas	
	Plutôt	
	Tout à fait	
	Aucun élément d'information pour répondre	
<i>Par les professionnels de santé de ville ?</i>	Pas du tout	
	Plutôt pas	
	Plutôt	
	Tout à fait	
	Aucun élément d'information pour répondre	

Q5) Avez-vous mené des actions (communication, information...) pour améliorer cette visibilité :

<i>Auprès des acteurs du champ social ?</i>	Oui	
	Non	
<i>Auprès des professionnels de santé de ville ?</i>	Oui	
	Non	

Le cas échéant, illustrer de quelques exemples (nature et destinataire de l'action, effets constatés en termes d'accompagnement des usagers vers le droit commun) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Dans quelle mesure les PASS permettent – elles un
retour au droit commun des personnes en grande vulnérabilité ?**

COMMENTAIRES LIBRES

- - -

Merci de votre contribution

21. EXTRAIT DE LA CIRCULAIRE PASS DU 18 JUIN 2013

« Annexe 1 »

REFERENTIEL pour les PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE / PASS 2013

Le référentiel est destiné à tous les acteurs oeuvrant dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Il traite des différents aspects de son activité qu'elle s'exerce à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement de santé dont dépend chaque permanence.

Ce référentiel intègre :

- des éléments relatifs à la composition et à l'organisation au sein de la PASS,
- des éléments d'ordre quantitatif en termes d'activité,
- des éléments d'ordre qualitatif par référence notamment au guide élaboré par la DHOS en 2008 en particulier sur le plan de l'inscription sur le territoire en relation avec l'ensemble des acteurs œuvrant auprès des personnes en situation de précarité.

I Définitions et objectif

A – Une permanence d'accès aux soins de santé

C'est un dispositif créé par l'article L6112.6 du code de santé publique adapté aux personnes en situation de précarité, qui vise à leur faciliter l'accès au système de santé et à les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Une PASS doit :

- offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Ces soins peuvent ne pas être soumis à facturation pour les patients pour lesquels, il apparaît au moment de la réalisation des actes, qu'ils ne pourront pas bénéficier d'une couverture sociale.
- agir à l'intérieur de l'établissement et à l'extérieur de celui-ci pour faciliter le repérage et la prise en charge de ces patients et construire un partenariat institutionnel élargi.

La permanence est habituellement située dans un établissement de santé ; elle peut cependant être localisée sur un site en dehors de l'enceinte de l'établissement de santé, de manière à faciliter l'accès de certains publics. Quel que soit son mode d'organisation - PASS centralisée, dont l'action s'effectue pour l'essentiel sur un local dédié, ou, PASS transversale, c'est-à-dire dont l'activité est peu localisée car portée par un ensemble des professionnels sociaux et sanitaires dans l'établissement - il convient que la PASS soit facilement identifiable et accessible aux patients, ainsi qu'aux acteurs internes et externes à l'établissement de santé. Pour ce faire, elle dispose de personnel dédié, en particulier d'un référent social et d'un référent médical connu de tous.

Afin de garantir sa lisibilité, chaque PASS doit bénéficier d'une signalétique claire à l'accueil et dans les principaux lieux de passage dans l'établissement de santé. Son rôle, les modalités d'accès et sa localisation doivent être connus dans l'enceinte de l'établissement et au-delà, par diffusion de brochure ou plaquette dans les lieux publics et une présentation sur le site internet des établissements de santé.

La grande majorité des PASS doit conserver une vocation généraliste. Cependant il s'est avéré nécessaire de créer des permanences spécialisées dans le cas de pathologies pour lesquelles l'accès aux soins est particulièrement difficile : PASS buccodentaires et PASS

psychiatriques, ces dernières devant travailler en lien étroit avec les équipes mobiles psychiatrie-précarité. Enfin certaines PASS existantes bénéficient de crédits spécifiques afin d'exercer au niveau régional une fonction de coordination, d'appui et d'expertise auprès des acteurs des PASS de la région, elles sont nommées PASS à vocation régionale.

B – Le patient bénéficiaire de la PASS

C'est un patient en situation de précarité qui a besoin de soins externes et qui ne peut y accéder :

- en raison de l'absence d'une couverture sociale ou de son incomplétude ;
- pour d'autres raisons d'ordre social : patient désocialisé, ayant des difficultés à s'orienter, devant être accompagné dans son parcours de soins.

Il convient de rappeler que les patients en situation de précarité, dès lors qu'ils sont hospitalisés, relèvent au même titre que les autres patients, des services sociaux attachés au service d'accueil. Ceci n'est pas exclusif d'une coopération entre ces services et la PASS, si la situation complexe du patient le nécessite.

Le repérage des patients requérant l'accueil et l'orientation par une PASS est réalisé par l'ensemble des professionnels hospitaliers, quelle que soit l'unité de prise en charge. Pour faciliter ce repérage, la PASS doit élaborer et diffuser à tous un document/protocole formalisé, qui définit les situations de précarité, donne des indicateurs d'alerte et fournit des outils (critères, score, échelle, etc.) permettant d'évaluer la situation des patients nécessitant un accompagnement spécifique.

C – L'accès aux soins

Le patient bénéficiaire de la PASS doit pouvoir accéder comme tout patient aux consultations dispensées dans l'établissement ; le cas échéant, il convient de signaler dans son dossier médical, que le personnel de la PASS l'accompagne et que sa médiation peut donc être sollicitée, notamment pour résoudre d'éventuelles difficultés induites dans le cadre ou à l'issue des actes (problème de compréhension, difficultés pour le règlement, etc.).

Tout patient accueilli doit pouvoir bénéficier grâce à la PASS, d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation et de soins. La PASS fournit un accès aux soins au sens large : à une consultation médicale généraliste ou spécialisée, à des soins odontologiques, à une prise en charge en soins infirmiers, au plateau technique, à la délivrance de médicaments. Elle doit avoir les moyens de recourir à des services d'interprétariat si nécessaire.

La PASS permet à tout patient d'être accompagné dans son parcours (pour réaliser des démarches, entrer en contact avec des professionnels soignants, l'aider pour l'observance ou la compliance aux prescriptions du médecin...) afin d'accéder à l'offre de soins de droit commun et de bénéficier d'une continuité des soins conforme à ses besoins ; il est orienté à l'issue de sa prise en charge à la permanence. »

22. ÉTUDE DES APPELS A PROJET PREVENTION 2012 ET 2013

Méthodologie

L'équipe d'évaluation a eu accès aux listings des réponses positives de l'ARS aux demandes déposées dans le cadre des appels à projet (AAP) en prévention 2012 et 2013. Les résultats présentés par la suite sont le produit de l'analyse de ces réponses. Ils concernent donc uniquement les réponses positives et n'englobent pas les demandes non acceptées par l'ARS.

Principaux résultats

Les actions financées avant 2012 dans le cadre du PRAPS-PRSP et n'entrant pas dans les 5 priorités thématiques (alimentation/activités physiques et sportives, conduites addictives, relations affectives et sexuelles, santé mentale et suicide ainsi que santé et environnement) ont bénéficié d'un examen spécifique jusqu'en 2013, dans une logique de continuité des actions. Les principales actions ont concerné l'aide à l'interprétariat, la veille sociale en Loire-Atlantique, les missions de Médecins du Monde auprès des Roms et des personnes en grande précarité ainsi que le financement d'un point santé en Vendée (12 actions en 2012 et 9 actions en 2013).

En 2014, toutes les actions relevant des appels à projets devront relever des 5 thématiques prioritaires. Sinon, elles ont vocation à évoluer pour leurs financements vers des contrats pluriannuels, des conventions annuelles ou l'intégration dans des budgets d'établissements. C'est également le cas des actions des établissements de détention qui font l'objet d'un appel à projet distinct auprès des établissements de santé.

L'ARS n'a pas individualisé, dans ses rapports d'activité, les actions ciblant les personnes en grande vulnérabilité telles qu'elles ont pu être définies dans le PRAPS. La mission d'évaluation, grâce à la mise à disposition de la base des réponses des appels à projet, a pu cependant reconstituer en grande partie les actions concernées.

En 2012 comme en 2013, les financements accordés dans le cadre des appels à projet à destination des personnes en grande vulnérabilité ont majoritairement été accordés à des projets répondant aux cahiers des charges des 5 thématiques prioritaires (562 660 euros en 2013). La répartition par thématique, par type de population et par département de ces actions (nombre et crédits) figure ci-dessous. En 2012 comme en 2013, les thématiques portant sur la santé mentale et sur la nutrition ont été plus particulièrement bénéficiaires de ces crédits (75 actions sur 94 en 2013). Au sein de ces deux dernières thématiques, plus de la moitié des crédits accordés concernaient des actions visant des personnes en grande vulnérabilité.

En 2012 comme en 2013, en matière de santé mentale, près des 2/3 des crédits ont été fléchés à destination d'une association dédiée en lien avec le CESAME (Angers), 14 missions locales (78 500 € en 2013) et un point relais écoute et parole en zone rurale. Les autres actions ont été portées par des associations gestionnaires de structures sociales, des CCAS ou des centres sociaux ainsi que par diverses associations dont l'IREPS.

En 2012 comme en 2013, en matière de nutrition, les actions ont surtout été représentées par l'organisation d'ateliers santé.

En 2013, ce sont 94 actions sur les 236 actions soutenues par l'ARS qui ont concerné les personnes en grande vulnérabilité (40% des actions et 37% des crédits).

Les principales catégories bénéficiaires ont été les jeunes en insertion ou fréquentant les missions locales (22 actions), les publics des centres sociaux et des CCAS (14), les détenus (9), les publics en hébergement social (7). Les migrants (2 actions), les grands précaires (3 actions), les gens du voyage et les Roms (2 actions) ont été peu ciblés dans les financements accordés.

En répartition départementale, la Loire-Atlantique est bénéficiaire d'environ 1/3 des crédits. La Sarthe et le Maine-et-Loire sont bénéficiaires d'environ 20% des crédits. La Sarthe est donc au prorata de sa population plus bénéficiaire que le Maine-et-Loire et que la Vendée. C'est un département marqué par des zones de précarité notamment chez les jeunes.

2012-2013 : financements à destination des personnes en grande vulnérabilité des AAP prévention

2012 : 826 283 € au total dont 224 000 € « fléchés PRAPS » et 602 283 € « non fléchés PRAPS » (surtout nutrition et santé mentale)

2013 : 815 610 € au total dont 252 950 € « fléchés PRAPS » et 562 660 € « non fléchés PRAPS » (surtout nutrition et santé mentale)

Plus de la moitié des crédits santé mentale et nutrition accordés sont ainsi à destination des personnes en grande vulnérabilité.

Année 2012

Thématique	Montant Total AAP	Montant AAP ciblant les PGV	Pourcentage crédits ciblés par thématique
PRAPS	224 000	224 000	100%
Santé mentale	556 816	329 516	59.2%
Addictions	952 430	35 530	3.7%
Nutrition	339 949	192 719	56.7%
Sexualité	604 744	51 018	8.4%
Santé environnementale	210 755	5 000	2.4%
TOTAL	2 888 694	826 283	28.6%

Département	Nombre AAP ciblant les PGV	Montants AAP ciblant les PGV	Part respective de chaque département
44	41	282 915	34.2%
49	7	148 850	18%
53	6	30 516	3.7%
72	18	156 050	18.9%
85	17	117 234	14.2%
région	11	90 718	11%
TOTAL	100	826 283	100%

Année 2013

Thématique	Montant Total AAP	Montant AAP ciblant les PGV (avec nombre de projets)	Pourcentage crédits ciblés par thématique
PRAPS	252 950	252 950 (9)	100%
Santé mentale	619 620	342 450 (38)	55.2%
Addictions	257 200	20 500 (8)	8%
Nutrition	393 310	186 210 (37)	47.3%
Sexualité	444 514	13 500 (2)	3%
Santé environnementale	225 200	0 (0)	0%
TOTAL	2 192 794	815 610 (94)	37.2%

Département	Nombre AAP ciblant les PGV	Montants AAP ciblant les PGV	Part respective de chaque département
44	29	268 550	32.9%
49	13	166 900	20.5%
53	10	64 450	7.9%
72	19	147 800	18.1%
85	13	120 810	14.8%
région	10	47 100	5.8%
TOTAL	94	815 610	100%

	PRAPS	Santé mentale	Addictions	Nutrition	Sexualité	Total
Prostituées					1	1
Jeunes en mission locale		14				14
Jeunes en insertion			2	5	1	8
Détenus	1	6	1	1		9
Public centre social		1	1	9		11
Public CCAS		1		2		3
Public en insertion		2		1		3
Public en hébergement social	1	1		5		7
Gens du voyage et Roms	1			1		2
Migrants	2					2
Bénéficiaires aide alimentaire		2				2
Personnes inclus ASV		2	2	1		5
Travailleurs sociaux et bénévoles	1	1	1			3
Personnes âgées isolées milieu rural				3		3
Grands précaires	2	1				3
Non catégorisés précisément	1	7	1	9		18
TOTAL	9	38	8	37	2	94

L'AAP 2014 reprend les 5 thématiques prioritaires et les 3 populations cibles

Particularité cette année dans le guide destiné aux porteurs de projet, il n'est plus fait allusion à la continuité des financements pouvant être accordés pour les populations en précarité. Les 5 thématiques ne sont censées plus souffrir d'exception.

23. ÉTUDE DES ACTIONS DE PREVENTION ENREGISTREES DANS OSCARS

Étude quantitative des actions enregistrées dans OSCARS à la date du 2 octobre 2013

1. Méthodologie

1.1. Présentation synthétique de la base OSCARS

La base OSCARS (Outil de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé), conçue par le comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2005, et déployée depuis à 12 autres régions, a vocation à enregistrer les actions de santé, financées par les agences régionales de santé qui l'utilisent, mais aussi par d'autres opérateurs.

