



Projet Régional
de Santé Pays de la Loire
2018-2022

PROGRAMME REGIONAL

relatif à l'accès à la prévention et aux soins

BILAN



Version du 08/03/2023


RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
*Liberté
Égalité
Fraternité*

ars
Agence Régionale de Santé
Pays de la Loire

Ce document a été établi au sein de l'ARS Pays de la Loire et enrichi avec nos partenaires afin d'arriver à un bilan consolidé partagé.

Il permet de rassembler les résultats factuels du bilan du Programme Régional relatif à l'Accès à la Prévention et aux Soins 2018-2022.

Table des matières

Promouvoir l'autonomie des personnes en situation de précarité en s'appuyant sur leur expertise	5
Adapter l'accès à la prévention et aux soins à la complexité et à la diversité des situations	9
Améliorer la coordination opérationnelle des acteurs et leur gouvernance	13
Soutenir l'accès aux soins et à la prévention des jeunes en situation de précarité	17
Organiser un accueil adapté pour les personnes vieillissantes en situation de précarité	21
Améliorer l'accès aux soins des personnes migrantes	25
Améliorer l'accès aux soins et à la prévention des personnes placées sous-main de justice	29
Renforcer l'accès aux soins et à la prise en charge des conduites addictives en intégrant la réduction des risques	33

Résultat attendu

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

ARGUMENTAIRE

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

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

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

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

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

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

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

Des pratiques sur le terrain de démarches communautaires autour de la personne.

Médecins du monde avec son programme expérimental en milieu carcéral à Nantes pour améliorer l'accès aux soins des personnes incarcérées basé notamment sur des ateliers

collectifs pour monter des projets portés par les personnes incarcérées,

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

Une dynamique qui s'est mise en place depuis quelques années autour des problématiques migratoires et des personnes en situation de précarité par des médecins généralistes de la région le plus souvent en maisons de santé ou centres de santé, démarche soutenue notamment par l'Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux, la Fédération Française des Maisons et Pôle de Santé et la Fédération Nationale des centres de santé.

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

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

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

Il s'agira de :

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

S'appuyer sur les travaux régionaux et en capitaliser les enseignements pour favoriser son autonomie, son inclusion et son accès au système de santé (lutte contre la fracture numérique, enjeu de la littéracie²).

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

Accompagner les professionnels dans l'évolution de leur métier :

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

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

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

Points forts

Capitaliser les bonnes pratiques d'association du public :

- En région, une volonté des acteurs associatifs et institutionnels de s'appuyer sur l'expertise des usagers avec des actions telles que l'éducation thérapeutique, le déploiement de la pair aideance ou bien encore des actions santé basées sur le collectif (lauréats de l'appel à manifestation d'intérêt sur la réduction des ISS lancé en octobre 2027), démarche participative, programme carcéral, collectif des personnes migrantes à Nantes et à Angers).
- Une volonté également de passer à des actions de réduction des inégalités sociales de santé dans le cadre du Ségur par le lancement d'une mission avec une gouvernance ARS sur le sujet
- En 2021, la démarche participative en structure coordonnée de soins lancée dans le cadre d'un AAP national a permis d'identifier en région plus d'une dizaine de structures d'exercice coordonné type centres de santé ou MSP intéressées par cette démarche réduisant les inégalités sociales et s'appuyant sur l'expertise des usagers. 2 MSP, à Angers et au Mans intègrent cette démarche via l'article 51.
- 5 démarches et projets de santé communautaires sont recensées dans la région dont une en milieu carcéral.
- Les centres sociaux mais aussi le secteur associatif (Médecin du Monde, La Cloche, Emmaüs) ont acquis une expertise de travaux menés par le collectif
- Un conseil régional des personnes accueillies ou accompagnées actif avec des représentants intégrés dans la sélection des projets mais aussi dans les actions par territoire dans le RETEX crise sanitaire organisé par le groupe permanent de la CRSA Santé précarité. Des membres de ce CRPA ont d'ailleurs déjà évalué des dispositifs hors région.
- Une commission des usagers de la CRSA, et des formations spécifiques organisant l'expression des usagers dans chaque CTS (Sarthe, Maine et Loire, Mayenne), qui intègrent les inégalités sociales de santé dans leurs travaux.
- Des CTS (Sarthe, Mayenne) qui intègrent des usagers accompagnés dans les travaux des commissions.
- Et enfin préparation en 2022, du lancement d'une démarche santé communautaire régionale et territoriale en 2023

Conforter les liens entre associations et professionnels pour mieux accompagner les évolutions :

- L'interconnaissance des acteurs renforcée avec les associations et professionnels du social par les actions de la stratégie régionale de la pauvreté comme par exemple autour des jeunes, de leur insertion et de la parentalité mais également par des réunions régionales ou territoriales liées à la crise sanitaire organisées par l'ARS dans les départements et en région avec la DRAJES et les associations, les DDETS(PP) et préfetures.
- Une contractualisation régionale avec la FAS pendant la crise ou hors crise a permis de soutenir les liens avec le secteur précarité et insertion par l'emploi, des formations et informations ont été mises en place en réponse aux besoins des travailleurs sociaux (santé mentale, ambassadeurs santé covid, évolution dispositifs dédiés précarité. Dans le cadre de cette contractualisation, des futurs professionnels de santé ont été formés aux problématiques de la précarité (IFSI et IPAS).
- Le réseau PASS et EMPP par l'intermédiaire de Copils partenariaux à minima annuels départementaux facilitent les liens entre ARS et associations et entre ARS, DDETS, CPAM associations et établissements de santé.

Mieux accompagner l'évolution des métiers :

- Des formations mutualisés pour les professionnels des dispositifs dédiés précarité lancées sur les sujets de santé sexuelle, psycho-trauma et cliniques de la précarité

- Des interventions d'informations sur les questions santé précarité en IFSI ont été menées mettant en exergue les sujets de coordination opérationnelle et de repérage des situations d'inégalités sociales de santé.

