



**Projet Régional
de Santé** Pays de la Loire
2023-2028

PROGRAMME RÉGIONAL

relatif à l'accès à la prévention et aux soins




**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

ars
Agence Régionale de Santé
Pays de la Loire

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

Il constitue l'un des documents du Projet Régional de Santé prévu à l'article L.1434-2 du Code de la Santé Publique.

Le Projet Régional de Santé a été arrêté par le Directeur Général de l'ARS le 26 octobre 2023, à l'issue de la consultation réglementaire prévue à l'article R.1431-1 du Code de la Santé Publique.

Table des matières

STRATEGIE REGIONALE D'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE	4
OBJECTIF OPERATIONNEL N°1 : PROMOUVOIR LA PARTICIPATION DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE A LA MAITRISE DE LEUR SANTE	10
OBJECTIF OPERATIONNEL N°2 : ADAPTER L'ACCES A L'OFFRE DE SOINS ET DE PREVENTION A LA COMPLEXITE DES SITUATIONS VECUES PAR LES PERSONNES ELOIGNEES DU SOIN.....	12
OBJECTIF OPERATIONNEL N°3 : ACCOMPAGNER LES PROJETS ISSUS DES TERRITOIRES POUR AMELIORER LA COORDINATION OPERATIONNELLE DES ACTEURS	14
OBJECTIF OPERATIONNEL N°4 : SOUTENIR L'ACCES AUX SOINS ET A LA PREVENTION DES JEUNES EN SITUATION DE PRECARITE.....	16
OBJECTIF OPERATIONNEL N°5 : ORGANISER UN ACCUEIL ADAPTE ET UN PARCOURS DE SOINS POUR LES PERSONNES VIEILLISSANTES EN SITUATION DE PRECARITE.....	18
OBJECTIF OPERATIONNEL N°6 : AMELIORER L'ACCES AUX SOINS ET A LA PREVENTION DES PERSONNES MIGRANTES	20
OBJECTIF OPERATIONNEL N°7 : AMELIORER L'ACCES AUX SOINS ET A LA PREVENTION DES PERSONNES SOUS MAIN DE JUSTICE.....	22
OBJECTIF OPERATIONNEL N°8 : RENFORCER LA PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES DES PERSONNES LES PLUS ELOIGNEES DU SOIN ASSOCIANT LA PREVENTION ET LA REDUCTION DES RISQUES	26

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

Définition de la précarité retenue :

« La précarité est l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir des droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.

Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible. »

J. WRESINSKI 1987.

La révision à cinq ans prévue par le code de la santé publique du Schéma Régional de Santé et du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les personnes en situation de précarité, arrivés à échéance, est une opportunité pour renouveler la stratégie régionale et les actions de l'ARS en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé et de l'accès aux soins et à la prévention pour le public dit de grande exclusion.

En Pays de La Loire, c'est autour de la 5^{ème} génération du PRAPS que les acteurs de la précarité se sont mobilisés dans cet exercice de révision.

Dans la continuité du précédent PRAPS, et pour faire face à la diversité des situations de précarité, le public cible retenu va au-delà de la grande exclusion et intègre les publics nécessitant un soutien pour prévenir la bascule dans la précarité (personnes en insertion, travailleurs pauvres, familles, jeunes, personnes vieillissantes...).

Les travaux du Ségur de la santé, et l'analyse des conséquences de la crise sanitaire COVID, ont confirmé que les personnes socialement défavorisées, vivant dans des conditions de vie et de travail difficiles et dont l'état de santé est en conséquence souvent dégradé, ont été particulièrement fragilisées face au COVID.

Ces constats sont en cohérence avec la définition de la précarité proposée en 1987 par Wresinski ci-contre.

Ces travaux et cette définition plaident pour impulser dans le PRAPS 2023-2028 une dynamique de soutien des actions en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé en Pays de la Loire afin d'agir sur les déterminants de santé qui se distribuent selon un gradient social : plus on est défavorisé socialement, plus on est à risque pour sa santé.

L'objectif est d'assurer pour ces situations diverses plus encore que pour la population générale une approche globale, c'est-à-dire à la fois sociale, médico-sociale et sanitaire avec un retour ou un accès direct dans le droit commun dans une logique d'universalisme proportionné. Cette approche globale vaut également pour la mobilisation et la coordination des politiques publiques qui y concourent.