La recherche des actions dans la base peut être faite à partir d'une série de critères :

- Année de mise en œuvre de l'action
- Thème de l'action
- Public visé
- Type d'action
- Territoire de déploiement de l'action (département, commune, territoire)
- Programme (en Pays de Loire, depuis 2012, cette catégorisation est opérée à partir des objectifs du schéma régional de prévention, auxquels s'ajoutent le Plan Régional Santé Environnement et le Plan Régional Santé au Travail)
- Porteur (nominatif)
- Type de structure (catégories juridiques ou institutionnelles du porteur de l'action)
- Financeurs
- Plan national auquel l'action se rattache
- Catégorie de résultat de l'action⁴

Chaque critère comporte une liste d'items pré-constituée. Cocher un ou plusieurs items, pour un plusieurs critères, permet d'extraire la liste des actions correspondantes. La sélection donne le nombre d'actions concernées.

A noter qu'au sein de chaque critère, une action peut être caractérisée par plusieurs items. Ainsi, par exemple, le fait qu'une action ait été identifiée comme dédiée à un public de personnes sans domicile fixe ne signifie pas qu'elle ne soit pas aussi destinée à d'autres populations.

⁴ En référence à l'outil de catégorisation des résultats des projets de promotion de la santé et de prévention développé par Promotion Santé Suisse (2005) et adapté pour la France par l'INPES (dernière version janvier 2010).

1.2. Exploitation réalisée par l'équipe d'évaluation

En utilisant les critères et les items de la base, pour les actions se rapportant aux années 2010 à 2012, l'équipe d'évaluation a cherché à répondre à 4 questions. Le tableau suivant présente les questions et les interrogations de la base correspondante.

La recherche a consisté à relever le nombre d'actions identifiées par OSCARS correspondant aux variables mobilisées. Les résultats de cette recherche correspondent à l'état de remplissage de la base au 2 octobre 2013, sauf mention contraire.

Dans le cadre de cette recherche, les catégories de population suivantes ont été retenues pour définir les populations en grande vulnérabilité (désignées par le sigle PGV dans la suite de ce document), compte tenu des items proposés par OSCARS :

- Personnes détenues ou sous main de justice
- Gens du voyage
- Personnes immigrées
- Personnes sans domicile fixe
- Personnes en difficulté socio-économique

Le sélecteur « OU » a été utilisé : ressortent donc les actions qui concernent l'une ou l'autre de ces populations, mais cela ne signifie pas qu'elles concernent exclusivement ces populations (cf. supra).

Questions	VARIABLES MOBILISÉES
Quelle est la part des actions dédiées aux PGV sur l'ensemble des actions enregistrées dans OSCARS pour la période de référence ?	- Années 2010, 2011, 2012 - PGV / pas de population sélectionnée Aucun autre critère
Quelle est la part des actions dédiées aux PGV sur l'ensemble des actions, par programme de rattachement / aux objectifs du schéma régional de prévention ?	- Année 2012 - PGV / pas de population sélectionnée - Critère « Programme » : sélection programme par programme
Quelles sont les types d'actions les plus récurrents en faveur des PGV ? Est-ce différent de la situation pour la population générale ?	- Années 2010, 2011, 2012 - PGV / pas de population sélectionnée - Critère « Type d'action » : sélection type d'action par type d'action
Quelle est la part des actions dédiées aux PGV en fonction du porteur de l'action ?	- Années 2010, 2011, 2012 - PGV / pas de population sélectionnée - Critère « Type de structure » : sélection type de structure par type de structure

2. Résultats

2.1. Quelle est la part des actions dédiées aux personnes en grande vulnérabilité sur l'ensemble des actions enregistrées dans OSCARS pour la période de référence ?

	Nombre total actions OSCARS	Nombre total actions PGV (connecteur OU)	% des actions
2010	310	85	27,4%
2011	314	92	29,3%
2012	271	91	33,6%
total 2010-2012	895	268	30%

30 % des actions enregistrées dans OSCARS pour les années 2010 à 2012 sont identifiées comme visant l'une ou l'autre des PGV sélectionnées (sans préjudice d'autres populations incluses).

L'apparente évolution de cette proportion sur la période peut correspondre à une évolution du degré d'exhaustivité de la base, sachant que n'y figurent pas exclusivement les actions financées par l'ARS, même si elles représentent la majorité⁵, et pas forcément une augmentation objective de la proportion des actions en faveur des PGV.

⁵ Au 28/01/2013, 87% des actions dans OSCARS pour la période 2010-2012 ont eu un financement ARS, 95% pour les actions dédiées au PGV.

2.2. Quelle est la part des actions dédiées aux PGV sur l'ensemble des actions, par programme de rattachement / aux objectif du schéma régional de prévention ?

A noter que, à partir du critère « programme », 260 actions ont été extraites par la base (89 concernant les PGV), exclusivement pour l'année 2012 puisque cette catégorisation n'a été utilisée qu'à partir de l'année de parution du projet régional de santé.

objectif SRP		nb actions tout public	nb actions PGV	% actions PGV par programme
13	Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité	62	42	67,7%
15	Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence	16	10	62,5%
3	Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie	37	17	45,9%
1	Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles	99	19	19,2%
na	Plan Régional Santé Environnement 2010-2013 - 10 actions pour un environnement favorable à la santé	7	1	14,3%
2	Garantir l'accès à un programme d'éducation thérapeutique à chaque patient le nécessitant	2	0	0,0%
4	Prévenir la perte d'autonomie, son aggravation et ses conséquences	8	0	0,0%
6	Développer les compétences des acteurs de santé pour une prévention de qualité	18	0	0,0%
7	Engager les acteurs de santé de premier recours dans les actions de prévention de proximité	5	0	0,0%
8	Engager tous les établissements de santé et médico-sociaux dans le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée	3	0	0,0%
14	Réduire les impacts de l'environnement sur la santé	2	0	0,0%
na	Plan Régional Santé au Travail 2 (2010-2014)	1	0	0,0%
5	Améliorer la couverture vaccinale de la population	0	0	
9	Maîtriser les risques liés aux activités de santé	0	0	
12	Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé	0	0	

Si, sans surprise, les actions visant les PGV représentent plus des deux tiers des actions se rattachant à l'objectif « Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité », la part des actions visant ces publics est également très significative dans les objectifs relatifs à la coopération et la coordination des acteurs autour de

l'enfance (62,5%) et au ciblage des actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie (45,9%).

A l'inverse, on observe (et sous la réserve d'un nombre parfois restreint d'actions) une part nulle ou très minoritaire des actions visant les PGV en matière de développement des compétences des acteurs de santé pour une prévention de qualité, ou encore de santé environnementale.

Un examen de la répartition des actions par programme, au sein de chaque échantillon (PGV et tout public) met en exergue une structure comparable (écart inférieur à 5 points entre population générale et PGV), à quatre programmes près :

- « *Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles* » réunit 38 % des actions en population générale, mais 21% seulement des actions dédiées aux PGV ;
- « *Développer les compétences des acteurs de santé pour une prévention de qualité* » représente 7 % des actions en population générale, 0 % pour les PGV ;
- « *Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité* » représente 24 % des actions en population générale, 47% pour les PGV ;
- « *Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence* » représente 6 % des actions en population générale, 11% pour les PGV.

2.3. Quelles sont les types d'actions les plus récurrents en faveur des PGV ? Est-ce différent de la situation pour la population générale ?

Chaque action enregistrée dans OSCARS peut contenir plusieurs types d'actions. Ainsi, alors que la somme des actions dans OSCARS s'élève à 895 pour la période 2010-2012, le nombre de « types d'activités » correspondant s'établit à 2 000.

Dans le présent paragraphe, le raisonnement portera en nombre d'occurrences des « types d'activité », et non en nombre d'actions. Les données sont présentées dans le tableau suivant par ordre décroissant de la part de chaque type d'action dans les occurrences concernant les PGV.

	structure des itérations PGV	structure des itérations Population générale	Écart PGV - population générale
Éducation pour la santé	24,8%	20,4%	4 pts
Communication, information, sensibilisation	17,2%	20,6%	-3 pts
Accueil, écoute, orientation	15,5%	12,2%	3 pts
Travail en réseau	7,6%	7,5%	0 pts
Consultation ou accueil individualisé de prévention	6,5%	4,4%	2 pts
Soutien aux équipes	4,7%	7,6%	-3 pts
Formation	4,5%	7,4%	-3 pts
Prise en charge sociale	3,9%	1,5%	2 pts
Action de santé communautaire	2,8%	1,8%	1 pts
Prise en charge médicale	2,6%	1,6%	1 pts
Appui et/ou suivi en méthodologie et évaluation	2,6%	5,1%	-2 pts
Documentation	1,7%	2,2%	0 pts
Éducation thérapeutique	1,4%	0,9%	0 pts
Étude de besoins - diagnostic	1,4%	1,1%	0 pts
Coordination locale	1,1%	1,8%	-1 pts
Consultation de dépistage	0,8%	1,4%	-1 pts
Production, analyse ou valorisation d'outil	0,5%	1,5%	-1 pts
Étude et recherche	0,3%	0,6%	0 pts
Actions liées à la réglementation	0,2%	0,7%	-1 pts
Fonctionnement de la structure (Dépistage)	0,0%	0,3%	0 pts

Les différences entre PGV et population générale sont plutôt marginales : au plus relève – t – on pour les PGV un poids plutôt supérieur de « éducation pour la santé » et de « accueil, écoute et orientation » (+4 pts et +3 pts), et un poids plutôt inférieur (- 3 pts) pour « soutien aux équipes » et « formation ».

2.4. Quelle est la part des actions dédiées aux PGV en fonction du porteur de l'action ?

La base OSCARS permet d'identifier les « types de structures » portant l'action. Pour une action de l'échantillon, cette mention n'était pas renseignée. A noter que, dans le tableau suivant, ne figurent que les types de structure pour lesquelles au moins une action est rattachée ; ainsi, sur les 19 types prévus dans OSCARS, seuls 7 sont ici représentés.

	nb actions	nb actions PGV	% actions PGV par structure porteuse
Autre	15	11	73,3%
Établissement de santé	27	9	33,3%
Collectivité territoriale - commune ou intercommunalité	19	6	31,6%
Association	776	238	30,7%
Assurance Maladie	22	2	9,1%
État - éducation nationale	15	0	0,0%
Mutuelles	20	0	0,0%

Si, en pourcentage des actions concernant les PGV, les porteurs « Autres » sont les plus représentés, le monde associatif est prédominant en nombre d'actions concernées (ce qui vaut pour les PGV comme pour la population générale).

Ces constats ne sont pas forcément sans lien avec les questions de remplissage de la base OSCARS et de financement des actions (exhaustivité, inscription par les différents acteurs...).

24. CONTRATS LOCAUX DE SANTE ET PRECARITE

1.Extrait du dossier Internet de l'ARS (visibilité apportée par l'ARS) :

8 Contrats Locaux de Santé signés au 31.12. 2013 (11 CLS en projet).

Ils sont la déclinaison infra territoriale du PRS.

Objectif général : soutenir des dynamiques locales de santé sur des territoires de proximité, en assurant la coordination des politiques publiques

Sur la base d'un diagnostic partagé, le CLS vise à :

- Agir sur les déterminants de santé, en ciblant plus particulièrement les déterminants des inégalités sociales, d'accès à la santé et d'éducation à la santé ;
- Améliorer les parcours de santé.

Il doit accorder une attention particulière aux personnes les plus fragiles.

Plaquette de présentation incluse dans ce dossier Internet :

- Conclu entre l'ARS et les collectivités territoriales pour un projet commun, il crée des synergies pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé
 - 3 thématiques socles :
 - o Prévention, promotion de la santé, santé environnement ;
 - o Accès aux soins, offre de santé, ETP ;
 - o Parcours des personnes âgées ou des publics spécifiques.
Exemple : coordonner les actions menées en direction des personnes marginalisées dans la rue
- + actions hors socle

Commentaires :

- *affichage clair de l'ARS de réduire les inégalités de santé au travers des CLS*
- *les actions à destination des PGV peuvent être retrouvées dans les 3 thématiques socles comme en dehors de celles-ci*

2. Recensement des actions spécifiques en faveur des populations en grande vulnérabilité dans les 8 CLS signés par l'ARS

CLS	Thématiques	Actions spécifiques PGV
Angers	Santé mentale	21 actions dont : 1. Soutenir les dynamiques existantes et favoriser la mise en place de groupes ou équipes ressources pour faciliter le maillage et l'accès aux soins pour des populations spécifiques 2. Poursuivre et renforcer le fonctionnement du DIASM
Ile d'Yeu	Organisation des soins/Prévention/PA...	Pas d'actions spécifiques sur les 20 actions du CLS
La Roche/Yon	Divers dont Précarité	48 actions, dont des actions spécifiques vers les PGV (en lien avec ASV) : - Communication autour des dispositifs d'aide à l'acquisition d'une mutuelle /Ville - Communication auprès des personnes en situation de précarité sur les structures d'accès aux soins accessibles gratuitement (CES, CFPD) /Ville - Création d'acteurs relais pour la promotion des offres de soins de la CPAM (le dépistage organisé du cancer du sein, les examens bucco-dentaires à destination des 6 – 18 ans, les bilans de santé réalisés au centre d'examen de santé de la CPAM et les prestations sociales de la CARSAT) /CPAM - MSP (public défavorisé visé) /professionnels de santé Et dont des actions concernant notamment les PGV (fléchés prévention) : - Rendez-vous de la santé - Manger-bouger à Jean Yole, un plaisir - Ateliers d'échanges culinaires - Développement des approvisionnements locaux pour l'achat des produits frais dans les épiceries solidaires de la ville - Promotion des examens bucco-dentaires auprès des élèves des écoles du réseau Réussite Scolaire - Prévention et information sur les addictions pour les habitants du territoire Jean Yole/Pyramides - Le bien être comme facteur d'insertion - Lutte contre l'habitat indigne
Le Mans-Allonnes-Coulaines	Divers dont précarité	38 actions dont certaines assez spécifiques aux PGV : - Formation « Animer un atelier sur l'estime de soi » et ateliers - Epicerie solidaire des Sablons