Points à améliorer

- Evaluation à mi-parcours reportée pendant la crise sanitaire avec un déploiement de nouveaux dispositifs précarité notamment par des financements SEGUR. Cependant, le projet d'une évaluation parcours au sein des territoires est toujours présent avec une volonté d'intégrer les personnes accompagnées.
- Des usagers intégrés de façon systématique dans les commissions d'appels à projet au sein de l'ARS mais insuffisamment en amont lors de la réflexion sur de nouveaux dispositifs et dans la phase évaluation (projet d'évaluation des parcours reporté par la crise sanitaire)
- Une crise sanitaire qui a stoppé pendant deux ans les actions s'appuyant directement sur le savoir expérientiel (programme communautaire en détention avec exclusion des facilitateurs communautaires) mais qui a révélé l'importance des ambassadeurs santé en milieu ordinaire et de la médiation en santé.
- La crise sanitaire a également été un frein également à l'activité régionale du CRSA avec une difficulté accrue pour ses représentants d'intégrer les nombreuses visioconférences qui ont émergées (la problématique de la fracture numérique mais aussi de la place que l'on donne aux usagers avec des espaces de travail).
- Cette crise a également révélé le difficile équilibre entre prise en compte des besoins spécifiques de la personne et la gestion des urgences face à l'épidémie, souligné dans le RETEX du GP ISP de la CRSA. Ce RETEX met en exergue également le besoin d'accompagnement des personnes les plus éloignées mais aussi d'espaces d'informations et d'expressions notamment pour les familles et les jeunes
- L'accompagnement des professionnels ou futurs professionnels ainsi que des associations et collectivités sera d'autant plus nécessaire face aux nouveaux enjeux (crise environnementale et économique) qui nécessitent une approche réduction des inégalités sociales et un soutien face à la diversité des situations de vulnérabilité.

LES SUITES

A développer

- Accompagner les initiatives, et conforter les actions existantes, de démarches participatives et de santé communautaire
- Capitaliser les expertises et travaux autour des enjeux de la littératie et de l'accompagnement individuel
- Soutenir les professionnels ou futurs professionnels par des formations ou interventions sur les thématiques « réduction des inégalités sociales de santé » et « coordinations territoriales »

Résultats attendus

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

ARGUMENTAIRE

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

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

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

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

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

Les problématiques suivantes ont été identifiées

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

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

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

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

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

Quelques chiffres régionaux en juin 2017:

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

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

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

Points forts

- **Un diagnostic sur les six conditions nécessaires aux soins et à la prévention** réalisé dans chaque département qui a permis de mettre en exergue le besoin en accompagnement médico-social et la mise en place de dispositifs mobile pour aller vers les personnes quel que soit leur lieu de vie et la situation. Le retour dans le droit commun reste un objectif et pendant la crise, de nombreuses personnes en situation de précarité ont été orientées vers des centres de vaccination territoriaux. (72, 49 et 44)
- **Une offre médico-sociale de dispositifs passerelles dédiée précarité par département** a été déployée composée de 3 ou 4 PASS, 1 EMPP à minima (3 bientôt 4 pour le 44), une offre d'hébergement et de soins Lits Haltes Soins Santé et Appartements de Coordination Thérapeutiques avec des équipes hors les murs, complétée par une offre de Lits d'Accueil Médicalisés par hémi-région. Pour résumer :
 - 17 PASS avec une file active régionale de plus de 5 000 personnes
 - 7 EMPP vs 4 EMPP en 2017 (soit à minima 1 par département) = estimation FA EMPP en cours
 - 121 places ACT (soit + 68% pour l'hébergement), et 76 places LHSS (+55%) et 40 places de LAM avec une file active estimée (en cours de calcul) qui interviennent sur différents lieux de vie et dans les territoires
- **De nouveaux dispositifs se sont ajoutés pour compléter l'offre comme :**
 - **Des équipes mobiles de soins** (PASS mobiles à Nantes, Angers, et St Nazaire et une PASS mobile départementale en Mayenne (équipée d'un bus), des équipes hors les murs pour les LHSS (95 places) et ACT (61 places) pour aller vers et apporter des réponses variées face à la diversité des situations et une équipe mobile santé précarité départementale en Maine et Loire (15 places)
 - **40 lits d'accueil médicalisés** pour des personnes nécessitant des soins médicaux importants ou en fin de vie
 - **100 places d'ACT un chez soi d'abord** déployés sur le grand Nantes lancés en 2020 pour les personnes avec un parcours d'errance et des troubles ou pathologies psychiatriques
 - **La médiation en santé** pour les gens du voyages (en 44, 53 et 72), pour le public d'Europe de l'Est et en MSP
 - En cours : **des accueils de jour en LHSS** avec une bagagerie médicamenteuse pour l'accès aux soins des personnes sans domicile ou en structures d'hébergement collectives
 - **Des temps psychologues en structures d'hébergement collectif portées par les EMPP, en missions locales et progressivement dans les SEC pour le 1er recours**
 - **Des consultations avancées en addictologie en structures d'hébergement collectif et en accueil de jour** (sur Nantes)

Un soutien aux professionnels libéraux a été apporté par un accès à l'interprétariat pour les professionnels en ville (médecins généralistes et spécialistes, IDE L, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et orthophonistes) avec un guide précarité avec annuaire lancé en 2018 en Loire Atlantique, en Maine et Loire et en Sarthe.

Des travaux menés dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté sur le partage d'outils numériques permettant de visualiser l'ensemble des dispositifs sociaux et santé sur un territoire pour faciliter l'interconnaissance et le soutien de l'orientation et du parcours de la personne.

Des actions de coordination des dispositifs dédiés précarité ont été mis en place (en Vendée, Loire Atlantique et en Sarthe) avec une articulation avec les DAC (notamment DAC 49 et DAPS 85).

Accompagnement des SIAO (SIAO de la Sarthe) pour évaluer les besoins santé des personnes et/ou des familles hébergées dans les hébergements d'urgence et la compatibilité des hébergements proposés avec l'état de santé des personnes et/ou des familles.

Elaboration et mise à jour du carnet de parcours santé en Mayenne et Vendée

Points à améliorer

Si la majorité des **six conditions** facilitant un parcours sont en majorité réunies et les DAP (ou DAPS pour la Vendée) déployés, la coordination opérationnelle des dispositifs dédiés précarité reste encore à travailler sur différents niveaux :

- L'articulation entre établissements de santé et professionnels de santé avec l'intégration des dispositifs médico-sociaux LHSS/LAM/ACT et CSAPA/CAARUD dans le dispositif ROR (en cours)
- La coordination autour des situations complexes (soins somatiques/addictions/santé mentale/handicap) notamment pour les sorties d'hospitalisation et sortie des services des urgences mais aussi celles des ESMS PDS.
- Même si les liens entre dispositifs dédiés précarité et CFPD se font (avec le dernier CFPD en cours de déploiement dans le 49) sur les sujets maladies infectieuses (dont tuberculose), vaccination et santé sexuelle, la coordination des actions de prévention est à renforcer (notamment pour le déploiement des RV de santé aux 3 âges ou la montée en compétence des CEGGID sur la prise en charge des violences sexuelles) mais aussi pour favoriser l'accès au dépistage du cancer pour les personnes les plus éloignées
- La coordination opérationnelle des acteurs au sein des territoires, notamment les liens ville/hôpital et ville/dispositifs médico-sociaux doivent être penser pour faciliter les prises en charges de proximité ou pour agir rapidement en cas de crise ou accueil migrants/réfugiés (intégrer le rôle des professionnels et SEC)
- L'articulation dispositifs dédiés précarité avec les CPAM pour l'accès aux droits et le soutien financier

Poursuivre les actions de communication pour rendre les ressources visibles est désormais nécessaire au vue du nombre et surtout de la possibilité d'orientation offerte aux professionnels en ville mais aussi des champs sociaux et sanitaires. Des propositions numérisées et regroupant les différents champ (comme Soliguide) existent mais nécessitent une coordination et des financements interinstitutionnels.