Pour lever les freins à l'accès aux soins et à la prévention, en miroir de la stratégie régionale PRAPS, les actions opérationnelles PRAPS suivantes seront intégrées également dans le Schéma Régional de Santé :

- Le développement de structures d'exercice coordonné pluridisciplinaire dans les territoires, intégrant la démarche participative, l'accès aux droits, la prise en charge psychologique et la médiation en santé
- La lutte contre la fracture numérique
- Le développement des prises en charge psychologiques gratuites accessibles à tous
- L'accès à la prévention et à promotion de la santé
- La prise en charge des addictions avec un accueil inconditionnel et l'accès aux outils de réduction des risques et dommages et à la maîtrise des consommations pour toute situation de précarité

Quelques éléments de contexte régional :

Pour répondre aux besoins spécifiques des personnes en situation de précarité, l'ARS et les acteurs de la précarité se sont mobilisés pour mailler le territoire de dispositifs dédiés précarité (17 PASS, 7 EMPP, 138 LHSS et 216 ACT) soit 509 places d'hébergement (chiffre multiplié par 4) réparties dans chaque département avec de nouvelles modalités d'accompagnement :

- 136 places mobiles pour aller vers les différents lieux de vie dans les territoires et de nouveaux publics (familles, mineurs, personnes isolées en difficulté/habitat indigne...)
- Des prises en charge médico-sociales globales y compris sur le plan prévention (dépistage, vaccinations, santé sexuelle) et les comorbidités éventuelles (addictions et santé mentale)
- Un parcours pédiatrique (10 places LHSS pédiatriques et 4 places ACT pédiatriques sur Nantes)
- L'insertion par le logement d'abord (100 places sur le grand Nantes)
- 40 places de lits d'accueil médicalisés pour les personnes nécessitant des soins importants avec des pathologies sévères ou en fin de vie
- Des temps psychologues et des consultations avancées en addictologies en structures sociales ou accueil de jour

Un accès aux droits communs facilité :

- Des actions concernant l'adaptation du droit commun avec l'accès à l'interprétariat ville et hôpital (y compris en psychiatrie)
- Le déploiement de nouvelles EMPP favorisant un accompagnement et une prise en charge par des CMP en proximité en lien avec des partenaires du social et de l'insertion, avec un déploiement progressif en structures sociales (Angers et Nantes)
- L'évolution de l'accès gratuit à une prise en charge par des psychologues dans le droit commun et hors CMP (en SEC ou par des MDA ou en missions locales) notamment pour les jeunes et les familles en difficultés financières ou isolées (familles monoparentales)
- Le déploiement de la médiation en santé pour des publics spécifiques ou dans des villes ou au sein de SEC dans le cadre de démarche participative

Une montée en charge de la coordination opérationnelle par département :

- Un travail de coordination des dispositifs dédiés précarité amorcé en lien avec les SIAO et certains DAC (Vendée/Sarthe/Loire-Atlantique)

Cette dynamique ligérienne a été favorisée par des actions interinstitutionnelles dans le cadre de la stratégie régionale de prévention contre la pauvreté. Elles ont été soutenues aussi par un partenariat renforcé avec l'éducation nationale, la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), les acteurs santé justice, les collectivités territoriales avec des actions concertées dans le cadre de la politique de la ville et des contrats locaux de santé, des liens et échanges avec les acteurs de la démocratie en santé, tout particulièrement avec le groupe permanent santé précarité de la CRSA, les groupes précarité des CTS, les fédérations des acteurs de la solidarités, de santé habitat et de l'URIOPSS et les représentants des professionnels libéraux URML et URPS.

La méthodologie de travail déployée pour la révision du PRAPS a été la suivante :

- Travail à partir des huit objectifs existants du PRAPS (3 structurants et 5 populationnels)
- Echange avec l'ensemble des acteurs de la région autour du bilan du PRAPS échu. Des ateliers ont pu « expertiser » ses premiers enseignements et identifier des premières priorités organisationnelles.
- Ateliers de travail organisés dans chaque département pour identifier les besoins et spécificités populationnelles propres aux départements à partir de la synthèse régionale et du bilan formalisé du PRAPS 2018-22.