		<ul style="list-style-type: none"> - Prévention et lutte contre l’habitat indigne - Actions santé-précarité et alimentation saine - Action de prévention et de réduction des risques VIH/hépatites envers les personnes migrantes et/ou les personnes en situation de précarité - Publics de la rue <p>D’autres actions peuvent viser notamment des PGV</p>
Mayenne	Santé mentale – PA – médecine libérale...	Pas d’actions spécifiques sur les 10 actions du CLS
Nantes	Divers dont précarité	12 actions dont : <ol style="list-style-type: none"> 1. Promouvoir l’accès aux soins de droit commun des publics vulnérables 2. Favoriser le recours au bilan de santé 3. Réaliser une étude sur les freins à l’accès aux soins des habitants de Bellevue 4. Mettre en place un réseau santé précarité sous impulsion de l’ARS
Saint-Aignan-Renazé-Pays craonnais	Gériatrie (PA)	Pas d’actions spécifiques sur les 21 actions du CLS
Trélazé	Addictions	La prévention des conduites addictives concerne plus particulièrement 50% de la population trélazéenne qui habite un quartier en ZUS

Commentaires

Sur 8 CLS signés,

- 3 abordent explicitement les questions de précarité : Nantes/Le Mans et La Roche-sur-Yon
- 2 CLS thématiques (Angers et Trélazé) abordent la précarité car les thématiques retenues (addictions et santé mentale) concernent notamment les PGV
- 3 CLS ruraux n’abordent pas spécifiquement les questions de précarité et d’inégalités sociales de santé

Pour des CLS de grande ville non ciblés sur des thématiques, le CLS paraît être l’opportunité de mettre en relief les actions destinées aux PGV, que ce soit dans le cadre d’ASV (peu mis en avant cependant) ou plutôt dans le cadre de la politique de santé communautaire (notamment quand la commune est ville OMS).

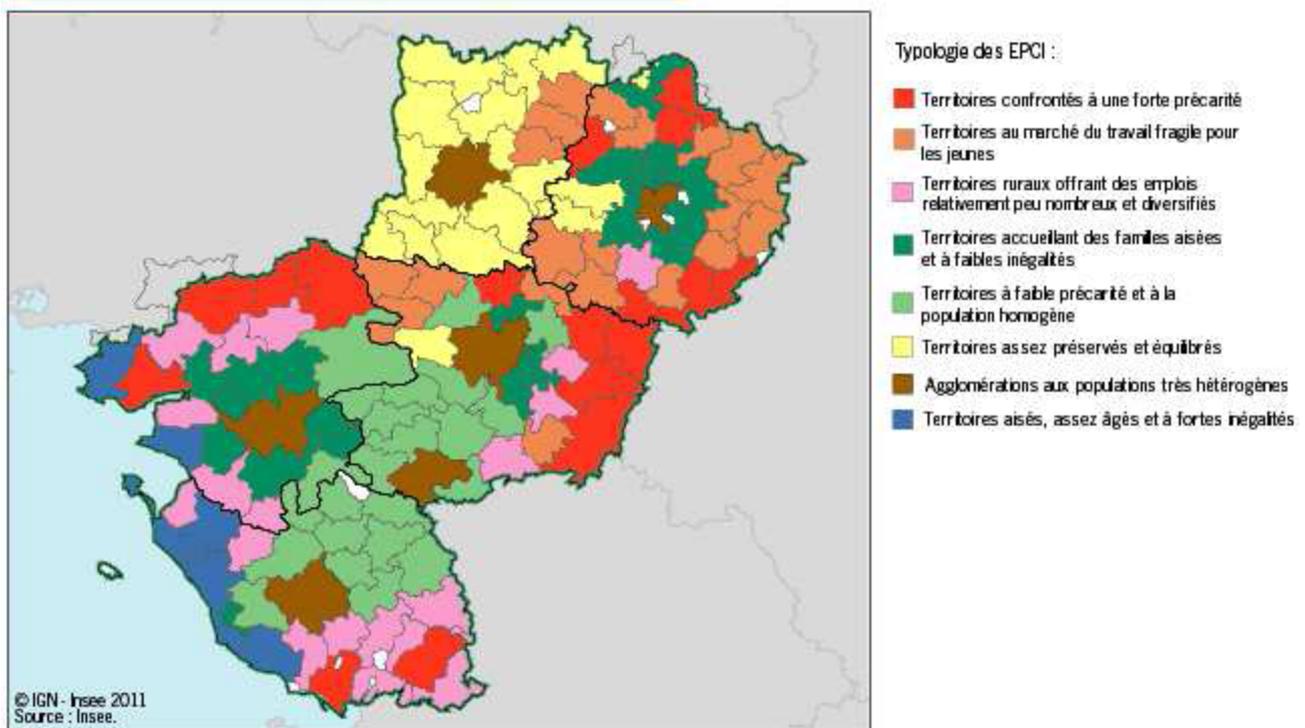
25. CARTOGRAPHIE DES INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES

1. Typologie des EPCI de la région selon l'INSEE

En synthèse départementale,

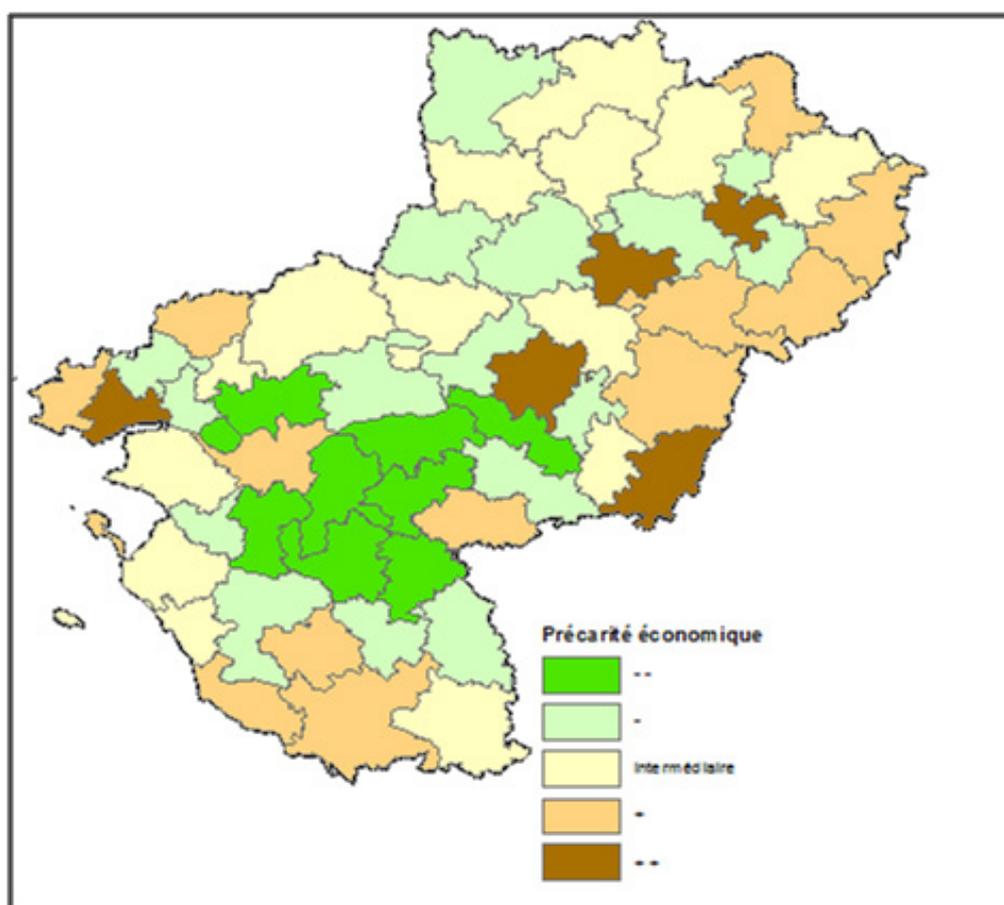
- la Loire-Atlantique présente le niveau de vie le plus élevé de la région, mais Nantes et Saint-Nazaire concentrent des personnes pauvres (ZUS, familles monoparentales) et des territoires ruraux sont touchés au nord
- le Maine-et-Loire présente une pauvreté marquée à l'est, au nord-ouest et à Angers
- la Mayenne présente le niveau de vie le plus faible de la région, avec des ménages âgés touchés et des territoires ruraux plutôt préservés
- la Sarthe présente certaines caractéristiques : grande pauvreté plus présente, surtout chez les jeunes, Le Mans concentrant davantage de pauvres et pauvreté dans le rural excentré
- la Vendée présente un éventail resserré des niveaux de vie, avec des territoires ruraux les plus touchés au sud et au nord-ouest

Huit familles de territoires au regard des disparités sociales



2. Carte régionale de la précarité économique (familles monoparentales, chômeurs dans la population active, personnes de 25-59 ans sans diplôme)

Le département d'Observation et d'Analyse de l'ARS a établi des typologies pour chacun des territoires de santé de proximité, tels que ces derniers ont été définis en Pays de la Loire. Un indicateur de précarité économique calculé à partir du taux de familles monoparentales, du taux de chômage dans la population active et du taux de personnes de 25-29 ans sans diplômes a été calculé par territoire de santé de proximité. L'indicateur représente un gradient de la part des populations précaires dans les territoires. On constate une sur représentation de la précarité dans les pôles urbains, de par l'effet volume. En dehors du phénomène urbain, la surreprésentation de la précarité (en pourcentage) se manifeste le long de la frontière Est ainsi que dans le Sud de la Vendée.



(Source ARS/DOA – Données INSEE- Document non publié-2013)

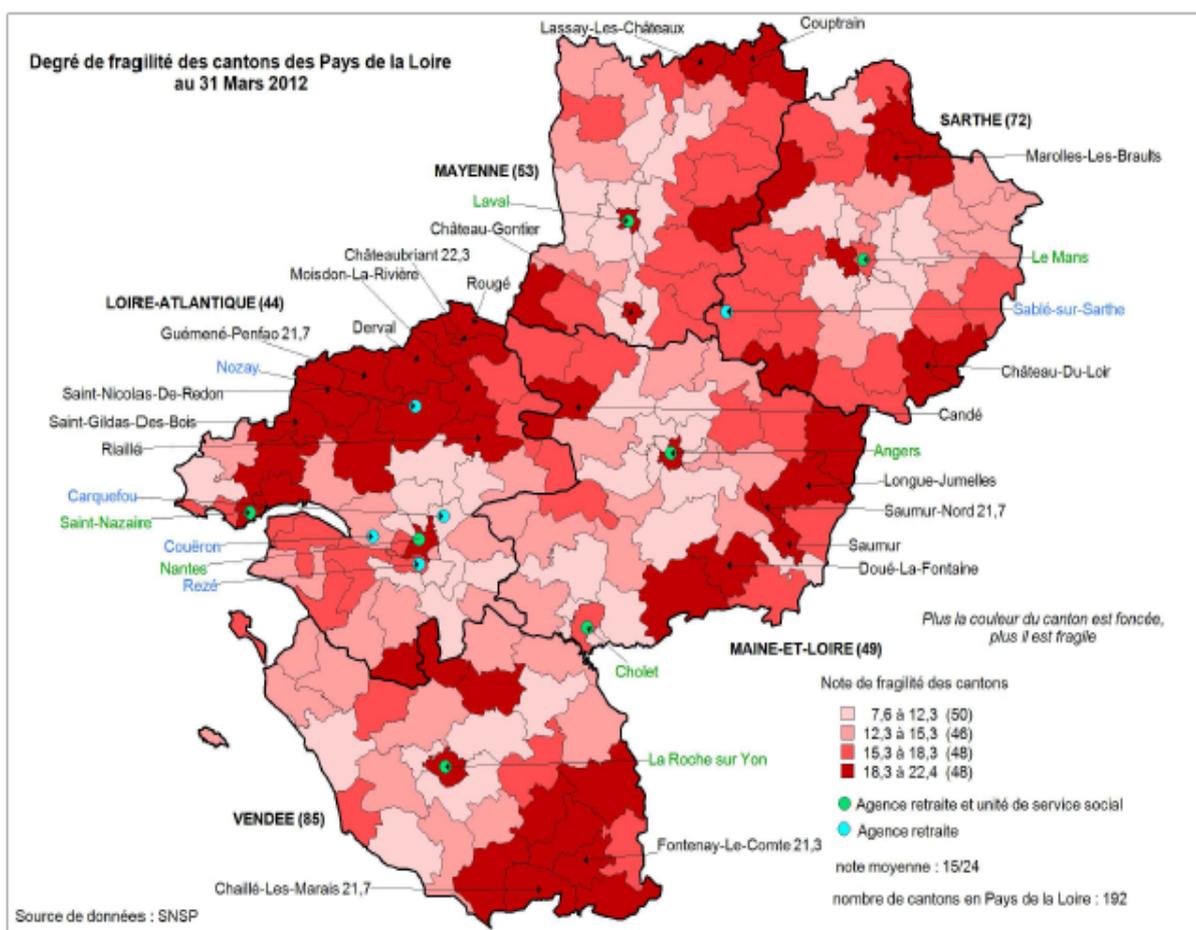
3. Cartographie cantonale des fragilités selon la CARSAT

La CARSAT des Pays de la Loire a créé un observatoire des "situations de fragilité". Une personne est considérée comme fragilisée dès lors que :

- la situation économique justifie l'attribution d'une prestation relevant des minima sociaux ou d'une prestation réservée aux personnes en situation de précarité ;
- l'assuré est confronté à des difficultés sociales ou liées à une période sensible de l'existence.