Le soutien des structures coordonnées (MSP et centres de santé) doit se poursuivre en lien avec les CPTS pour permettre des réponses adaptées en proximité dans les territoires face à la diversité de situation de précarité (médiation en santé, démarches participatives, temps psychologues mais aussi articulation petite enfance et travailleurs sociaux) pour éviter l'isolement des professionnels de santé face aux inégalités sociales de santé.

LES SUITES

A développer

Accompagner et former les professionnels des DAC aux spécificités de conditions de vie, de prise en charge et d'accompagnement des personnes précaires.

Renforcer le maillage en dispositifs mobiles dans les territoires non-couverts ou département.

Résultats attendus

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

ARGUMENTAIRE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Problématiques communes

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

Améliorer la coordination opérationnelle des acteurs et leur gouvernance

De nombreux acteurs sociaux, médicaux, médico-sociaux interviennent auprès de ces personnes sans pouvoir toujours se coordonner et partager les informations entraînant un manque de fluidité dans les parcours individuels, des ruptures dans les soins défavorables au maintien de leur santé. Cependant, un constat partagé par tous : la mobilisation des professionnels pour des actions coordonnées de prise en charge est facilitée sur un territoire de proximité.

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

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

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

Recommandations

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

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

Tout en s'adaptant aux spécificités de chaque territoire et département, favoriser une coordination opérationnelle de proximité, suivant la taille du territoire, le niveau recommandé étant l'intercommunal afin de faciliter la mobilisation des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux mais aussi de mobiliser les acteurs de terrain du quotidien (associations, postiers, responsables de sites locatifs, pharmaciens, policiers...).

Pour faciliter la coordination des acteurs :

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

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

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

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

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

Points forts

- Le bon niveau de coordination opérationnelle est variable suivant la taille du territoire mais la présence d'une animation territoriale de l'ARS est perçue avec intérêt par les acteurs de la précarité et les membres du groupe permanent santé précarité de la CRSA.
- Le déploiement départemental de la mission ISS, des chargés de mission IREPS et des commissions de coordination des politiques publiques attendus avec intérêt par les membres du groupe permanent ISP de la CRSA
- Pour ces deux points, des actions opérationnelles (ou plans d'actions opérationnelles sont attendus) avec la participation citoyenne et une approche globale dans les territoires (Ségur de la santé, futur Pacte territorial de Santé, CNR, politique de la ville, FDR santé mentale)
- Des outils d'analyse territoriale développés par l'ARS et l'ORS ou encore par la stratégie de lutte contre la pauvreté avec des études régionales ou territoriales sur l'état de santé de population ciblée permettant d'apporter une observation de la pauvreté ou défavorisation sociale plus précise. Pour la première fois, une analyse par région a été réalisée avec un critère de revenus (taux de vaccination des populations) facilitant ainsi une approche sous l'angle ISS.
- Soutenir les acteurs de terrain dans leurs actions par des lieux et des temps d'échange :

La crise COVID a favorisé des concertations entre acteurs tant au niveau régional que territorial dans un premier temps en 2020 et a favorisé la coordination des acteurs (exemples : CAF- EMSP-ARS-CPAM en Mayenne pour la vaccination des personnes bénéficiaires de la C2S ou DT ARS/DDEETS/dispositifs dédiés précarité). Cette crise a permis d'identifier la nécessité de créer des espaces de concertation à plusieurs niveaux suivant l'objet et l'urgence.

- Organiser l'observation des situations de précarité : progressivement, l'ensemble des dispositifs dédiés précarité remontent leurs activités au niveau départemental, régional et national ce qui permet un bon niveau d'analyse des activités. (Par exemple : L'activité des 17 PASS permet depuis 4 ans une synthèse annuelle avec des axes de travail territoriaux pour ajuster les ressources à l'activité.). En matière d'observation, dans le cadre de son CPOM avec l'ARS, la FAS communique les résultats régionaux de son observatoire des refus de soins (intégrant également le nombre des morts à la rue en lien avec les collectifs de Nantes et Angers).

Points à améliorer

L'interconnaissance des acteurs ne doit pas que s'appuyer sur leur bonne volonté. Plusieurs niveaux d'actions identifiées :

- Coordination des instances de gouvernance des DAC, des communautés 360, des CPTS, des MSP et des SIAO et liens entre professionnels autour des situations complexes.
- Mieux articuler CLS/CLSM et politique de la ville.
- La cartographie des instances et gouvernances abordant la question précarité ne doit intégrer pas intégrer que la grande exclusion mais doit faire l'objet d'une approche globale avec un angle de travail réduction des inégalités sociales de santé (familles, enfants, public en insertion dont jeunes, personnes sous-main de justice ...etc) permettant ainsi de mieux prévenir la bascule dans la précarité.»