- Contributions des membres du groupe permanent Inégalités Santé Précarité, de la commission des usagers et des membres de la CRSA au fil des différentes étapes du travail d'écriture et de réflexion dans les départements.
- Temps d'échange spécifiques avec les acteurs en relation avec les personnes sous-main de justice

Ces temps d'échanges ont permis d'identifier huit enseignements et trois défis organisationnels prioritaires pour les 5 prochaines années :

- La participation des personnes concernées s'est accrue dans la région depuis quelques années. Pour aller plus loin, il faut faciliter la prise en compte de l'expertise de leur propre parcours par les personnes concernées et leur contribution à la conception et à l'évaluation des projets qui les concernent dans les espaces de décision locale, comme départementale ou régionale.
- De nombreux dispositifs dédiés précarité ont été déployés (PASS/EMPP/LHSS/ACT et dispositifs mobiles ou hors les murs, accès à l'interprétariat, médiation en santé) mais leur coordination opérationnelle dans les territoires doit être renforcée, notamment en s'appuyant sur les nouveaux acteurs (CPTS et DAC), mais aussi sur les collectivités, les départements et leurs travailleurs sociaux, le SIAO
- Les actions de formation et d'information des professionnels (réduction des ISS, psycho-traumatisme, santé mentale, personnes vieillissantes précaires, transculturalité...) en formation initiale et continue doivent se poursuivre pour que les pratiques restent adaptées (y compris aux situations de crise), et pour l'interconnaissance des acteurs et dispositifs.
- Prévenir la précarité des jeunes passe par le soutien des parents et des enfants en situation de précarité et par un ciblage et une coordination des actions en faveur des jeunes et de leurs spécificités (personnes sous protection sociale ou judiciaire, sortant de dispositifs sociaux et médico-sociaux, mineurs non accompagnés et jeunes migrants, sortant de détention...).
- Pour mieux prévenir le risque de bascule dans la précarité en deuxième partie de vie, renforcer la gouvernance interinstitutionnelle sur les questions d'accès aux droits, les fragilités sociales et financières, la reconnaissance du handicap, et les réponses médico-sociales adaptées au vieillissement prématuré.
- Conforter et développer les outils existants (ETP, centres de ressources régionaux, les annuaires et répertoires de ressources partagés, vaccination et santé sexuelle/CFPD...) et l'interprétariat qui permettent d'améliorer l'accompagnement et l'accès à la prévention et aux soins, notamment psychologique, dans les territoires.
- Renforcer l'accès aux soins et à la prévention en détention et soutenir leur continuité en sortie de détention avec une coordination renforcée des soutiens des personnes dans leur parcours d'insertion, dans leur accès aux droits, au logement en articulation avec la continuité de la prise en charge de conduites addictives ou de troubles psychiatriques.
- Enfin, les études en 2022 montrent que les polyconsommations chez les personnes en situation de précarité ne sont pas une spécificité; et qu'un soutien particulier est nécessaire pour stabiliser les personnes en situation de précarité tant sur le plan santé que sur le plan social, logement/hébergement, insertion, ainsi qu'une coordination renforcée des acteurs territoriaux et institutionnels.

Enfin, il est nécessaire de bien territorialiser nos actions, avec une attention particulière au milieu rural :

- Une coordination opérationnelle inscrite dans les stratégies territoriales de nos partenaires
- Une coordination opérationnelle interinstitutionnelle accrue en faveur des actions décidées dans les territoires

- Plus de participation des personnes concernées tant dans la conception de leur propre parcours que dans les instances de décision de leur territoire.
- Approche inconditionnelle et globale d'accompagnement des parcours complexes avec coordination intersectorielle accrue, outils partagés et connaissance mutuelle renforcée des acteurs sur leur territoire

Les trois défis organisationnels identifiés et expertisés au cours des ateliers PRAPS 2023 par les participants confirment :

Le premier défi est celui de **RENFORCER LA COORDINATION ET DONNER DE LA LISIBILITE AUX ACTEURS EN PREMIERE LIGNE SUR LES DISPOSITIFS ET LES OFFRES EXISTANTES POUR MIEUX ACCOMPAGNER**

De nombreux dispositifs ont été créés, pas seulement santé mais aussi sociaux, dans une perspective d'intervention dans les territoires ou d'appui méthodologique à l'échelle régionale ou départementale. Souvent confortés ou lancés lors de la crise COVID, les acteurs ont désormais besoin, pour que ces actions ou dispositifs soient effectifs dans les territoires :