Un indicateur composite global a été créé prenant en compte le nombre de bénéficiaires d'un minimum vieillesse, le nombre d'exonérés de la CSG, le nombre de bénéficiaires d'une pension de réversion, le nombre de retraités de plus de 55 ans du régime général vivant seul et enfin des catégories d'âge.

Une cartographie par canton des Pays de la Loire du degré de fragilité au 31 décembre 2012 a été publiée (cf.ci-dessous). Elle résume très bien les territoires très fragiles précédemment cités qui sont le Nord de la Loire-Atlantique et le Sud-est de la Vendée. Les grandes villes ainsi que l'est de la région sont également touchés par la fragilité. A l'inverse, les périphéries des grandes villes comme Nantes, Angers, Laval, la Roche-sur-Yon ou Le Mans sont quant à elles très peu fragiles.



Carte 31 : Répartition par canton des Pays de la Loire du degré de fragilité au 31 Mars 2012

26. FREINS ET LEVIERS A LA PARTICIPATION DES PERSONNES EN GRANDE VULNERABILITE

- **Leviers et freins de la participation des usagers précaires : l'avis du CCRPA des Pays de la Loire**

Le CCRPA des Pays de la Loire a tenu une séance spécifique sur la participation le 21 octobre 2013⁶. Lors de cette séance, les éléments suivants ont été cités comme facteurs facilitant la participation :

- « - Un accueil convivial ;
- La prise en compte de l'autre ;
- Il faut donner envie : à l'équipe et aux résidents ;
- L'envie de faire bouger les choses ;
- L'organisation matérielle : être transporté, la prise en charge du coût du transport, il faut que cela soit gratuit ;
- Importance de la proximité ;
- Importance de l'accompagnement ;
- Il faut avoir confiance ;
- Il faut une souplesse de travail ;
- Pouvoir s'appuyer sur l'équipe ;
- L'envie d'apprendre ;
- Importance du regard des professionnels, la posture ;
- Avoir un coach ou être en binôme pour apprendre à s'exprimer en public ou pour nous aider à prendre la parole ;
- Prévoir un interprète pour les personnes ne parlant pas le français. »

A l'inverse, les obstacles à la participation suivants ont été cités :

- « - *Nécessité de respecter les horaires : travail, enfants à l'école... ;*
- *Lien avec l'emploi : être disponible ;*
- *État de santé fragile ; Nécessité d'être physiquement et psychologiquement capable à ce moment-là de participer ;*
- *Difficulté à s'exprimer : avoir du mal à parler aux gens ;*
- *Crainte de la parole en public ; Être en mesure de participer (logement,...) ;*
- *pouvoir venir : question du transport ;*
- *Question de l'accès aux personnes ne parlant pas le français. »*

Les trois idées qui ressortent de ces paroles d'usagers sont la question de la disponibilité (de temps, d'esprit), de la capacité à s'exprimer (obstacles liés à la maîtrise de la langue, à l'état de santé physique ou psychologique, à un manque de capacités à la prise de parole, ou encore à la crainte de prendre la parole) et enfin d'accessibilité aux lieux de débats.

⁶ Compte-rendu disponible sur le site de l'URIOPSS

- **Les limites et risques à la participation des usagers identifiés par l'ANESM**

L'ANESM a produit une recommandation spécifique : « Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale » (avril 2008). Cernant le champ et les enjeux de la participation des usagers dans les structures d'inclusion sociale, ce document pointe en introduction, sous forme d'interrogations, les limites et risques relatifs à l'expression et la participation dans ces structures :

« - *N'y a-t-il pas un risque, a travers la proposition d'expression et de participation, de mettre en place de nouvelles injonctions normatives ? La participation et l'expression seraient l'écho « civique » de l'injonction de (ré) insertion économique par le travail, dont on sait par ailleurs le peu d'effectivité ? « Participer » risquerait d'être un nouveau mot d'ordre, pour satisfaire davantage aux attentes des institutions et des professionnels, qu'à celles des usagers.*

- *N'y a-t-il pas une certaine illusion à proposer des instances de participation à des personnes souvent déstructurées, dont le lien social avec les autres est abimé, voire rompu ? La participation et l'expression supposent une aptitude à communiquer, à trouver intérêt à exprimer son point de vue devant d'autres. Or, la grande exclusion est hautement liée à des phénomènes de retrait social, d'indifférence au monde et de dépression grave, peu propices à la communication.*

- *Enfin, avant de s'inquiéter des questions d'expression et de participation, la priorité n'est-elle pas de répondre aux besoins des usagers en termes de sécurité, d'intimité, de soins et de respect ? Les structures sociales sont souvent, pour de nombreuses raisons, des lieux d'insécurité (dont la plus immédiate est l'incertitude du lendemain : « ou irai-je demain, après-demain, dans 6 mois ? ») et de manque d'intimité. Comme le dit un responsable de structure : « La question du fonctionnement institutionnel se pose moins aux usagers que celle de leur bien-être psychique, physique et de leur devenir social. ».*

- **Enseignements de l'étude réalisée à la demande de la Direction Générale de la Santé, en ce qui concerne les « exclus »**

Une étude a été réalisée à la demande de la Direction Générale de la Santé par le cabinet Planète Publique (« Pour un débat citoyen sur la santé plus actif - Étude sur les modes de participation des usagers citoyens à la prise de décision en santé», juillet 2011). Le rapport technique produit dans le cadre de cette étude consacre (pages 15 et suivantes) un développement à la participation des «exclus».

Il met en exergue les difficultés qu'éprouvent les personnes en mauvais état de santé à participer au système de santé pour des raisons pratiques (ex. déplacement) ou du fait de préoccupations médicales faisant passer au second plan la dimension collective. A ces difficultés s'ajoutent, pour les personnes en situation de précarité, la nécessité de faire face à d'autres facteurs qui peuvent se cumuler entre eux et avec leur état de santé et les éloigner de la participation aux décisions publiques (ex. perte de la citoyenneté, rupture du lien social, difficultés à parler le même langage que l'autre).

Il pointe par ailleurs que (...) *la participation des personnes les plus démunies relève, pour une partie du public, d'une démarche individuelle de sortie de l'exclusion : il s'agit de retisser du lien social et d'engager une démarche de sortie de l'exclusion(...); cette démarche individuelle est à la fois un préalable indispensable et une conséquence de la participation : en effet, les individus doivent se situer dans une situation d'équilibre entre les urgences sociales, sanitaires, ou économiques dont la résolution est suffisamment avancée*

pour pouvoir s'engager, tout en gardant une motivation à s'engager (dans le cas des dispositifs dédiés) ou du temps disponible.

Une des premières conditions à la participation en matière de santé pour les personnes en situation d'exclusion est donc de mobiliser ou remobiliser ces dernières sur l'enjeu que constitue leur propre santé, par rapport aux autres urgences qu'elles rencontrent (emploi, logement, papiers) : les problèmes liés à la santé peuvent en effet passer pour secondaires, alors que la résolution des problèmes sociaux constitue un processus intégré. ».

- **Un cadre réglementaire de la démocratie sanitaire en région qui n'incite pas, en l'état, à la représentation directe des populations en grande vulnérabilité**

Texte régissant la composition de la CRSA, le décret n° 2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, prévoit la représentation des usagers de services de santé ou médico-sociaux. Si la représentation des personnes âgées et handicapées est explicitement prévue, le texte renvoie pour les autres catégories aux associations agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.

Cet article vise les « associations régulièrement déclarées (...) ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades », leur agrément étant « notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à la transparence de sa gestion, à sa représentativité et à son indépendance. ». Dans les listes d'associations agréées, nationales et régionales, celles ayant vocation à porter la parole des usagers précaires apparaissent très marginales.

Par ailleurs, la représentation des acteurs de la cohésion sociale au sein de la CRSA est, aux termes du décret du 31 mars 2010, assurée par des représentants des associations œuvrant dans le champ de la lutte contre la précarité, d'une part, et par des représentants de la protection sociale, d'autre part.

En conclusion, le décret relatif à la composition de la CRSA ne prévoit pas explicitement la représentation des personnes précaires.

- **Autres freins à la participation identifiés lors des entretiens**

Des freins inhérents aux caractéristiques du public précaires ont été identifiés au cours des investigations, notamment en ce qui concerne les questions de santé. Ces obstacles concernent tant la participation au sein des établissements que la participation à des instances contribuant aux politiques et programmes.

- La **confiance** : un préalable à la participation, et elle peut être difficile à construire auprès de publics qui ont un vécu compliqué (une structure accueillant des personnes venant pour moitié de la rue, qui avait mis en place une réunion des résidents, indique qu'il a fallu un an pour que la confiance s'instaure) ;
- La santé renvoie à l'**intime** ; c'est un domaine où les usagers peuvent avoir une peur de la stigmatisation (problématique d'addictions, notamment) ;
- L'envie de « **tourner la page** » de l'exclusion ne pousse pas naturellement les usagers à se mettre en situation de représentant des personnes exclues ;

- La question de la **formation** est à double tranchant : si elle peut favoriser le portage de la parole devant les institutions, au profit d'une meilleure écoute, la formation des usagers présente le risque d'une forme de « professionnalisation » de la représentation ;
- Certains publics présentent une **fragilité – psychique**, notamment – et une fatigabilité qui constituent des obstacles à une prise de parole publique.

27. LE CCRPA EN PAYS DE LA LOIRE

Le Comité Consultatif Régional des Personnes Accueillies/ Accompagnées (CCRPA) en Pays de la Loire

- **La rencontre de préoccupations régionales et d'une dynamique nationale**

La création d'un Comité Consultatif Régional des Personnes Accueillies /Accompagnées (CCRPA) est née de la rencontre d'une préoccupation de fédérations associatives régionales (manifestée lors de la journée régionale « maux de pauvres, riches de mots » du 12 novembre 2010) et du dé ploiement d'expérimentations en région dans la continuité d'un Comité consultatif des personnes accueillies au niveau national. En Pays de la Loire, un comité de pilotage réunissant la FNARS, l'URIOPSS et la DRJSCS a été mis en place pour animer ce CCRPA.

- **Un cadre garantissant la libre expression des points de vue des usagers.**

Les ordres du jour sont proposés aux participants par l'association portant le CCRPA.

Dix règles de vie propices à l'expression des personnes régissent le fonctionnement du CCRPA⁷ :

- «1. On fonctionne sur un système d'entrée/sortie permanente : on vient une seule fois, ou plusieurs fois, de manière continue ou discontinue. C'est à la carte !
- 2. La parole de l'un vaut la parole de l'autre
- 3. On parle à partir de son expérience, quelle que soit la situation personnelle ou professionnelle dans laquelle on se trouve
- 4. On parle en son nom, pas au nom de la structure dans laquelle on travaille / on est accueilli(e).
- 5. Quand on ne comprend pas, on n'hésite pas à demander à se faire expliquer de nouveau !
- 6. On se respecte les uns les autres, on ne coupe pas la parole
- 7. On valide ensemble le travail effectué
- 8. Les pauses sont prévues, ne pas oublier de les rappeler aux animateurs !
- 9. Quand on s'engage dans un groupe de travail, on le fait sérieusement!
- 10. On porte ensemble le CCRPA, on le co-construit »

De fait, l'équipe d'évaluation a constaté lors des deux séances du CCRPA auxquelles elle a assisté que la parole était libre, et que le cadre d'animation mis en place pour structurer les débats et la réflexion collective ne bride pas l'expression des usagers.

⁷ Extrait d'un document présenté en CCRPA.

- **Un enjeu de diversification et de renforcement de la représentation des usagers dans la composition du CCRPA**

En Pays de la Loire, les usagers présents au CCRPA relèvent plus de résidences sociales que de CHRS. Il s'agit de personnes précaires, mais pas des personnes les plus précaires, même si certains participants peuvent avoir un passé de rue.

Des règles générales de composition sont communes à l'ensemble des CCRPA. Ainsi, notamment, si des institutions et associations siègent aux côtés des usagers, leur proportion ne doit pas excéder le tiers des membres présents. En Pays de la Loire, ce n'est pas encore le cas, mais les associations qui portent le comité tendent vers cet objectif.

Le « recrutement » des usagers se fait à travers les conseils de vie sociale des établissements participants. Le nombre de ces établissements est encore limité, et les associations qui portent le CCRPA essaient d'étendre cette participation : actions de communications, tenue de séances dans d'autres villes que Nantes, mise en ligne sur le site de l'URIOPSS des comptes-rendus des séances...

- **La recherche d'intégration dans les processus de décision**

Si le CCRPA est un lieu propice à l'expression par les usagers de leurs attentes vis-à-vis des politiques publiques, les modalités de réappropriation par les pouvoirs publics de la parole des usagers du CCRPA et leur intégration dans les politiques publiques régionales sont une préoccupation du CCRPA qui, lors d'une séance tenue le 21 octobre 2013, portait l'« Importance (...) du rendu-compte : rendre compte de ce qui a été fait ou mis en place suite aux demandes du CCRPA », « réactivité des pouvoirs publics ».