- Une cartographie des coordinations des situations complexes a été réalisée en Vendée montrant que suivant la problématique ou l'âge, les lieux de coordination ne sont pas les mêmes (jeunes, enfants en difficultés, problématiques psychiatriques, etc.).
- La coordination opérationnelle ne se décrète pas, elle nécessite de partager des travaux/projets communs, des outils et des espaces favorisant l'interconnaissance des acteurs de l'accompagnement en santé/social comme un annuaire partagé (santé et social au sens large du terme intégrant le secteur de la petite enfance, de l'emploi, du logement, social, etc.) pour faire face aux diversités des situations de vulnérabilités (ISS). Avec toutefois un point d'attention sur une organisation facilitée et simplifiée pour les acteurs des différents champs. (L'expérimentation Pédiaco mobilisant les professionnels santé/social/petite enfance dans 4 territoires de la région autour des 1000 premiers jours illustre bien la difficulté
- L'intégration du sujet « inégalités sociales de santé » confirme la nécessité de travailler face à une diversité des situations sociales en ne reléguant pas précarité à la grande exclusion afin de mieux prévenir la pauvreté et les impacts sur la santé ou les situations de santé « embarquant les personnes » dans une situation de précarité. Un sujet à travailler en articulation avec le futur Pacte territorial des solidarités et la future politique de la ville.
- Pour cibler des actions ISS sur un territoire, nécessité de s'appuyer sur des études par catégorie sociale insuffisamment développées notamment au niveau territorial avec deux freins plutôt culturels : l'universalisme proportionné et l'absence de travaux dits populationnels

LES SUITES

A développer

- Travailler sur des outils partagés santé social (annuaire, plateforme action sociale, carnet de santé...) et les inscrire dans une action interinstitutionnelle pour une utilisation effective.
- Poursuivre le déploiement de plans d'actions ISS en lien avec le futur pacte territorial des solidarités et la politique de la ville.
- En lien avec les DAC et CPTS pour conforter voire valoriser la coordination opérationnelle par territoire
- Poursuivre les travaux d'observation sociale en lien avec l'ORS pour renforcer l'observation des ISS par territoire.

Résultat attendu**> La continuité des soins est assurée en sortie de dispositif enfance/adolescence****ARGUMENTAIRE**

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

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

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

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

- Les jeunes en décrochage ou fin de prise en charge par différents dispositifs (scolaires, médico-sociaux, ASE, PJJ, ...),
- Les jeunes relevant de l'aide sociale à l'enfance,
- Les jeunes relevant de mesures judiciaires (étude de l'IREPS),
- Les jeunes présentant des fragilités socio-économiques (dont les jeunes des zones urbaines sensibles),
- Les mineurs non accompagnés (MNA)
- Les très jeunes parents.

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

- La mortalité par suicide,
- La consommation d'alcool (en particulier pour certaines populations, en apprentissage professionnel, notamment),
- Les problématiques psychiques (du mal être aux troubles psychiques voire psychiatriques),
- Les questions de surpoids relevées notamment chez les jeunes les moins favorisés.

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

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

Soutenir l'accès aux soins et à la prévention des jeunes en situation de précarité

risques majeurs de situation de précarité, de renoncement aux soins voire de tentatives de suicides.

Problématiques communes

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

De nombreux partenariats existants mais des difficultés de coordination notamment pour les situations complexes la nécessité d'intégrer dans la coordination les médecins généralistes pour les aider dans l'orientation de leur jeune patient.

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

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

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

Recommandations :

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

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

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

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

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

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

LES CONSTATS

Points forts

Enfance :

Une impulsion forte par la stratégie de la pauvreté en faveur d'actions intersectorielles (petite enfance, social, santé, aide alimentaire, parentalité) depuis plus de 5 ans.

Des actions de soutien de la parentalité lors de la naissance de l'enfant par le dispositif de prévention précoce de Petit Pas-Grand Pas (soutien des mères et de leurs nourrissons en situation de vulnérabilité en sortie de maternité par des sages-femmes libérales formées) impulsé par l'ARS et déployé sur l'ensemble du département de la Loire-Atlantique. Des professionnels du Maine et Loire et la Sarthe dans la perspective d'un déploiement prochain.

Un axe de travail gouvernemental lancé en 2021 par la démarche des 1000 premiers jours qui a renforcé les démarches existantes ci-dessous :

- Le soutien régional des maternités pour la mise en place de staff médico-psycho-sociaux par le centre de ressource régional Réseau Sécurité Naissance en lien avec les PASS (parcours mère-enfants et COPIL Partenariaux).
- Une offre d'hébergement pédiatriques médico-sociaux qui se déploie (LHSS pédiatriques à Nantes et places ACT pédiatriques) en lien avec les structures sociales d'hébergement ou de logement, l'aide alimentaire

Deux AAP 1000 premiers jours lancés favorisant des actions dans les territoires :

- Des actions de formation sur le repérage de la vulnérabilité et de prévention santé environnement proposées pour les professionnels de la santé mais aussi de la petite enfance et des travailleurs sociaux(TISF)
- Des actions favorisant l'interconnaissance des professionnels santé de ville et de la petite enfance dans les territoires autour du parcours des 1000 premiers jours (Pédiaco porté par les URPS)
- Formations partagées hôpital/ville par territoire
- Soutien d'actions portées par des MSP (violences intrafamiliales, repérage des vulnérabilités)

Des conventions Taquet signées entre ARS et Département en faveur des jeunes (enfants et adolescents) sortant de l'ASE avec :

- 4 places d'hébergement pour des enfants avec situations complexes créées et un dispositif d'accueil de jour de répit (5 places) en Loire Atlantique
- Des actions soutenant les enfants en situation de handicap dans le Maine et Loire,

- La création d'une équipe pluridisciplinaire départementale en soutien des professionnels (dont Assistants familiaux) face aux différentes situations de handicap en Mayenne avec l'ouverture d'un établissement d'accueil ASE/médico-social,
- Création d'une équipe mobile d'appui médico-social également en appui notamment des assistants familiaux en Sarthe

Adolescence

- Les différents profils de jeunes en situation de précarité par territoire avec leurs spécificités sont désormais connus (MNA, jeunes sous protection sociale ou en sortie de protection sociale, sous protection judiciaire, jeunes en errance/ dits en rupture ou en décrochage de dispositifs sociaux et médico-sociaux) avec des travaux menés dans le cadre de la stratégie de prévention de la pauvreté et dans le cadre de la « coordination interinstitutionnelle départementale » :
 - Articulation Maison des Ados et missions locales en lien également avec les associations porteuses de l'accompagnement spécifique « contrat engagement jeunes en rupture »
 - Articulation ASE-PJJ et ARS dans le cadre des conventions Taquet (Maine et Loire, Loire Atlantique, Sarthe et Mayenne)
 - Articulation dans chaque département entre le Département, les PASS et le CFPD pour des parcours MNA (un groupe de travail pluridisciplinaire en Loire Atlantique)

Une couverture départementale par une Maison des adolescents renforcée depuis la crise sanitaire et allant vers les collèges et lycées (participation aux plateformes territoriales de lutte contre le décrochage scolaire en Vendée notamment).

Avec des temps d'écoute psychologique déployés dans les missions locales dans l'ensemble des départements et dans des structures d'exercice coordonnées par des médecins généralistes en lien avec les MDA.