- D'outils et d'actions favorisant le décloisonnement et l'interconnaissance des acteurs (cartographie, temps de rencontre, analyse de la pratique...)
- D'une organisation territoriale favorisant les parcours et la continuité des soins (logique de case management, coordination des situations complexes...)
- De faciliter le développement de la littératie en santé pour simplifier l'accès à l'information et capitaliser les outils et expériences
- De soutenir les temps de coordination des professionnels et de la pérennité des actions lancées

Le deuxième défi est de **DEVELOPPER LA PARTICIPATION DES PERSONNES DANS UNE LOGIQUE DE CO-CONSTRUCTION**

Partant du principe que la personne est experte de sa situation, les acteurs ligériens proposent de multiples actions en faveur de son accompagnement visant son autonomie, l'expression de ses préférences et le développement de l'estime de soi.

De nombreuses actions de collectifs de personnes ont été mises en place type santé communautaire pour mobiliser les personnes dans la prise de décision. Cependant, il nous faut aller plus loin :

- Dans la place de la personne dans son parcours de soins, comme dans les lieux de décisions, d'instances ou de gouvernance.
- D'avantage prendre en compte et valoriser la parole de la personne tant dans ses souhaits et aspirations que dans ses choix de projets et de référents professionnels
- Capitaliser et diffuser des outils favorisant sa participation (projet personnalisé individuel, ETP, enquête, évaluation de parcours...)
- Améliorer les composantes du parcours de la personne en respectant ses priorités (par de rendez-vous lors de la distribution de l'aide alimentaire, des PASS et des consultations sans rendez-vous...)

Le troisième défi est d'**ACCOMPAGNER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE PREMIERE LIGNE ET L'APPROPRIATION DES OUTILS ET DEMARCHES (INTERPRETARIAT, ADDICTOLOGIE, PSYCHIATRIE...)**

La coordination opérationnelle des acteurs par territoire est nécessaire afin de favoriser l'approche globale de la personne et d'adapter les prises en charge de la santé et de l'accompagnement social dans les territoires (prise en charge ambulatoire, politique de logement en diffus, gestion des situations de crise, ...). Pour cela, les besoins identifiés par les acteurs sont les suivants :

- Une visibilité de l'offre à l'échelle des CPTS par une cartographie, des répertoires partagés,
- Intégrer l'intersectorialité, la pluridisciplinarité, dans la formation initiale, dans les modules universitaires et dans les actions de sensibilisation pour la formation continue des professionnels,
- Prendre en compte ces besoins de formations et les intégrer dans nos conventions d'objectifs et de moyens,
- Développer des formations sur les prises en charge spécifiques dont l'accès à l'interprétariat, la médiation **en santé** ou l'interprétariat en santé, les formations de premier secours en santé mentale, de prévention de la crise suicidaire, face aux conduites addictives...,
- Et enfin capitaliser, vulgariser et diffuser les outils existants (grilles d'évaluation de la précarité, outils d'interprétariat, d'ETP...).

Les propositions pour relever ces trois défis sont reprises dans les trois premiers objectifs structurants du PRAPS et s'appliquent :

- **Objectif 1** Promouvoir l'autonomie des personnes en situation de précarité en s'appuyant sur leur expertise
- **Objectif 2** Adapter l'accès aux soins et à la prévention à la complexité des situations de précarité
- **Objectif 3** Améliorer la coordination opérationnelle des acteurs et leur gouvernance

Puis elles sont déclinées dans les 5 objectifs suivants du PRAPS pour les appliquer de façon plus spécifique à des situations ou des groupes de population spécifiques à plus grand risque de précarité :

- **Objectif 4** Soutenir l'accès aux soins et à la prévention des jeunes en situation de précarité
- **Objectif 5** Organiser un accueil adapté et un parcours de soins pour les personnes vieillissantes en situation de précarité
- **Objectif 6** Améliorer l'accès aux soins et à la prévention des personnes migrantes
- **Objectif 7** Améliorer l'accès aux soins et à la prévention des personnes sous main de justice
- **Objectif 8** Renforcer l'accès aux soins et à la prise en charge des conduites addictives en intégrant la prévention et la réduction des risques

S'appuyer sur l'expertise de la personne pour concevoir son parcours de soin

Porter attention aux besoins des personnes en milieu rural

Intégrer cette dimension d'expertise de la personne dans les formations initiales et continues



ARGUMENTAIRE

Les personnes en difficulté sociale relèvent d'un accompagnement et d'une prise en charge particulièrement attentive à la croisée de la santé et du social. Pour les professionnels des deux champs, ces parcours sont d'autant plus complexes que la personne est en situation d'exclusion, émaillés de ruptures délétères dans la prise en charge (non recours ou à l'inverse redondances non pertinentes...)