A ce titre, il convient relever que :

- les comptes-rendus sont systématiquement transmis au niveau national, à la DRJSCS et aux DDCS pour information ;
- la parole des usagers en CCRPA est le plus souvent restituée dans les comptes-rendus sous une forme « brute » ; il n'y a pas toujours de classement thématique des idées exprimées. La DRJSCS a demandé à l'URIOPSS de retraiter ces éléments « bruts » pour les regrouper par thématiques ou distinguer ce qui relève d'un niveau national, régional, départemental, ou bien de telle ou telle institution pour pouvoir cibler l'envoi des comptes-rendus et mieux les prendre en compte.

La question est posée de proposer aux membres du CCRPA des formations, par exemple sur la prise de parole en public, afin de favoriser le portage direct des paroles d'usagers auprès des institutions. Il est cependant craint un risque de « professionnalisation » de la représentation, qui pourrait être contraire à l'esprit du CCRPA tel qu'il est constitué.

Il faut noter la mise en place actuellement d'un groupe ad hoc au CCRPA avec des personnes accueillies volontaires pour réfléchir à une thématique dans le cadre du Plan de lutte contre la pauvreté et l'inclusion sociale.

Cette dynamique de recherche d'articulation avec les processus de définition des politiques publiques ne se constate pas encore en ce qui concerne les politiques de santé.

28. MODELISATION DES PARCOURS EBAUCHE

Généralités sur le non recours

Depuis quelques années, des études s'intéressent à la mesure et à la compréhension du lien entre la précarité et le non recours aux soins, le non recours aux soins étant défini statistiquement le plus souvent comme l'absence de consultation médicale au cours d'une période donnée (un ou deux ans habituellement). Selon un baromètre CSA pour Europe Assistance en octobre 2013, un tiers des Français ont déclaré avoir renoncé à des soins médicaux pour raisons financières pendant l'année, particulièrement les soins dentaires, les lunettes et les lentilles. Les femmes et les jeunes sont les premiers concernés. C'est une augmentation de plus de 6 points par rapport à 2012.

C'est au travers d'un baromètre d'opinion BVA réitéré annuellement que la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) jauge l'opinion des Français sur les politiques sanitaires et sociales. En 2013, quelques changements s'opèrent. Il y a en effet une nette progression de la critique concernant les inégalités, puisque neuf personnes interrogées sur dix (contre sept sur dix en 2000) estiment que les inégalités ont augmenté au cours des dernières années. Et parmi elles, l'inégalité d'accès aux soins est jugée la moins acceptable (22% des réponses), devant les inégalités de revenus et de logement.

Le non recours à la santé ne se limite cependant pas au non recours aux soins.

Selon les experts mobilisés pour l'enquête Delphi, les situations de non recours les plus fréquentes concernent les champs et dispositifs suivants :

- L'accès aux soins : médecine de proximité, refus de prise en charge, soins hospitaliers, accès aux PASS, accès et maintien dans le soin psychiatrique, accès ou refus du patient de recourir à des soins spécialisés (ex : gynécologie, radiothérapie), soins spécialisés auditifs, dentaires et optiques, absence d'interprète, poursuite des soins initiés en détention, accès à des médicaments, analyses ou matériel prescrits
- L'accompagnement : accompagnement médico-social adapté, accès à un travailleur social de secteur, accompagnement social pour les demandeurs d'asile vers l'hébergement d'urgence, accompagnement médico-social dans le cadre des PMI
- Les droits : ouverture ou renouvellement d'une couverture maladie, accès à une couverture complémentaire, aide au logement, accès à l'allocation solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou à l'AAH
- La prévention : dépistage infectieux, dépistage organisé des cancers, vaccination, prévention orientée, entretien prénatal précoce, prévention de la conséquence de la dépendance chez les personnes âgées, dispositifs de prévention et de réduction des conduites addictives, dispositifs de prévention en matière de risques et de santé au travail, observance des traitements, offre d'éducation thérapeutique, messages de prévention véhiculés par les programmes de prévention universelle et d'éducation à la santé

Ces situations de non recours n'ont pas fait l'objet d'un recensement pas plus que d'une typologie dans la région par l'ARS et les services de cohésion sociale.

Pour l'ESO qui a réalisé une enquête sur des parcours singuliers de personnes dites en grande vulnérabilité (cf. annexe 12), le non recours n'est pas qu'une question de difficultés administratives et financières. Il s'y joue aussi une difficulté de négociation plus importante pour les personnes en grande vulnérabilité dans la relation soignant-soigné, d'autant que le professionnel de santé peut être considéré par la personne en grande vulnérabilité comme une institution de contrôle social. Les difficultés sont également liées à la singularité des individus et notamment à des rapports au corps et à la santé différents. La confiance qui peut s'établir au long cours avec un médecin généraliste ferait diminuer ce sentiment de contrôle social.

Les acteurs de l'addictologie mettent en avant l'insuffisance des transports en milieu rural qui pénalise leurs patients pour l'accès aux soins et à la prévention. Cette problématique des transports en milieu rural est très souvent soulevée par les acteurs.

Les experts sollicités par l'enquête Delphi proposent 13 dispositifs visant à réduire le non recours.

Ces dispositifs sont détaillés dans l'annexe 14. Il s'agit cependant le plus souvent d'extension ou de renforcement de dispositifs existants, voire de coordination d'acteurs.

Les propositions se focalisent essentiellement sur l'accessibilité des personnes en grande vulnérabilité à des lieux de soins et de permanence d'accueil social de proximité, la mise en place de coordination sanitaire et médico-sociale, l'adaptation de l'offre concernant les soins dentaires, les maladies chroniques et la santé mentale, la création d'équipes mobiles de soins et de prévention, ainsi que sur l'identification de personnes ressources et de médiateurs ainsi que de dispositifs d'interprétariat médical.

Parmi les idées nouvelles, citons la création de « bagageries médicamenteuses » pour permettre une meilleure observance des traitements des personnes sans hébergement stable.

Généralités sur les parcours de santé

Il n'existe pas de définition normative du parcours en santé. Le parcours peut se définir comme la trajectoire globale de patients et d'usagers dans un territoire donné, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Il intègre les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. Si le parcours d'une personne donnée est unique à l'échelle d'une population, on peut repérer et organiser des typologies de parcours *a priori* et calibrer et anticiper les ressources nécessaires. (Source : *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie - pour une prise en charge adaptée des patients et usagers, lexique de A à Z*, septembre 2012, Ministère de la Santé).

Il est maintenant classique de considérer trois types de parcours même s'ils n'en font qu'un pour une même personne : parcours de vie, parcours de santé, parcours de soins. Pour les personnes en situation de précarité, il est évident que ces trois parcours sont, plus encore, très interdépendants. Les modalités d'entrée, de maintien ou d'orientation au sein du système de santé sont fortement liées aux conditions de vie des personnes.

La question des parcours par nature très individuels chez des populations très différentes et de leur contrôle (par le professionnel de santé? Par la personne elle-même? Par négociation entre les deux?) est clairement soulevée par l'étude de l'ESO.

Parmi les situations possibles, une caractéristique commune à beaucoup de personnes en grande vulnérabilité prises en charge par les acteurs rencontrés est leur difficulté à accéder à un logement stable. Cette difficulté est bien repérée pour complexifier l'accès aux soins. De

nombreux acteurs pensent cependant que la politique du "logement d'abord" ne peut pas résoudre tous les problèmes et qu'il convient notamment d'éviter le repli de la personne sur elle-même (pouvant aller à l'extrême au syndrome de Diogène).

5 situations problématiques principales ont été dégagées et donnent lieu à des ébauches de modélisations de parcours. Ces 5 situations ont été déterminées à partir des travaux de l'ARS Bourgogne sur le sujet et des enquêtes externalisées pour cette évaluation (Enquête Delphi et Etude de l'ESO d'Angers).

Modélisation de situations problématiques

1. Absence de logement stable

	Qui?	Quoi?	Par qui?	Quels enjeux?
Repérage et dépistage	Personnes à la rue Squatters Jeunes en errance Personnes expulsées Gens du voyage Personnes en hébergement social	Absence de logement ou manque de logement stable (ou risque) Problème de santé souvent dénié : addictions, trouble de santé mentale, infections, maladie chronique, situation spécifique des femmes enceintes...	Travailleurs et établissements sociaux SAMU social Associations caritatives Centres de soins gratuits Professionnels de santé	Aller vers ces publics sur leurs lieux de vie Aller au-delà du déni des problèmes de santé Orientation vers les soins Liens logement/soins (pas de pré-requis obligatoire)
Évaluation des besoins et mise en place d'un suivi	Personnes à la rue Squatters Jeunes en errance Personnes expulsées Gens du voyage Personnes en hébergement social	Bilan de santé globale Besoins en santé mentale Besoins de santé spécifiques	Médecin traitant Centre de soins gratuits Equipes mobiles	Accompagnement vers le médecin traitant Aide auprès des médecins généralistes pour ces prises en charge Prévention dans les lieux de vie collectifs et notamment dans des dispositifs dits de bas seuil Question de la temporalité à prendre en compte Intégration des PASS (et autres consultations gratuites) dans le droit commun Place et couverture régionale des EMPP
Suivi sanitaire et médico-social	Personnes à la rue Squatters Jeunes en errance Personnes expulsées Gens du voyage Personnes en hébergement	Continuité des prises en charges (prévention, soins) Accompagnement des personnes vers les structures de prévention et de soins Adaptation des programmes de prévention	Médecin traitant Plateforme d'appui (ACT, CSAP...) Secteur psychiatrique à déterminer pour mise en place du suivi	Mobilisation des personnes quant à leur situation de santé Observance du suivi, des régimes et des traitements Accessibilité économique des dispositifs concernés Intégration de ces publics dans la

	social	(éducation sanitaire et dépistages) et d'ETP Relais entre référents en cas de changements de lieu de vie	Gestionnaire de cas si situation complexe	médecine de premier recours Problème de l'éclatement des services de soins Place et couverture régionale des LHSS et des ACT
Accompagnement social	Personnes à la rue Squatters Jeunes en errance Personnes expulsées Gens du voyage Personnes en hébergement social	Accessibilité aux droits (CMU-C, aides au logement...) Renouvellement des droits Connaissance du recours possible à un conciliateur en cas de refus de soins	Travailleurs et établissements sociaux Organismes de sécurité sociale SIAO Gestionnaire de cas si situation complexe	Connaissance du dispositif SIAO par les professionnels Prise en charge des animaux (chiens...)

2. Difficultés d'expression (parler-lire-écrire)

	Qui?	Quoi?	Par qui?	Quels enjeux?
Repérage et dépistage	Migrants Demandeurs d'asile, hébergés ou non Illettrés/Analphabètes Personnes avec handicap psychique	Difficultés de communication Difficultés à demander ses droits	Professionnels de santé Travailleurs sociaux Associations Centres de soins gratuits	Connaissance précise de la situation sociale et sanitaire Interprétariat Simplification des démarches administratives souvent décourageantes car incompréhensibles Accès aux messages de prévention et d'information
Évaluation des besoins et mise en place d'un suivi	Migrants Demandeurs d'asile hébergés ou non	Double suivi sanitaire / social Psychiatrie interculturelle Accès à l'interprétariat (pour tests avant orientation...)	Médecin traitant en lien avec travailleur social Centres de soins gratuits	Intégration de ces publics dans la médecine de premier recours (avec compréhension du rôle du médecin traitant)
Suivi sanitaire et médico-social	Migrants Demandeurs d'asile hébergés ou non	Suivi des soins nécessaires, notamment sur le plan psychiatrique Accès à la prévention organisée (vaccinations, dépistages...), à la contraception Adaptation des programmes d'ETP Accès à l'interprétariat	Médecin traitant Prise en charge en centre de soins gratuits tant que droits non ouverts (AME...)	Mobilisation des personnes quant à leur situation de santé Intégration de ces publics dans la médecine de premier recours Aide à la médecine de premier recours
Accompagnement social	Migrants Demandeurs d'asile hébergés ou non	Accès à l'interprétariat Accès aux droits (CMU-C, AME, ACS...) Renouvellement des droits	Travailleur social CADA, CPH, FTM...	Pas de droits ouvrables pour les étrangers primo-arrivants pendant 3 mois Compréhension de différence entre CMU-C et ALD

3. Ressources financières irrégulières ou très faibles

	Qui?	Quoi?	Par qui?	Quels enjeux?
Repérage et dépistage	Chômeurs de longue durée Personnes avec contrats précaires Travailleurs pauvres Jeunes 16-25 ans en difficultés d'insertion professionnelle Surendettés Retraités à faibles revenus Demandeurs d'emploi Familles monoparentales Bénéficiaires des minima sociaux	Problèmes de factures d'énergie Changement de régime (artisan, milieu agricole, étudiant,...) lors de situations de rupture Effet de seuil CMU-C Problème de santé et situation socio-économique difficile concomitante	Professionnels de santé Travailleurs sociaux Associations caritatives Administrations : pôle emploi, ML, CARSAT, CAF, CG...	Information des personnes sur leurs droits Communication entre les différents régimes d'assurance maladie concernés
Evaluation des besoins et mise en place d'un suivi	Chômeurs de longue durée Personnes avec contrats précaires Travailleurs pauvres Jeunes 16-25 ans en difficultés d'insertion professionnelle Surendettés Retraités à faibles revenus Demandeurs d'emploi Familles monoparentales Bénéficiaires des minima sociaux	Double suivi sanitaire / social	Médecin traitant en lien avec travailleur social	Accessibilité des travailleurs sociaux et liens avec les médecins traitants
Suivi sanitaire et médico-social	Chômeurs de longue durée Personnes avec contrats précaires Travailleurs pauvres	Suivi des soins nécessaires Accessibilité économique (conventionnement en secteur 1, reste à charge, avance	Médecin traitant Médecine spécialisée Equipes mobiles	Mobilisation des personnes quant à leur situation de santé Intégration de ces publics dans la médecine de premier recours