Des actions de soutien des professionnels des secteurs médico-sociaux et sociaux pour anticiper les sorties de ces dispositifs, comme par exemple, la plateforme de coordination APPUI en Mayenne et le déploiement dans quatre départements d'accompagnement Contrat Jeunes en rupture pour les plus éloignés en milieu rural et en milieu urbain (Loire Atlantique, Maine et Loire, Mayenne et Sarthe)

Points à améliorer

Renforcer la place des professionnels libéraux en tant qu'acteurs du repérage des vulnérabilités des jeunes :

Des actions telles que l'accès à l'interprétariat, l'accès à des consultations gratuites de psychologues ((Monpsysanté), le déploiement progressif de démarche participative (intégrant écoute psy, médiation en santé et un volet social) en SEC ou bien encore l'accès à des traitements (dont des traitements de substitution) via des pharmacies en proximité pour apporter dans les territoires des réponses. Cependant la question de la valorisation de la coordination de ces parcours complexes reste un frein.

Soutenir les associations et partenaires œuvrant dans le champ de la prévention/promotion de la santé auprès du jeune public : financement par l'ARS de chargés de mission CPS et ISS par l'IREPS pour développer un plaidoyer de promotion de la santé et du savoir expérientiel de la personne (école primaires et collèges pour la formation des professionnels sur les CPS).

Le déploiement de l'ETP dans le cadre d'accompagnement médico-sociaux dédiés sur le modèle des ACT Monjoie pourrait également être capitaliser pour les jeunes en grande exclusion.

LES SUITES

A développer pour l'enfance :

- Pour la petite enfance, les professionnels des différents champs sont mobilisés autour des 1000 jours et il faut se saisir de démarche pour poursuivre les actions santé et le plaidoyer auprès des institutions. Là aussi la question de coordination des acteurs se pose et par territoire ville/hôpital.
- Pour l'enfance, la question de la coordination des actions se pose également par territoire avec un point d'attention porté par le groupe permanent de la CRSA sur l'extension des actions de formations des CPS et promotion de la santé dans les écoles primaires, pour faire face notamment aux comportements à risques de plus en plus précoce (addictions et sexuels)

A développer pour l'adolescence

- Le nombre d'actions santé en faveur des jeunes et de leur santé se sont multipliées. L'articulation avec les actions d'insertion est à conforter par territoire et à travailler le volet santé au sein des commissions de coordination départementales des politiques publiques
- Les questions des espaces de concertation des acteurs territoriaux et de la valorisation de leurs actes de coordination des situations complexes des médecins généralistes restent d'actualité.

Pour tous, enfants et adolescents :

La question d'actions en faveur des ISS avec la création d'environnement favorable pour la santé et le bien être des jeunes et des familles est de plus en plus importante (CNR, PACTE SOCIAL DES SOLIDARITES et Nouvelle politique de la ville).

Capitaliser et diffuser les bonnes pratiques de réduction des inégalités sociales, de développement des compétences psychosociales et de promotion de la santé est nécessaire.

Résultats attendus

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

ARGUMENTAIRE

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

Cela se traduit par :

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

Des traitements médicaux lourds,

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

Des pathologies neurodégénératives.

Pour deux raisons :

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

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

Ainsi, que ce soit de façon prématurée ou non, le nombre de personnes vieillissantes en situation de précarité ayant besoin d'un hébergement médico-social va suivre la même évolution que pour la population générale. Partageant ce constat dans les Pays de la Loire, l'ARS, en lien avec la commission médico-sociale de la CRSA et la DRDJSCS ont engagé une réflexion régionale sur l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de précarité confrontées au vieillissement. Pour alimenter cette réflexion, deux enquêtes ont été menées, une portée par l'ARS et la FNARS sur les structures d'hébergement médico-sociales et structures d'hébergement d'urgences avec deux constats partagés :

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

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

Résultats des enquêtes réalisées en 2015 et 2016 :

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

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

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

Les problématiques communes identifiées :

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

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

Des personnes en fin de vie,

L'isolement social avec peu ou pas de liens,

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

Des situations administratives sans issue,

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

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

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

Points forts

- La couverture territoriale d'hébergements médico-sociaux dédié précarité a été confortée dans chaque département (LHSS et ACT) et compléter par 40 places de LAM et 100 places d'ACT un chez soi d'abord pour accueillir et stabiliser les personnes quel que soit leur âge.
- Cette offre médico-sociale est complétée par des équipes mobiles hors les murs ACT et LHSS pour faciliter l'intégration dans le parcours en amont du dispositif et en aval pour accompagner la personne sur un nouveau lieu de vie. Des accompagnements sont réalisés ainsi en EPHAD (un peu plus de 30 par an en Loire atlantique, ou progressivement, en Vendée, Mayenne et Sarthe) et des premiers accompagnements de personnes en habitat indigne ou avec syndrome de Diogène ont été réalisés.
- 100 places ACT un chez soi d'abord déployées sur Nantes et sa grande couronne permettent d'insérer des personnes dans le logement avec un parcours d'errance et des troubles psychiatriques avec la possibilité désormais de déployer ces dispositifs en ville moyenne.
- Le développement d'accompagnements adaptés en EPHAD ou en FAM peut se faire désormais via les DAC lorsqu'ils sont déployés (ce qui est le cas en Vendée, Loire Atlantique, Maine et Loire et Sarthe). Il existe également des missions de coordination des situations complexes précarité en Vendée, Loire-Atlantique, Sarthe et Mayenne.
- Pour mieux accompagner des personnes précaires avec maladies chroniques et/ou situation de handicap, des réponses existent en éducation thérapeutique en ACT et se déploient progressivement dans les ESMS PDS en région.

Points à améliorer

- Un point de vigilance face à une augmentation des personnes âgées vieillissantes sans ressources ou à faibles ressources qui ne sont pas forcément à la rue mais qui vont solliciter un accompagnement médico-social et social (notamment pour les femmes avec peu ou pas de retraite, les travailleurs précaires, les personnes surendettées ou en difficultés, personnes + de 60 ans en sortie de détention et longue peine, personnes en situation administratives dites sans issue).
- Mobiliser la coordination des politiques publiques pour favoriser la diversité des offres d'hébergement et de logements adaptés pour faire face aux vieillissements des personnes sans ressources ou à très faibles ressources (pensions de famille, logements sociaux accessibles PMR, résidence accueil, etc.) avec un point d'attention et de prévention sur la précarité énergétique face à l'évolution climatique.
- Le sujet de l'accompagnement des personnes avec un vieillissement prématuré notamment des troubles cognitifs liés au syndrome de Korsakoff est travaillé en lien avec les dispositifs mobiles précarité mais nécessite une impulsion et une coordination des politiques publiques plus large.
- La coordination entre structures médico-sociales précarité et handicap est insuffisante avec des réponses hétérogènes sur la reconnaissance du handicap suivant les départements et des délais d'attente longs impactant la prise en charge médico-sociale avec de nombreux risques tels les passages itératifs en service d'urgences, les sorties de dispositifs avec retours à la rue (voire des décès à la rue dans des conditions de vie très difficiles avec mise en danger de la personne).