Or, les personnes concernées sont souvent les mieux placées pour identifier quels sont les obstacles qu'elles rencontrent. S'appuyer sur l'expertise /

l'expérience des personnes de leur propre situation permet de mieux comprendre leurs enjeux santé, d'adapter l'offre en santé en conséquence et de faire valoir leurs droits.

Une forte dynamique d'implication des représentants d'utilisateurs en région (CRPA, commission des usagers de la CRSA, Repairs...) dans les différentes instances, groupes de travail et commissions d'appel à projet a été développée.

Cette dynamique doit encore se renforcer :

- En s'appuyant sur l'expertise de l'utilisateur de sa propre situation pour définir son projet au regard de ses priorités
- En associant les personnes concernées de la conception à l'évaluation des projets dans une logique de « ce que vous faites pour moi mais sans moi, vous le faites contre moi »
- En invitant les associations de représentants d'utilisateurs à accompagner cette logique d'empowerment de la personne

Les professionnels en formation initiale et continue, les bénévoles doivent être accompagnés pour être mieux en mesure de s'appuyer sur les personnes concernées pour proposer des parcours et des décisions adaptées aux situations rencontrées par :

- Le développement d'outils facilitant l'accès à l'information et la compréhension des personnes (interprétariat, FALC et FALD, transculturels...)
- Le partage d'outils et de pratiques sur la pair aidance, l'éducation thérapeutique, la réhabilitation psychosociale
- L'approche démarche participation ou santé communautaire



LES RESULTATS ATTENDUS

Des personnes plus impliquées dans leur parcours de santé

Des projets personnalisés au plus proche des besoins de la personne.

Des professionnels de la santé et du social soutenus face aux situations les plus complexes



LES DECLINAISONS

- Intégrer davantage les habitants avec une attention pour la représentation du gradient social en amont des projets (CPTS, CLS...) et dans les instances
- Diffuser et accroître les moyens de facilitation de la parole et de la compréhension des usagers : LSF (langue des signes), interprétariat, traducteurs en ligne, pictogrammes, méthode FALC (Facile à lire et à comprendre)
- S'inspirer des démarches « patients experts / patients ressources » pour mieux prendre en compte les aspirations, souhaits, besoins de la personne
- Développer la pair-aidance et la médiation en santé
- Former les professionnels sur les enjeux de la transculturalité, de la temporalité, de la posture afin d'améliorer la compréhension et les interactions avec les personnes
- Faciliter les lieux ressources et l'accompagnement des personnes, les collectifs d'entraide, ou associations d'habitants dans l'accès à l'information sur le système de soins, l'accès aux droits ou toute démarche facilitant l'autonomie de la personne dans son parcours de soins et de vie (coffre-fort numérique, mon espace santé...)
- Conforter le lien entre les associations et les professionnels pour mieux accompagner les évolutions, notamment par des actions de formation.
- Accompagner l'évolution des métiers des professionnels de santé et du social notamment par des approches interdisciplinaires et mutualisées pour une meilleure prise en charge des personnes en situation de précarité

CNR 72 44 et 49

CNR 72



LES LEVIERS D'ACTION

- Simplifier et créer des outils et adapter les modalités et outils de consultations et d'aide aux soins en s'appuyant sur l'expertise des personnes concernées (repérage illettrisme...)
- S'appuyer sur la démocratie en santé, les collectifs d'entraide des personnes, les représentants des usagers pour centraliser et faire connaître les expériences, les besoins et outils intégrant l'expertise des personnes



LES PARTENAIRES

- CRSA, commission des usagers, CRPA, Repair et Adape, centres sociaux...
- IREPS, Agence de lutte contre l'illettrisme
- IFSI, IFAS, Universités, ...