	Jeunes 16-25 ans en difficultés d'insertion professionnelle Surendettés Retraités à faibles revenus Demandeurs d'emploi Familles monoparentales Bénéficiaires des minima sociaux	de frais, ...) Accès financier à des soins spécifiques (psychologiques, dentaires, optiques, auditifs...) ou à des produits prescrits (laits infantiles spécifiques, semelles orthopédiques,...)		Information de la médecine de premier recours sur les dispositifs gratuits Enjeux liés à l'aller vers les lieux de vie (équipes mobiles) Problème des refus de soins parfois déguisés (délais de RDV...)
Accompagnement social	Chômeurs de longue durée Personnes avec contrats précaires Travailleurs pauvres Jeunes 16-25 ans en difficultés d'insertion professionnelle Surendettés Retraités à faibles revenus Demandeurs d'emploi Familles monoparentales Bénéficiaires des minima sociaux	Prise en compte de perte éventuelle de la CMU-C Connaissance de l'accès à l'ACS	Travailleur social ou assistante sociale de secteur	Travail sur la peur du contrôle social Accès à travailleur social ou une assistante sociale de secteur Maintien à domicile de la personne vivant avec un handicap psychique

4. Isolement social

	Qui?	Quoi?	Par qui?	Quels enjeux?
Repérage et dépistage	Personnes vivant seules Personnes avec troubles addictifs ou de santé mentale avec impact sur lien social Personnes vivant rupture (divorce, veuvage, rupture familiale de jeunes...) Personnes en milieu rural Personnes discriminées Prostitué(e)s Cas des mineures et contraception, IVG...	Difficultés d'accès aux transports Problème de santé et isolement social concomitant	Professionnels de santé Travailleurs sociaux Associations	Prévention en milieu rural chez des personnes isolées Information des personnes sur leurs droits et sur l'offre existante Travail sur le déni et la peur de la prise en charge médicale, du refus de prendre soin de soi
Évaluation des besoins et mise en place d'un suivi	Personnes vivant seules Personnes avec troubles addictifs ou de santé mentale avec impact sur lien social Personnes vivant rupture (divorce, veuvage, rupture familiale de jeunes...) Personnes en milieu rural Personnes discriminées Prostitué(e)s Cas des mineures et contraception, IVG...	Double suivi sanitaire (prévention et soins)/ social à mettre en place	Médecin traitant en lien avec travailleur social	Démographie médicale et sociale

Suivi sanitaire et médico-social	Personnes vivant seules Personnes avec troubles addictifs ou de santé mentale avec impact sur lien social Personnes vivant rupture (divorce, veuvage, rupture familiale de jeunes...) Personnes en milieu rural Personnes discriminées Prostitué(e)s Cas des mineures et contraception, IVG...	Suivi des soins nécessaires, notamment en santé mentale et en addictologie Mobilisation des dispositifs mobiles (prévention, addictions notamment) Intermédiaires entre domicile et système de santé de premier recours Suivi des grossesses, notamment des mineures isolées	Médecin traitant Plateforme d'appui (CSAPA,...)	Mobilisation des personnes quant à leur situation de santé Accessibilité physique du système de soins (délais de rendez-vous, professionnels identifiés...) Aller vers ces publics sur leurs lieux de vie Intégration de ces publics dans la médecine de premier recours
Accompagnement social	Personnes vivant seules Personnes avec troubles addictifs ou de santé mentale avec impact sur lien social Personnes vivant rupture (divorce, veuvage, rupture familiale de jeunes...) Personnes en milieu rural Personnes discriminées Prostitué(e)s Cas des mineures et contraception, IVG...	Transports collectifs Connaissances des aides et des prestations disponibles Accompagnement spécifique des jeunes et des personnes âgées	Travailleur social ou assistante sociale de secteur	Lien santé-social Accessibilité aux travailleurs sociaux

5. Sortie d'établissement

	Qui?	Quoi?	Par qui?	Quels enjeux?
Repérage et dépistage	Détenus sortant de détention Sortants d'hospitalisation Sortants de structures médico-sociales (LHSS, CSAPA...)	Préparation avant la sortie de la continuité des soins et donc repérage des ruptures éventuelles	UCSA-SPIP Etablissements de santé Dispositifs concernés notamment en addictologie et en santé mentale	Préparation le plus en amont possible des modalités de sortie et des orientations prévues (organisation, anticipation, durée de séjour...)
Evaluation des besoins et mise en place d'un suivi	Détenus sortant de détention Sortants d'hospitalisation Sortants de structures médico-sociales (LHSS, CSAPA...)	Double suivi sanitaire / social à mettre en place, à partir des préconisations émises par l'établissement d'origine	Médecin traitant en lien avec un travailleur social	Spécificité de la continuité entre lieu de détention et extérieur Echanges entre médecine premier recours et médecine spécialisée ou dispositifs spécifiques
Suivi sanitaire et médico-social	Détenus sortant de détention Sortants d'hospitalisation Sortants de structures médico-sociales (LHSS, CSAPA...)	Continuité des soins nécessaires, notamment en santé mentale et en addictologie	Médecin traitant Médecine spécialisée ou dispositifs spécifiques si nécessaire Gestionnaire de cas si situation complexe	Mobilisation des personnes quant à leur situation de santé
Accompagnement social	Détenus sortant de détention Sortants d'hospitalisation Sortants de structures médico-sociales (LHSS, CSAPA...)	Aide à domicile Maintien des droits	Travailleur social ou assistante sociale de secteur Gestionnaire de cas si situation complexe	Articulation avec SAMSAH, SAVS...

29. ÉLÉMENTS DE DEMOGRAPHIE MEDICALE

Répartition des médecins généralistes et spécialistes en secteur 1 dans les 5 départements de la région

Spécialité	Loire-Atlantique		Maine-et-Loire		Mayenne		Sarthe		Vendée		Région	
	% médecins en S1 / tous médecins	Nb médecins en S1	% médecins en S1 / tous médecins	Nb médecins en S1	% médecins en S1 / tous médecins	Nb médecins en S1	% médecins en S1 / tous médecins	Nb médecins en S1	% médecins en S1 / tous médecins	Nb médecins en S1	% médecins en S1 / tous médecins	Nb médecins en S1
Généralistes	91%	1 155	94%	723	94%	210	93%	398	95%	504	93%	2 990
Anesthésistes	82%	80	52%	25	100%	8	88%	22	100%	19	78%	154
Cardiologues	94%	76	97%	30	100%	6	100%	23	86%	19	94%	154
Dermatologues	73%	45	85%	28	100%	7	81%	13	71%	10	78%	103
Radiologues	100%	98	100%	46	100%	16	100%	30	90%	47	98%	237
Gynécologues	46%	41	52%	25	40%	4	77%	20	63%	17	53%	107
Gastro-entérologues	85%	33	71%	17	100%	8	93%	13	74%	14	82%	85
O.R.L.	38%	15	68%	15	67%	4	33%	4	55%	6	49%	44
Pédiatres	74%	29	68%	13	100%	3	92%	11	71%	5	76%	61
Pneumologues	90%	18	92%	11	100%	3	100%	9	100%	9	94%	50
Rhumatologues	70%	19	39%	7	67%	4	71%	5	93%	14	67%	49
Ophthalmologues	41%	52	69%	34	80%	12	44%	15	61%	19	52%	132
Neurologues	75%	15	91%	10	100%	1	43%	3	67%	2	74%	31
Psychiatres	78%	93	95%	60	100%	18	94%	32	95%	19	87%	222
Chir. orthopédiques	35%	17	24%	8	50%	4	40%	8	50%	7	35%	44
Sur les 15 spécialités	82%	1 786	86%	1 052	91%	308	87%	606	89%	711	85%	4 463

S1 = secteur 1

L'examen des données collectées met en exergue des disparités territoriales.

Dans l'absolu, la situation régionale en ce qui concerne l'accès à la médecine générale apparaît plutôt favorable, puisqu'au moins 91% des médecins généralistes sont en secteur 1, quel que soit le département. L'examen des spécialités médicales produit un tableau plus contrasté : selon les spécialités et les territoires de santé, la proportion de médecins en secteur 1 varie de 24 % à 100 %.

En outre, le ratio «Nombre de patients CMU-C/ Nombre de médecins généralistes en secteur 1 », traduisant la file active potentielle de bénéficiaires de la CMU-C par médecin généraliste en secteur 1, varie de 85 (Sarthe) à 39 (Vendée), pour une valeur moyenne régionale de 46.

Ce tableau général, s'il nécessiterait d'être affiné pointe déjà des facteurs d'inégalités d'accès aux soins. Même si, pour la médecine générale, la proportion de médecins en secteur 1 paraît globalement convenable, le calcul du nombre de bénéficiaires CMU-C par médecin pose question dans certains territoires.

30. ACCES AUX SOINS SPECIALISES

Une visibilité faible au travers de l'analyse des CPOM sur ce que font les établissements de santé en matière d'accompagnement et de prise en charge des personnes en grande vulnérabilité

Les CPOM hospitaliers conclus avec l'ARS ne comportent pas de volet spécifique systématique concernant la prise en charge des personnes en grande vulnérabilité. Sur l'orientation stratégique « maîtrise des risques », deux axes d'action ont été privilégiés : les jeunes de moins de 25 ans et les conduites addictives. Les établissements de santé ont cependant pu inscrire, surtout à leur initiative, des actions vis-à-vis de ces populations. A défaut d'analyse des CPOM sur ce thème, à ce jour par l'ARS, il n'y a pas de visibilité générale sur ce que font les établissements de santé vis-à-vis de ces publics. Il convient de noter que l'accessibilité financière a été facilitée au niveau des cliniques qui en situation de monopole ne doivent pas pratiquer de dépassements d'honoraires.

Des fonctions de repérage de la précarité non diffusées dans tous les établissements

Des services d'urgence hospitaliers ont mis en place un système d'alerte informatique basée sur le repérage de quelques critères de précarité. Une assistante sociale peut ainsi être mobilisée sur des situations détectées. Ce système a notamment été mis en place dans des services d'urgence sans PASS dédiée. Ce dispositif pourrait être étendu aux services d'hospitalisation.

Un accès à la psychiatrie souvent difficile, malgré des progrès constatés avec la mise en place des équipes mobiles psychiatrie précarité

La prévalence élevée des problèmes de santé mentale repérée chez les personnes en grande vulnérabilité implique que des consultations spécialisées soient souvent nécessaires. Les hospitalisations de plus en plus courtes en psychiatrie font que les allers et retours entre la rue et l'hôpital sont fréquents, aboutissant souvent à des ruptures de traitement.

L'accès aux CMP est difficile en termes de délais de rendez-vous et les CMP ne sont pas toujours formés à l'aspect interculturel des prises en charge des migrants. Cependant, les organisations en psychiatrie ne sont pas toujours connues des acteurs, telle l'existence de 2 CMP ouverts la semaine sans rendez-vous sur Nantes.

L'accès à la psychiatrie a pu être en particulier décrit comme très compliqué par certains acteurs de l'addictologie. Un CAARUD, dispositif de bas seuil et facile d'accès par conséquent, déclare même accueillir des patients psychiatriques qui ne veulent pas ou ne peuvent pas fréquenter des structures de psychiatrie.

L'Équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), là où elle existe, est souvent le seul outil facilement mobilisable pour établir le lien entre le secteur sanitaire psychiatrique et le secteur social. Il n'existe pas d'EMPP dans tous les départements. 5 équipes sont actuellement dénombrées, dont 3 en Loire-Atlantique, 1 en Maine-et-Loire et 1 en Sarthe. Là où il n'y en a pas (Mayenne et Vendée), les relations entre la psychiatrie et le secteur social sont considérées comme plus ténues. Une association régionale des EMPP s'est d'ailleurs créée pour apporter plus de lisibilité et de cohérence aux actions. Un rapport d'activités commun a été construit mais pas encore exploité.

Le rôle et les interventions respectives entre les secteurs de psychiatrie (CMP), les EMPP et les PASS psychiatriques ne sont pas bien repérés. Si l'articulation entre CMP et EMPP doit être étroite, le risque de désengagement du secteur sur ce type de populations est possible. Les limites des uns et des autres restent à poser. Un CMP peut être sous-dimensionné pour une prise en charge globale des personnes en grande vulnérabilité. L'EMPP prépare la personne à une prise en charge par les équipes de secteur.

L'ARS soutient le déploiement des EMPP, mais leur élargissement sur des compétences élargies intersectorielles prévu par la feuille de route en santé mentale ne se réalise pas.

La mise en place de quatre projets de soins intensifs de psychiatrie à domicile fin 2013 à l'initiative de l'ARS pourra concerner cette population, en intervenant possiblement dans des établissements sociaux en tant que lieux de vie.

D'une façon plus générale, l'accès aux spécialistes a été décrit comme difficile en milieu rural pour les personnes ne disposant pas de moyens de transport.

Des exemples de démarches de prise en charge globale médico-psycho-sociale antérieures à l'élaboration du PRS, dans certaines spécialités

Par ailleurs, deux expériences de prise en charge globale des personnes notamment dans leur dimension psycho-sociale, mises en place avant l'ARS, méritent d'être rapportées : l'unité médico-psycho-sociale du suicide au CHU d'Angers et l'unité de gynécologie obstétricale médico-psycho-sociale au CHU de Nantes. La plus value de ces unités est la pluralité des intervenants et leur inscription dans une démarche de prévention au long cours.

L'ARS n'a pas rapporté de nouveaux projets de ce type depuis sa création.