- L'éducation thérapeutique ou la remédiation cognitives adaptés aux situations de précarité face aux maladies neurodégénératives sont des outils utilisés ou connus mais qui nécessitent plus d'expertises et d'espaces de prises en charge et de partage. Une impulsion et une capitalisation des pratiques doit se faire avec une coordination interinstitutionnelle pour les prises en charge les plus complexes (sans ressources, déni de soins...). Les questions d'hébergement mais aussi de traitements adaptés mais non reconnus doivent être traités.
- Une réflexion est à mettre en place pour compléter les accompagnements par les dispositifs mobiles dédiés précarité de professionnels formés (neuropsychologues, formés aux problématiques de syndrome de Diogène, IPA...)
- Un point de vigilance sur le vieillissement prématuré (+50 ans) de toute personne avec un parcours complexe (sans être à la rue) nécessitant des prises en charge et des habitats adaptés Des actions interinstitutionnelles sont nécessaires pour favoriser les accompagnements à domicile ou en structure et leur financement.

LES SUITES

A développer

- Articulation précarité et vieillissement avec les DAC (ou DAPS pour la Vendée) pour un plus grand recours au droit commun
- Coordination des politiques publiques sur les questions du vieillissement intégrant le vieillissement prématuré, ainsi que sur les questions du handicap pour les personnes de plus en plus nombreuses sans ou avec faibles ressources
- Développer les plateformes médiation logement
- Relancer une réflexion régionale ou départementale mobilisant l'ensemble des acteurs sur la question du vieillissement prématuré et capitaliser sur les expériences d'accompagnement des personnes précaires vieillissantes existantes

Résultats attendus

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

ARGUMENTAIRE

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

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

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

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

Une très grande variabilité des problématiques somatiques : si un accès aux soins pour les soins les plus urgents a été apporté majoritairement dans des PASS engorgées, des difficultés sont apparues pour poursuivre ces soins par un médecin traitant ou pour trouver des consultations spécialisées (plus particulièrement, dans des départements et/ou territoires ruraux avec une démographie en professionnels de santé fragile). Ces difficultés sont liées à une combinaison de plusieurs facteurs (démographie médicale locale, difficultés culturelles à l'utilisation de notre système de santé, barrière de la langue et enfin compétition de priorités dans une situation de précarité liés au parcours difficile),

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

Les professionnels de santé se sont trouvés très sollicités avec des situations très variables allant de la souffrance à des troubles psychiques, nécessitant une prise en charge adaptée

en articulation avec un accompagnement social, un hébergement et des actions d'intégrations,

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

Plusieurs enjeux ont été identifiés :

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

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

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

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

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

Quelques chiffres en région en juin 2017 (source DRDJSCS)

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

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

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

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

Points forts

Une offre médico-sociale LHSS et ACT avec équipes hors les murs mise en place dans chaque département qui permet d'apporter des réponses en soins avec hébergement ou sur les différents lieux de vie (structures d'hébergement social, campements, squats, collectif pour mineurs).

Les équipes mobiles PASS et EMSP en lien avec les CFPD ont permis pendant la crise d'aller vers les différents publics, organiser les dépistages, assurer un suivi des personnes confinées, informer et proposer des séances de vaccination. En Loire Atlantique, Maine et Loire et Mayenne des actions ont été menées en prévention de différentes maladies infectieuses. En Sarthe et Vendée, la réponse est à organiser.

Un accès à l'interprétariat gradué a été déployé dans les dispositifs dédiés précarité (y compris psychiatrie précarité, auprès de professionnels du premier recours (médecins généralistes en centre de santé ou en cabinet, IDE Libéral, chirurgiens-dentistes et pharmaciens) et pour la plateforme Vigilans (prévention du suicide).

Avec une attention particulière pour les femmes et les enfants par un accès à l'interprétariat pour les sages-femmes et les orthophonistes (bilan avec les parents). Au démarrage de l'action en 2017, 193 consultations avec interprétariat ont été proposées et en 2021, 1356 consultations (hors expérimentation article 51). La démarche participative en SEC en cours de déploiement intègre l'accès à l'interprétariat (avec la médiation en santé) en tant qu'outil de réduction des inégalités sociales. Cet accès à l'interprétariat a facilité l'accès au droit commun pour l'accueil de réfugiés avec droits ouverts rapidement (y compris traitement médicamenteux).

L'accès aux soins en santé mentale s'est organisée sur plusieurs niveaux : des temps psychologues en PASS, une équipe mobile psychiatrique précarité déployée dans chaque département, des temps psychologue déployés en structure de jour ou d'hébergement social ou bien encore pour les arrivées de réfugiés (Maine et Loire, Loire Atlantique, Mayenne). Ces dispositifs sont également sollicités dans le cadre du CNR en Sarthe).

Le centre de ressources régional spécialisés dans la prise en charge des psycho traumatismes a été sollicité lors de l'arrivée de réfugiés.

En ce qui concerne les questions de santé sexuelle, l'ensemble des professionnels PASS ont été formés par les CEGGID en 2018 pour faire face à l'accueil de nombreuses personnes aux parcours migratoires impactés par les violences sexuelles. Depuis 2021, les CEGGID sont mobilisés pour prendre en charge la question des violences sexuelles. Une montée en compétence des professionnels est en cours par département. Le CEGGID de la Vendée a intégré de nouvelles compétences en sexologie pour ces professionnels de santé.

La mobilisation des politiques publiques en faveur des personnes migrantes a permis de favoriser des démarches d'insertion en milieu scolaire ou milieu professionnel (plateforme ressources insertion migrants par hémi-région). Elle a permis aussi de réorganiser l'accès aux soins et à la prévention par la mise en place en 2023 d'un rendez-vous santé pour les primo-arrivants dès les premiers jours de leur inscription au parcours DNA pour une évaluation des besoins en santé incluant la vaccination. Les suites de ce RV santé seront assurés par les dispositifs santé dans les départements d'accueil. Elle a permis également de repenser le parcours santé = un rendez-vous santé pour les primo-arrivants organisé par l'OFII à Nantes qui orientera la personne vers un territoire (entre 300 et 500 personnes arrivantes) avec consolidation de parcours pour situations complexes.