Soutenir l'aller vers sous toutes ses formes

Adapter le droit commun

Prévenir les ruptures de parcours et d'accès aux droits



ARGUMENTAIRE

L'ambition du PRAPS est de permettre aux personnes en situation de précarité d'accéder aux services de droit commun. Pour y parvenir, le système de santé doit être adapté aux réalités de vie des personnes.

En raison de la multiplicité des situations et de la complexité que la situation de précarité génère, les acteurs en santé constatent décrochages, pertes de lien et in fine un isolement de la personne responsable d'un éloignement du système de santé.



LES RESULTATS ATTENDUS

Les modalités de recours aux soins et à la prévention sont visibles, accessibles en proximité et adaptées aux personnes en situation de précarité.

Le caractère multidimensionnel des situations représente un défi pour les professionnels et les institutions souvent centrés sur un seul type d'intervention. Les difficultés identifiées portent sur :

- Les ruptures lors de transitions qui font changer de statut ou de dispositif de prise en charge : âges 'charnières' (ado/adultes, 60 ans), changements de statut (étudiants, statuts professionnels, passage à la retraite), sorties sans étayage social ou familial (d'hôpital, ASE, détention), absence de droits...
- Des déplacements de personnes liés à l'instabilité de l'hébergement rendant difficile la continuité des soins. Des difficultés pour se rendre à ses rendez-vous : accès et coûts des transports, absence de relais pour accompagner, difficultés de compréhension des enjeux de santé.
- La mauvaise compréhension du système de soins et des enjeux de santé est un facteur de blocage. Le recours à l'interprétariat, aide sans pour autant répondre à tous les points d'achoppement telle la place croissante du numérique pour la prise de rendez-vous, la méconnaissance des droits, les difficultés à les activer (C2S, 100 % santé...).
- Des situations de vie particulières, exposant plus particulièrement les personnes vivant dans des squats, des bidonvilles, des campements ou terrain d'inclusion, ou dans des habitats précaires, temporaires, en mobilité (gens du voyage), ou sujets aux discriminations
- La méconnaissance des problèmes liés à la situation de précarité, et des outils et des dispositifs existants génère des incompréhensions, des difficultés à orienter voire de la stigmatisation de la part des professionnels et bénévoles confrontés directement à ces situations complexes dans les territoires
- Les pass se heurtent à la difficulté d'orienter durablement les personnes qu'ils accompagnent dans les structures de droit commun, elles même en difficulté pour répondre de façon adaptée à des besoins spécifiques. Aujourd'hui, le modèle en expérimentation des structures d'exercice coordonné participatives présente un complément indispensable aux PASS hospitalières en adaptant d'emblée l'offre de soins primaires de droit commun à la diversité et la complexité des personnes en situation ou à risque de précarité. C'est un modèle qui a vocation à répondre à cet enjeu sur l'ensemble du territoire aussi bien dans les quartiers prioritaires que dans les territoires ruraux.



LES DECLINAISONS

- Poursuivre la diversification de l'offre médico-sociale dédiée précarité (EMPP, PASS, LHSS, ACT) et favoriser les dispositifs passerelle comportant un volet santé et un volet social. Des équipes mobiles doivent apporter des réponses graduées en lien avec le droit commun.
- Développer l'aller vers dans les territoires ruraux et urbains : consultations avancées (écoute psychologie gratuite, addictions...), accès aux droits (dont complémentaire santé et l'accès au 100 % santé) tout en faisant avec les ressources et les capacités propres de chacun
- Faciliter l'accès au droit commun pour tous en développant des structures d'exercice coordonné avec démarche participative, intégrant la médiation en santé, l'accompagnement social, la prise en charge psychologique et les soins pluridisciplinaires.
- Prévenir les ruptures de parcours via des fonctions de gestion de situations complexes (ou « case management ») en lien avec les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes et les acteurs du territoire.
- Rendre visibles et accessibles les dispositifs de soins et de prévention existants et les réponses aux prises en charge spécifiques (habitat indigne, psycho trauma, prévention du suicide, victimes de violences intrafamilial ou de violences sexuelles...).
- Réduire les inégalités liées au genre en développant des réponses en santé en proximité (information sur les questions santé sexuelle, à la contraception et à l'IVG médicamenteuse...).
- Lutter contre la fracture numérique dans les établissements de santé : accessibilité téléphonique pour la prise de rendez-vous, envoi de courrier non numérisé, et mise à disposition de dossier papier...
- Poursuivre les actions de sensibilisation, d'information et de formation des professionnels santé-social-éducatif sur un territoire pour permettre l'interconnaissance et déployer des pratiques adaptées aux situations complexes.
- Contribuer au volet accès à la santé du schéma départemental d'accueil des gens du voyage arrêté conjointement par le Préfet et le département.