31. EXEMPLES D'ACCOMPAGNEMENTS DES PERSONNES EN GRANDE VULNERABILITE

Préambule

Cette annexe vise à rapporter un certain nombre d'accompagnements réalisés en Pays de la Loire à destination des populations en grande vulnérabilité. Les exemples décrits ne sont en aucun cas exhaustifs mais sont rapportés afin de monter la diversité de modalités que ces accompagnements recouvrent.

De nombreux dispositifs visant à mieux accompagner les personnes en grande vulnérabilité dans leur parcours de santé ont en effet été rapportés lors de cette évaluation. Les accompagnateurs peuvent être appelés, selon les cas, des médiateurs, des pairs, des aidants, des personnes-relais ou des référents. La distinction n'est pas toujours évidente. Des bénévoles peuvent participer à ces accompagnements. La plupart de ces dispositifs ont été mis en place avant l'élaboration du PRS.

Concernant les établissements sociaux (CHRS-CADA), 91% des répondants à l'enquête SOLEN ont déclaré qu'un référent accompagnait chacun de leurs résidents pour articuler les réponses aux besoins sociaux et de santé. Dans tous les cas, il s'agit d'un travailleur social.

De manière générale, l'accompagnement physique des personnes en grande vulnérabilité est assez souvent plébiscité. Il vise à s'assurer que la personne va bien consulter le professionnel de santé. Il a aussi pour objectifs de rassurer, au moins temporairement, le professionnel de santé et d'aider à la compréhension du langage médical.

Cet accompagnement peut s'accompagner selon les cas d'une nécessité d'interprétariat.

Les acteurs de l'addictologie insistent sur le fait que le référent d'une personne doit être choisi par la personne elle-même, ne pas être imposé par la structure car le choix d'un référent est le résultat de la construction d'une relation de confiance entre deux personnes.

Un exemple d'accompagnement personnalisé et global, une fois que la personne a franchi cette porte sanitaire, est représenté par les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT). Ces ACT déjà connus depuis plusieurs années ont vocation à se développer. Via cet accompagnement personnalisé global, il convient de relever que l'ACT est plus dans une démarche d'intégration que de coordination des acteurs.

Le SCAMPS, nouveau projet financé à la fois par l'InCA et l'ARS, est une structure expérimentale en Loire-Atlantique de 15 places créée par l'association "L'aurore" qui, s'il concerne uniquement les patients atteints d'un cancer, joue un rôle d'aidant institutionnel pour des populations socio-économiquement précaires disposant cependant d'un toit (au contraire des publics fréquentant les ACT). La personne est ainsi accompagnée dans son logement, même si ce dernier est précaire.

Le dispositif SCAMPS a pu être comparé à un dispositif de type SAMSAH dans sa philosophie sauf que dans son cas, il n'y a pas d'orientation via la MDPH.

Le champ de ce nouveau dispositif pourrait, si son évaluation était positive, être étendu à d'autres problèmes de santé chroniques selon ses promoteurs et d'autres acteurs rencontrés sur Nantes.

Le Centre d'examen de santé (CES) de Vendée a mis en place un suivi très poussé de ses consultants post-bilan. C'est le cas notamment des soins dentaires à réaliser. Cela nécessite cependant beaucoup de temps pour s'assurer que les consultations dentaires prescrites seront effectivement honorées. En amont, les personnes en grande vulnérabilité viennent d'autant mieux au CES 85 qu'elles sont accompagnées par une association.

Le cadre des Groupements d'Entraide Mutuelle (GEM), pour les personnes ayant un handicap psychique, est un outil intéressant mobilisable dans le cadre des parcours de vie de ces personnes. C'est un outil à la fois de « déstigmatisation » du handicap psychique et de socialisation de ses adhérents. Ces adhérents s'entraident et s'accompagnent mutuellement.

En 2013, on dénombre 23 GEM répartis sur l'ensemble des départements visant ainsi à réintégrer des personnes en situation de vulnérabilité sociale. 5 nouveaux GEM ont été créés et financés par l'ARS en 2013, qui soutient fortement ces projets. Un des GEM rencontrés dispose d'un bus pour ses activités. En milieu rural, cet outil lui apparaît essentiel. Or, le développement des GEM en milieu rural paraît être une réponse particulièrement adaptée pour lutter contre l'isolement de ces personnes. En revanche, les GEM ne sont pas adaptés aux personnes très désocialisées.

L'action de personnes-relais (travailleurs sociaux, bénévoles associatifs) soutenue par la CPAM 44 via leur formation visant à promouvoir les dépistages de cancer dans les quartiers de Nantes a été citée en exemple.

En revanche, l'action de la visiteuse de santé publique financée par l'InCA (via la DRASS) pour les 5 départements sur le dépistage organisé des cancers, en raison de résultats *a priori* limités, avait été abandonnée. Il semble que cette action de formation de personnes-relais soit plus pertinente pour susciter l'adhésion des femmes aux dépistages.

L'association Médecins du Monde (MDM), qui expérimente des dispositifs supposés intégrer par la suite le droit commun, a mis en place il y a quelques années, dans le cadre d'une expérimentation nationale, un projet de médiateurs en santé maternelle et infantile auprès des Roms de l'agglomération nantaise. Quand cette expérimentation nationale a pris fin, l'ARS a continué à soutenir financièrement cette action avec le conseil régional. MDM gère également un projet de travailleurs pairs dans sa mission sur la réduction des risques. L'étape suivante d'un travail de médiation peut aboutir à une action assurée cette fois par des travailleurs pairs, dans une optique de mise en œuvre d'une politique aboutie de santé communautaire.

L'association Femmes-relais Sarthe forme et s'appuie sur des médiateurs dans certains quartiers du Mans, pour créer des liens entre des personnes migrantes et les structures et professionnels de santé.

Le SAMU social 44 accompagne certaines personnes vers la PASS, sinon ces dernières n'iraient pas d'elles mêmes. Une fiche contact d'évaluation, incluant des éléments sanitaires, a par ailleurs été élaborée par le SAMU social 44. Cette fiche est manuscrite. Elle vise à éviter que la personne à la rue ne répète inlassablement à différents interlocuteurs des mêmes informations. La question des multiples référents sociaux intervenant auprès d'une même personne a pu ainsi être soulevée par le SAMU social 44.

Les missions locales ont mis en place des conseillers référents santé qui peuvent faire de l'accompagnement physique.

Une association en addictologie en Sarthe a mis en place un projet transversal d'hébergement (logements autonomes) pour personnes consommatrices. L'hébergement est considéré comme un préalable indispensable pour accompagner l'addiction. L'accompagnement de l'addiction est complété de l'accompagnement par une aide à domicile (AMP). Les SAMSAH et SAVS sont apparus inadaptés pour accompagner ce type de personnes. Un projet par ailleurs de SAMSAH psychiatrique pourrait accompagner un certain nombre de personnes en grande vulnérabilité.

Une communauté thérapeutique en addictologie a commencé à intégrer des bénévoles pairs, des anciens patients, à ses activités.

L'accompagnement étant parfois réalisé par des personnels relevant de statuts précaires, type service civique ou contrats CAE, sa pérennité s'en trouve questionnée voire menacée dans certaines associations. L'accompagnement notamment physique représente un coût pouvant être élevé pour les associations.

La création de gestionnaires de cas complexes, citée par certains acteurs dans une logique d'accompagnement très poussée pouvant permettre une articulation très fine entre les professionnels de santé et les professionnels du social, peut faire évoquer le concept de handicap social, idée qui ne fait pas l'unanimité auprès des professionnels rencontrés.

Le SIAO 72 expérimente depuis début 2013 l'intervention d'une infirmière à mi-temps dans son service. Si elle est en appui technique de l'équipe et assure les liens avec les acteurs de santé et du médico-social (l'évaluation conjointe socio-sanitaire visant notamment à rassurer et conforter les accueils et accompagnements), elle est, selon les termes du projet, référent santé pour l'usager et coordinatrice de son parcours médical. Ce projet vise à accompagner la personne vers l'autonomie et le soin en prenant en compte la personne dans toutes ses dimensions et d'éviter les ruptures de parcours. L'évaluation régulière permet de suivre la population accompagnée. 43 personnes ont été accueillies en en peu moins d'un an. Dans son dernier rapport, son rôle se rapproche dans la pratique de celui d'un gestionnaire de cas, même si le contexte est différent.

Le SIAO 44 n'a pas intégré de personnel de santé. Les coordinations sanitaires existantes sur Nantes semblent suffisantes. L'EMPP du CHU de Nantes réalise par exemple des synthèses sanitaires et prépare ainsi les orientations du SIAO.

L'EMPP du CHU de Nantes n'intervient pas qu'en « aller vers ». Elle accompagne aussi, y compris physiquement, les personnes présentant les situations les plus complexes. Elle active les partenaires nécessaires à la prise en charge globale de la personne.

32. BESOINS EN NOUVELLES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES

Deux types d'établissements médico-sociaux concernant les personnes confrontées à des difficultés spécifiques, relèvent du strict champ de la précarité : les Lits Halte Soins Santé (LHSS) et les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT). En 2013, les priorités nationales ont abouti à la création de nouvelles places d'ACT (5 places pour les Pays de la Loire) et au rebasage du prix de journée des LHSS.

Les Lits Halte Soins Santé (LHSS)

En 2013, sont dénombrés 3 structures de LHSS en Pays de la Loire : 2 en Loire-Atlantique sur l'agglomération nantaise (15 lits), 1 en Vendée (8 lits) et 1 en Sarthe (11 lits), pour 34 lits au total. Fin 2011, 1171 places étaient dénombrées en France (dont 2.9% en Pays de la Loire).

A la lecture des rapports d'activité et de l'entretien avec le responsable d'une structure de LHSS, il apparaît que les caractéristiques de l'activité et des publics accueillis en LHSS ne diffèrent pas fondamentalement de celles qui ont été rapportées par l'évaluation nationale des LHSS financée par la DGS en 2012. La population accueillie est notamment vieillissante, pouvant relever pour certaines personnes d'un EHPAD. Une plus grande précarisation et ce vieillissement de la population expliquent en partie l'allongement de la durée moyenne de séjour constatée à Nantes. En région Pays de Loire, le pourcentage de personnes migrantes est cependant plus important qu'en France. L'analyse nationale a retrouvé des personnes admises qui auraient eu leur place en CHRS. Le partenariat est efficace à l'entrée, en cours de séjour mais beaucoup moins à la sortie du dispositif. A la sortie, un ACT est souvent pertinent mais les places sont peu nombreuses et les orientations vers les structures médico-sociales de droit commun sont très rares (50% de sortie vers un hébergement). C'est le seul dispositif adapté au public sans abri proposant une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire. Une évolution positive en termes d'autonomie et d'estime de soi est notamment soulignée par les acteurs. L'évaluation nationale a recommandé un pilotage fort de ce dispositif par les ARS et les DRJSCS avec la mise en place d'un système de veille continu des besoins quantitatifs et qualitatifs et de coordination. Les relations avec les SIAO doivent être privilégiées pour améliorer les modalités de sortie. Ce pilotage n'a pas été mis en place en Pays de la Loire. D'ailleurs, ce dispositif est peu investi par l'ARS, peut être parce que le poids institutionnel et budgétaire des LHSS, comme celui des ACT, représente une goutte d'eau dans l'ensemble du médico-social, mais aussi parce que ce type de structures est à la frontière du sanitaire et du social. Ce sont des associations œuvrant dans le champ social qui gèrent ces dispositifs en Pays de la Loire.

Des besoins en Lits Halte Soins Santé (LHSS) sur Saint-Nazaire ont été avancés, car les LHSS sur Nantes sont saturés (le LHSS de Nantes est également confronté à la montée en charge du nombre de migrants, 35% en 2012), mais aussi dans des départements dépourvus comme celui du Maine-et-Loire.

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)

Fin 2012 étaient dénombrées 4 structures d'ACT en Pays de la Loire : 2 en Loire-Atlantique à Nantes (35 places) et 1 en Sarthe (13 place), pour un total de 48 places.

L'association Passerelles expérimente actuellement, en Vendée, 2 appartements dits « ARS » (appartements-relais santé financés par les services de cohésion sociale), équivalents proches de ce que sont les ACT.

Des besoins en Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), également sur Saint-Nazaire comme pour les LHSS, ont été soulevés, mais aussi en Maine-et-Loire et en Vendée.

Les lits d'Accueil Médicalisé (LAM)

En revanche, il n'y a pas d'accord entre professionnels du social sur le besoin de lits d'accueil médicalisés (LAM). Le profil des très grands précaires avec d'importants troubles psychiques et d'addictions, mais aussi avec des pathologies cancéreuses en fin de vie notamment, a pu être mis en avant pour justifier la création d'un LAM sur Nantes. S'il est vrai que des patients actuellement en LHSS relèvent de LAM (l'évaluation nationale de 2012 a bien montré un certain glissement des publics accueillis, de malades aigus à malades chroniques), certains craignent l'institutionnalisation d'« hôpitaux pour pauvres », alors que c'est le rôle des structures de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) notamment, de pouvoir prendre en charge ce type de patients.

Divers

Des acteurs souhaiteraient plus de souplesse dans la gestion des places attribuées par l'ARS pour adapter les caractéristiques de l'offre aux besoins locaux. Ces besoins peuvent en effet différer selon l'offre existante d'hébergement, de logement ou d'accès aux soins, notamment en addictologie.

33. LA COORDINATION REGIONALE DES PASS

Les PASS ont été créées dans un cadre juridique unique, mais sont le fruit d'une histoire, et de l'histoire des établissements où elles sont apparues. L'harmonisation des pratiques des PASS est un enjeu fort de la création de la PASS régionale.