Le maillage de proximité des 17 PASS et des équipes mobiles apportent des réponses de soins dans différents territoires urbains et ruraux. Pour aller plus loin, le cahier des charges des PASS d'avril 2022, permet une coordination PASS/professionnels de santé en ville en lien avec les CPTS pour faire face à une diversité d'accueil et de situations de plus en plus fréquents en milieu rural.) en lien également avec la CPAM.

Des situations de migrations de plus en plus variées dont certaines obtiennent des droits immédiats (réfugiés, personnes dites de Dublin en provenance d'autres pays accueillants avec problématiques de santé) multipliant les flux et les sollicitations dans les départements. Des équipes mobiles et des CPTS qui se saisissent de ce sujet.

Points à améliorer

Des politiques coordonnées en faveur des demandeurs d'asile et des réfugiés avec des schémas régionaux concertés (SRADAR) mais qui masquent la présence de personnes migrantes sans statuts, déboutées du droit d'asile ou en transit en France, pour qui le parcours, les conditions de vie accentuent ou accroissent leurs problématiques en santé (que l'on retrouve en service d'urgences ou bloqués dans les dispositifs médico-sociaux faute de solutions d'aval).

Une organisation à conforter de l'accès aux soins dans le droit commun et/ou d'un dispositif d'accès aux soins en proximité (PASS de proximité) intégrant l'accès aux droits face à un risque accru d'un plus grand nombre de réfugiés pour des raisons de pays en guerre mais aussi pour des raisons climatiques.

Poursuivre les actions de formation des professionnels des dispositifs médico-sociaux (dont PASS et EMPP) et des professionnels de santé mais aussi du social et des bénévoles sur le repérage des problématiques de santé mentale et sur le psycho-trauma doit se poursuivre (journée régionale PASS/EMPP et centre de psycho traumatisme).

Des problématiques de santé accrues face aux conditions de vie (maladies infectieuses, santé mentale, pathologies chroniques,,,,) nécessitent de développer un plaidoyer auprès des institutions en charge de leur accueil (accès à l'eau potable, espaces de vie adaptés, accès aux sports et à l'animation pour les enfants et adultes.

Les expérimentations article 51 (MSP du Mans et MSP à Angers) sont déployés avec la médiation en santé et à capitaliser pour améliorer l'accès au droit commun.

Le bon niveau de coordination opérationnelle et les professionnels en charge de cette coordination restent à identifier. Les SIAO et l'OFII devant être inclus dans cette coordination opérationnelle.

LES SUITES

A développer

- Mieux accompagner en médecine de ville dans les territoires ruraux et urbains (PASS proximité et accès aux droits).
- Coordonner accompagnement soins et prévention dédiés précarité et droit commun en clarifiant le rôle et la complémentarité des acteurs.
- Renforcer les accompagnements en médiation en santé et en soutien psycho-social dans les territoires en lien avec les professionnels de santé.
- Trouver le bon niveau de coordination opérationnelle, son portage en veillant à intégrer l'OFII et les SIAO
- Optimiser et pérenniser l'accès à l'interprétariat en ville et en établissement de santé pour fluidifier l'accès aux soins sur tous les territoires
- Développer des actions de littératie pour améliorer la connaissance et l'autonomie de la personne

Résultat attendu

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

ARGUMENTAIRE

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

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

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

Au niveau national, les personnes détenues âgées de plus de 50 ans représentent 11 % de la population carcérale. Même si elles restent minoritaires, elles présentent des problématiques sanitaires spécifiques et complexes nécessitant une prise en charge particulière. Enfin, la population carcérale, à l'instar de la population générale, vieillit et les conséquences du vieillissement en détention, concernant notamment la perte d'autonomie, doivent être anticipées,

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

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

à vivre en autonomie dans un logement sont impactées par les longues années d'incarcération.

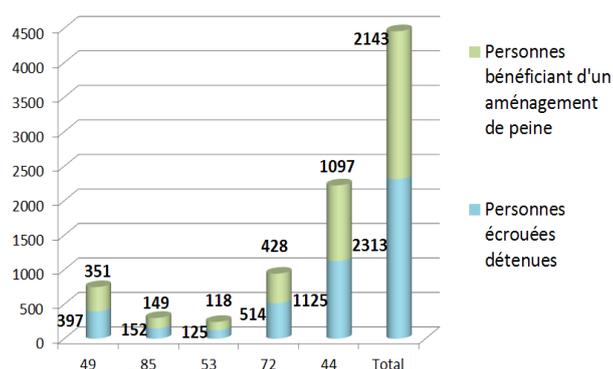
Il a été constaté qu'un certain nombre d'entre elles, sortent souvent sans couverture sociale, avec des traitements de substitutions en place nécessitant un suivi et un renouvellement rapide, avec des traitements des troubles psychiques (souvent non adaptés à un retour à la vie ordinaire), et avec un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

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

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

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

En Pays de Loire au 1^{er} Mai 2017: 4456 personnes placées sous-main de justice



Points forts

- Des équipes USMP mobilisées notamment sur les consultations des arrivants et sur les dépistages mais un accompagnement hétérogène des CFPD suivant les départements avec des consultations et des dépistages médicalisés systématiques. Des actions de dépistage notamment VIH/B et C sont proposées dès l'arrivée.
- Des courriers de liaison rédigés (plus fréquemment avant la crise qu'après la crise).
- Des actions annuelles de promotion de la santé en détention déployées par chaque USMP intégrant parfois le développement des compétences psychosociales ont été mises en place.
- Un programme de promotion de la santé adapté aux personnes vieillissantes déployés à Nantes ainsi qu'un programme carcéral de santé communautaire (qui a facilité l'accès aux permissions médicales de sortie médicale).
- Des CSAPA référents impliqués avec des temps d'éducateurs intervenant en détention. Des actions de réduction des risques ont été mises en place en détention en lien avec les CSAPA référents, pour certaines confidentielles face aux conditions de détention. Des accompagnements à la sortie notamment pour les traitements de substitution.
- L'étude COSMOS réalisée en 2017 et 2018 en détention de Nantes auprès de 600 détenus a permis d'identifier les difficultés des personnes en entrée de détention (L'impact des habitudes de consommation avant incarcération, l'identification de 5 groupes populationnels à risque, la nécessité d'une prise en charge des poly consommateurs). Elle a été partagée auprès des acteurs.
- Trois USMP équipées d'accès à la télé-médecine (Fontenay, Laval, et Nantes) pour des actes ciblés (psychiatrie, préparation à la sortie avec le CSAPA, et consultations pré-anesthésie).
- Des projets expérience et projets nouveaux d'accompagnement à la sortie (à Nantes avec un parcours CMP et un projet d'EMOT, à Laval, l'utilisation de la télé-médecine pour préparer les sorties en lien avec CSAPA et CAARDU), et deux nouvelles structures d'accompagnement à la sortie (SAS) offrant aux professionnels de santé de mettre en place de nouvelles techniques de réhabilitation ou de médiation. Des liens sont à mener avec des acteurs existants tels que Permis de construire, expérimenté dans l'insertion des personnes en sortie de détention.

Points à améliorer

- Une crise sanitaire qui a impacté des équipes USMP dont les effectifs sont calibrés en fonction de la capacité d'accueil théorique des maisons d'arrêt ou centre de détention de la région. Une réflexion nationale et une réflexion régionale sont à mener pour les soutenir.
- Impact RH sur les professionnels de la pénitencier (baisse du nombre d'Escort et de transfert y compris vers les USMP)
- Impact sur l'accès aux soins spécialisés avec des délais de rendez-vous long incompatibles avec les délais de détention (notamment en maison d'arrêt pour les soins dentaires, la dermatologie et psychiatrie) mais aussi en interne USMP faute de soignants disponibles

- Impact sur la disponibilité des professionnels de santé mobilisés sur les questions du dépistage et de la vaccination
- Impact majeur sur l'état de santé des personnes en détention en majorité une population fragile avec un parcours complexe avant détention (addictions, troubles psychiatriques et maladies chroniques)

Impact des réformes du code pénal :

- Pour les moins de 18 ans, les jeunes en détention sont les plus en difficultés sur le plan santé et social avec des troubles
- L'aménagement de peine est privilégié et ils ne sont pas repérés, accompagnés
- Pour les auteurs de violences (dont sexuelles), un code pénal plus sévère avec une rétroactivité qui entraîne un vieillissement de la population carcérale (Nantes 8% + de 60 ans)

Des sorties de détention avec de multiples difficultés : des jeunes sans solution de logement (à la rue = addictions/violences et retour à la rue avec des pb de santé), un taux d'échec des aménagements de peine de près de 80% (isolement et addictions)

Les équipes mobiles précarité sont encore sous exploitées pour la préparation de la sortie

Une difficulté de coordonner USMP/JAP/SPIPP et dispositifs sociaux ou médico-sociaux même autour les situations les plus complexes avec deux niveaux de coordination = territorial et régional.

Une étude COSMOS qui n'a pas permis de mobiliser sur le sujet des addictions en détention.

LES SUITES

A développer

- Un programme d'accès aux soins spécialisés par la télémedecine dans chaque département porté par le CH référent mais aussi des acteurs de santé du territoire
- Conforter les actions de prévention et de réduction des risques en détention et en sortie de détention avec l'accès aux traitements médicamenteux
- Soutenir et développer les actions de promotion de la santé et de réhabilitation psycho sociale

Résultat attendu

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

ARGUMENTAIRE

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

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

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

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

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

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

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

Plusieurs problématiques émergent de ces constats :

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

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

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

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

Enfin, une difficulté à repérer, dialoguer et orienter :

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

Pour les professionnels du social et de l'éducation accompagnant les jeunes (professionnels de l'éducation nationale mais aussi de l'enseignement professionnel ou de

l'insertion par l'emploi), une difficulté à repérer, dialoguer et orienter ces publics jeunes, isolés et éloignés du soin.

Les enjeux identifiés sont :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Points forts

Des dispositifs dédiés précarité (LHSS, ACT, LAM, PASS, EMPP, EMSP) plus nombreux et dans chaque département qui accompagnent les personnes sur le volet addiction en tant que comorbidités avec un projet personnalisé en lien avec CSAPA et CAARUD.

Un accueil inconditionnel déployé depuis la crise dans les structures d'hébergement avec le déploiement de consultations avancées addictologie (Sarthe, Loire Atlantique, Vendée)

Différentes bonnes pratiques ont été identifiées :

- Des actions en faveur de la lutte contre le tabac comme clé d'entrée sur le sujet addiction et s'appuyant sur les techniques de réduction des risques et de promotion de la santé comme le sport, l'alimentation, la gestion du stress (le PASS d'Angers, CCAS et CHRS de Saumur, CHRS de Nantes/RDRD tabac)
- Des travaux ont été menés par les membres du Conseil régional des personnes accueillies ou accompagnées ont identifié dans une démarche de santé communautaire des actions et des bonnes pratiques aidantes dont l'approche de réduction des risques et la stabilisation de la personne dans un hébergement

Points à améliorer

La crise sanitaire a mis un frein sur les projets d'analyse des pratiques par territoires ou des projets de parcours innovant sur les territoires

La démarche ISS a permis d'identifier la problématique des addictions comme facteur de passage dans la précarité et facteurs d'inégalités genrées dans les prises en charge avec deux projets lauréats de l'AMI ISTS proposant un accompagnement soutenu des personnes (médiation en santé et accompagnement post-sevrage).

Les professionnels de premier recours sont souvent les portes d'entrée des personnes en situation d'addiction, mais la coordination opérationnelle des acteurs dans les territoires est encore insuffisante pour accompagner les personnes les plus éloignées.

Les membres du CRPA en tant qu'usagers des structures sociales ont pointé les protocoles souvent rigides (horaires et parcours non négociables, contrainte de sevrage plutôt que réduction des risques avant stabilisation des liens avec la personne) en structures d'addictologie ou bien encore l'absence d'hébergement qui renforce l'exclusion des personnes qui ont le plus besoin d'accompagnement.

Des projets émergent face à des situations complexes comme les personnes avec syndrome de Korsakoff ou la stabilisation et l'insertion post-sevrage ou la sortie de détention. Cependant, ces projets novateurs décloisonnent et se heurtent à une réglementation stricte.

A développer

- Développer les pratiques de réduction des risques et d'accompagnement par la médiation en santé.
- S'appuyer sur l'étude parcours et GERS-OFT actuelle pour mettre en œuvre les recommandations.
- Former les professionnels à l'évolution des produits et conduites addictives
- Mieux protéger les professionnels des CAARUD face à l'augmentation des comportements problèmes
- Améliorer la prise en charge des personnes souffrant d'addiction, concertée par territoire.
- Développer les projets de santé communautaire ou démarche participative des personnes.
- Améliorer la coordination opérationnelle des acteurs.