Le premier rôle de la PASS régionale, mise en place en 2010, a été de répertorier les PASS de la région, et de rappeler ou préciser à tous les établissements concernés les missions des PASS – notamment qu'elles s'adressent exclusivement aux patients en consultation externe. Elle a également clarifié ce à quoi les patients ont droit ou pas dans la PASS.

Cette phase de repositionnement étant achevée, les trois grandes missions de la PASS régionale sont de mettre en place ou d'aider à mettre en place des outils pour faire connaître les PASS par les acteurs sociaux et les médecins, des procédures pour l'accès aux soins et aux médicaments gratuits, ainsi que des procédures pour les ouvertures de droits. Elle organise également la mise en lien des PASS dans le cadre de journées régionales d'échange.

Les attentes des PASS de la région vis-à-vis de la coordination sont essentiellement en termes de clarification de leurs missions et de leurs moyens. L'harmonisation des pratiques, si elle correspond à un souhait de la PASS régionale, demeure compliquée car certaines PASS ont des fonctionnements très ancrés dans leur histoire. Le souhait, *a minima*, serait d'assurer que la PASS ait partout une dimension à la fois médicale et sociale, cela impliquant notamment qu'un temps médical identifié puisse être assuré pour organiser le suivi. Il est précisé que les PASS urbaines et les PASS rurales n'ont pas nécessairement les mêmes préoccupations (en termes de public, d'activité ou d'environnement institutionnel) ; les « petites » PASS seraient davantage enclines à harmoniser leurs pratiques. Le site Internet de la coordination régionale des PASS illustre ses réalisations en matière d'harmonisation.

Zoom sur... le site Internet de la coordination régionale des PASS (au 18/12/2013)

Au 18/12/2013, le site de la coordination régionale des PASS de Pays de la Loire comporte, outre sa présentation et les coordonnées des PASS de la région, une rubrique « boîte à outils ».

Cette boîte comprend des outils propres à l'organisation des PASS :

- Un lien vers les recommandations du Ministère de la santé « Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS » (mai 2008) ;
- Une méthodologie d'élaboration du rapport d'activité d'une PASS (plan type) ; un modèle Pays de la Loire est annoncé en cours de création ;
- Des conseils pour construire des supports de communication, accompagnés d'exemples provenant de PASS de la région ;
- Des liens vers des protocoles mis en place dans les PASS de la région Pays de la Loire (3 PASS mentionnées) ;
- Des modèles de fiches de poste pour les professionnels sociaux et paramédicaux en PASS.

Elle comprend aussi des liens vers des ressources :

- Les guides de l'urgence sociale (annuaires spécialisés des acteurs) dans les villes ayant une PASS - mais pas uniquement (sont ainsi disponibles les documents pour les villes de Nantes, Saint-Nazaire, Châteaubriant, Ancenis, Corcoué sur Logne, Angers, Cholet, Saumur, Laval, Mayenne, Château-Gontier, Le Mans, La Flèche, La Ferté-Bernard, Château du Loir, La Roche sur Yon, Challans, Les Sables d'Olonne, Fontenay le Comte) ;
- Les formulaires pour les demandes de CMU de base, de CMU complémentaire, d'Aide Médicale de l'État et d'Aide pour une Complémentaire Santé. Ce lien permet aussi d'accéder à des pages de présentation des différentes aides ;
- Des informations concernant spécifiquement les demandeurs d'asile (guide du demandeur d'asile, définition des CADA et des CPH et coordonnées de ces établissements en Pays de la Loire, descriptions des titres et documents de circulation et de séjour pour les étrangers non européens) ;
- Informations sur les minima sociaux.

Une rubrique « publications » renvoie à des documents de référence : projet régional de santé (orientations stratégiques), circulaires sur le fonctionnement des PASS, rapports, thèses, guides, observatoire Médecins du Monde...

Les rubriques « archives » ou « actualité » permettent, notamment, d'accéder aux actes de colloques et conférences (dont les journées nationales des PASS).

Enfin, une rubrique « liens » permet d'accéder aux sites de l'ARS, des CPAM (ameli), du collectif (national) PASS, du conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, du COREVIH et du Ministère de la Santé.

34. L' « ALLER VERS » EN PREVENTION

Préambule

Cette annexe vise à rapporter un certain nombre d'actions d' « aller vers » en prévention, réalisés en Pays de la Loire à destination des populations en grande vulnérabilité. Les exemples décrits sont rapportés afin de montrer la diversité de modalités que ces démarches recouvrent et les difficultés rencontrées.

Nombre de centres de dépistage (CDAG, CIDDIST, CLAT) et de vaccinations ont été restructurés ces dernières années. La création des centres fédératifs de prévention et de dépistage (CFPD) favorise une approche globale de la prévention, et compte tenu de la mutualisation de leurs moyens, la démarche d' « aller vers ».

Les CFPD ont généralement initié ce travail d'aller vers les personnes en grande vulnérabilité avant la création de l'ARS (c'est le cas du CFPD 44 qui partage les locaux de la PASS), mais l'ARS appuie et soutient ostensiblement cette politique ciblée. Les acteurs du dépistage et de la vaccination demandent cependant à ce que l'ARS s'implique davantage auprès des structures sociales pour sensibiliser leurs professionnels à la nécessité de ces actions de prévention.

La réussite de cette démarche d'aller vers, selon les acteurs du dépistage et de la vaccination, nécessite en effet une préparation des intervenants des structures sociales. Au fil du temps, cela peut aller jusqu'à ce que ces intervenants prennent le relais et incitent leurs usagers à aller vers les centres de dépistage. Ceci passe cependant par un soutien à long terme de ces intervenants.

Les associations gérant les dispositifs de dépistage organisé des cancers ont des difficultés pour atteindre certains publics comme ceux fréquentant les PASS, les gens du voyage... Certaines structures sociales sont difficiles à pénétrer comme les CADA. Les partenariats sont variables selon les départements avec les centres d'examen de santé, les établissements pénitentiaires, les acteurs associatifs caritatifs et les maisons de santé pluri-professionnelles (coopération demandée par l'ARS avec ces dernières). Du fait de l'absence d'accès aux fichiers de la CPAM des bénéficiaires de la CMU-C, toute une partie de la population en précarité échappe aux actions de dépistage, ne pouvant être ciblées spécifiquement. L'indicateur de suivi stratégique du PRS montre un différentiel important en 2012 entre la population générale (où 63.7% des femmes sont dépistées) et la population bénéficiaire de la CMU-C où (37.9% seulement des femmes sont dépistées). Les actions soutenues et développées à partir de 2013 par l'ARS vis-à-vis de ces associations, visant à réduire ce différentiel, seront notamment évaluées via cet indicateur. Les organismes de sécurité sociale sont généralement mobilisés avec l'ARS sur ce sujet, formant par exemple des personnes relais pour diffuser les informations aux femmes visées.

Concernant les centres d'examen de santé (CES), il faut noter que, si le régime général et le régime agricole ont, soit déployé des centres d'examen de santé, soit conventionné avec l'IRSA pour qu'elle les réalise pour leur compte, le régime social des indépendants n'a ni CES, ni convention avec l'IRSA. Or, une partie des publics en grande vulnérabilité identifiés par le PRAPS (gens du voyage, notamment) sont affiliés au RSI.

Le CES de Vendée a ciblé des actions auprès de commune identifiées comme précaires. Cela consiste à organiser des bilans de santé délocalisés avec les CCAS concernés. Cette action est notamment liée à la mauvaise desserte en transport du département de la Vendée.

Enfin, au-delà de l'accès au dépistage, se pose la question de l'accès aux soins qui, combiné à la relation au temps des personnes, peut poser des difficultés. A titre d'exemple, les médecins des centres d'examen de santé peuvent procéder à des dépistages, mais ne peuvent pas vacciner. C'est un obstacle à l'effectivité de la prévention, identifié au niveau national. Afin de garantir que la vaccination soit faite, un CES s'est organisé avec le centre de vaccination compétent pour qu'il assure sur le site du CES des séances de vaccination.

Certaines expériences (par exemple auprès des gens du voyage) suggèrent que le déplacement sur site doit s'accompagner d'un « aller vers culturel », l'intervention devant être adaptée au rythme de vie des personnes si l'on souhaite qu'elles participent.

L'association Synergies a créé des points-relais écoute et parole sur une partie du Maine-et-Loire, avec des vacations de psychologues salariés, pour des publics en situation de précarité financière et de souffrance psychique en milieu rural. Cette association se rend dans des locaux communaux ou des missions locales. Les délais de rendez-vous sont plus rapides qu'avec un CMP et l'accessibilité financière est meilleure qu'en libéral. Le travail effectué est plus celui d'un bilan-orientation que celui d'une prise en charge. Le retour au droit commun est visé. Il s'agit donc là d'un dispositif spécifique créé pour répondre à des besoins a priori mal ou non couverts. Dans ce cas, on peut se poser la question si le droit commun aurait pu ou pourrait s'adapter pour permettre l'accès aux populations concernées à un espace d'écoute et de parole.

Les acteurs de l'addictologie constatent que la culture de l'« aller vers » n'est pas naturelle chez eux, qu'il faut travailler pour aller dans certains quartiers défavorisés au devant de personnes qui ne viennent plus fréquenter leurs structures. Un CAARUD a mis en place un bus pour aller au contact des lieux de vie des usagers de drogue, et pourtant il s'agit d'une structure de bas seuil qui devrait accueillir plus facilement des personnes. Le CSAPA de Mayenne a mis en place une équipe mobile en addictologie (EMA) qui se déplace sur tout le département. Elle a été créée à l'origine pour aider au maintien de personnes alcoolo-dépendantes en CHRS.

Des liens ont été construits entre des SAMU sociaux et certains dispositifs de soins et de prévention. Les maraudes sont l'occasion d'aller à la rencontre de populations qui ne fréquentent plus ou fréquentent moins qu'autrefois les dispositifs créés à leur attention, telles les PASS... Associant pour certaines d'entre elles des personnels sanitaires (IDE ou IDE psy), elles permettent de faire le lien avec les structures de prévention et de soins, notamment en addictologie et en santé mentale. Les liens avec la médecine générale sont plus difficiles d'autant que les maraudes ont généralement lieu le soir entre 21h et minuit, heures de fermeture des cabinets médicaux.

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
 CR : Compte-Rendu
 CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
 CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
 CSG : Contribution Sociale Généralisée
 CT : Conférence de Territoire
 CUCS : Contrats Urbains de Cohésion Sociale
 DAMS : Département Accompagnement Médico-Social
 DAS : Direction de l'Accompagnement et des Soins
 DASP : Département Accès aux Soins de Proximité
 DASR : Département Accès aux Soins de Recours
 DCPS : Département Coopérations et Parcours de Santé
 DDCS : Direction Départementale de Cohésion Sociale
 DEO : Direction de l'Efficiace de l'Offre
 DEPS : Département d'Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs
 DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
 DOA : Département Observation et Analyses
 DOP : Document d'Objectifs Partagés
 DPC : Développement Professionnel Continu
 DPPS : Département de la Promotion de la Santé et de Prévention
 DPRS : Direction du Projet Régional de Santé
 DPSP : Direction de la Prévention et de la Protection de la Santé
 DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
 DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
 DRUP : Direction des Relations avec les Usagers et les Partenaires
 DT : Délégation Territoriale
 EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
 ELPP : Equipe de Liaison Psychiatrie Précarité
 EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
 EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
 EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale
 ESMS : Etablissement social et médico-social
 ESO : Espaces et SOciétés
 ETP : Education Thérapeutique du Patient
 ETP : Equivalent Temps Plein
 FIR : Fonds d'Intervention Régional
 FNARS : Fédération Nationale des associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale
 FTM : Foyer de Travailleurs Migrants
 GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
 GT : Groupe de Travail
 HAD : Hospitalisation A Domicile
 HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
 IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
 IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
 InCA : Institut national du Cancer
 InPES : Institut national de Prévention et d'Education à la Santé
 INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
 IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
 IRSA : Institut inter Régional pour la Santé

LAM : Lits d'Accueil Médicalisés
LHSS : Lits Halte Soins Santé
MDA : Maison Départementale des Adolescents
MDM : Médecins Du Monde
MIG : Mission d'Intérêt Général
ML : Mission Locale
MSA : Mutualité Sociale Agricole
MSP : Maison de Santé Pluri-Professionnelle
ODENORE : Observatoire DEs NON-REcours aux droits et services
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OPAH : Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat
ORS : Observatoire Régional de la Santé
OSCARS : Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé
PAIO : Permanences d'Accueil, d'Information et d'Orientation
PASS : Permanence 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
PDL : Pays de la Loire
PGV : Personne en Grande Vulnérabilité
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI : protection Maternelle et Infantile
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRGDR : Programme Régional de Gestion Du Risque
PRIPI : Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées
PRS : Projet Régional de Santé
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
PSP : Pôle de Santé Pluri-professionnel
PTS : Programme Territorial de Santé
PV : Procès Verbal
RHF : Revue Hospitalière de France
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
RSA : Revenu de Solidarité Active
RSI : Régime Social des Indépendants
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SCAMPS : Service de Coordination et d'Accompagnement Médico-Psycho-Social
SDF : Sans Domicile Fixe
SIAO : Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation
SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
SRP : Schéma Régional de Prévention
STATISS : STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
UD : Usager de Drogue
URACCS : Union Régionale Action Communautaire des Centres de Santé
URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
ZUS : Zone Urbaine Sensible

Agence régionale de santé Pays de la Loire

17 boulevard Gaston Doumergue

CS 53233

44262 NANTES cedex 2

02 49 10 40 00

www.ars.paysdelaloire.sante.fr