CNR + consultation citoyenne

CNR



LES LEVIERS D'ACTION

- Intégrer dans les Contrats Locaux de Santé les différentes composantes de l'accessibilité (transports, équipes mobiles, consultations avancées, relais médicaux en ville ou en hôpital de proximité...)
- Mobiliser nos partenaires pour faciliter l'accès à la C2S et l'offre 100% santé
- Mobiliser les associations, les habitants et les personnes accompagnées pour identifier les actions prioritaires pour améliorer l'information et l'éducation à la santé



LES PARTENAIRES

- Collectivités territoriales, Départements, DEETS
- Les espaces des solidarités
- CPAM, MSA, CAF, Maisons France Service
- Structures d'exercice coordonné/CPTS
- Les professionnels de santé en ville
- Dispositifs d'appui à la coordination (DAC), dispositifs dédiés précarité
- DREAL

Favoriser et soutenir les organisations / coordinations territoriales des acteurs opérationnels

Conforter un niveau départemental de gouvernance et de coordination des politiques publiques

Améliorer / contribuer à la veille et à l'observation territoriale des inégalités sociales de santé



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 travail difficiles, environnement peu favorable, faible intégration. Elles ont parallèlement un faible recours aux droits, à la prévention et aux soins alors que l'expérience de la crise COVID montre que ce sont elles qui sont en premier impactées par les différentes crises qu'elles soient économiques, environnementales ou sanitaires.

De nombreux acteurs sociaux, éducatifs, médico-sociaux et médicaux, interviennent auprès de ces personnes sans pouvoir toujours partager l'information et se coordonner. Ce qui entraîne un manque de fluidité dans les parcours individuels avec des ruptures défavorables à la santé. Le décloisonnement est nécessaire tant au niveau politiques publiques qu'au niveau opérationnel dans les territoires.

Le Pacte des Solidarités vise la lutte contre les inégalités dès le plus jeune âge, la lutte contre la grande exclusion, l'organisation solidaire de la transition écologique, et l'accès à l'emploi pour tous. Il s'agit pour les politiques publiques santé de s'inscrire dans les politiques départementales d'accueil social et d'aider les acteurs dans les territoires (élus et professionnels) à apporter des réponses globales, à la fois sanitaire et sociale face à une diversité de situations de précarité.

Les enjeux sont de :

- Faire converger les politiques publiques et les actions en faveur des territoires
- Soutenir les acteurs de proximité pour organiser des réponses globales et inconditionnelles intégrant la santé
- Favoriser l'interconnaissance des acteurs sociaux, éducatifs, médicaux et médico-sociaux et les approches s'appuyant sur l'expertise des habitants, des collectifs pour favoriser le décloisonnement et la territorialisation de nos actions
- Améliorer/contribuer à l'observation et à la veille dans les territoires des inégalités sociales de santé avec une attention sur le gradient social



LES RESULTATS ATTENDUS

Des projets territoriaux facilitant les parcours sont accompagnés au plus près des préoccupations des personnes

Les instances de gouvernance stratégiques départementales prennent en compte la réduction des inégalités sociales de santé dans les territoires



LES DECLINAISONS

- Favoriser la coordination des politiques publiques en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé intégrant notamment les questions du logement, du travail, de l'environnement de la mobilité et des transports
- S'appuyer sur le futur Pacte des Solidarités et les stratégies départementales d'accueil social inconditionnel pour apporter des réponses en santé dans les territoires avec des modalités de financement facilitées
- Soutenir le décloisonnement et la territorialisation des actions par l'animation territoriale et l'interconnaissance des acteurs autour d'actions et d'outils partagés (répertoire santé social partagé, action d'information type Pédiaco pour les 1000 premiers jours...)
- Contribuer à la veille et à l'observation des inégalités sociales de santé dans les territoires pour mieux identifier les besoins des différents publics fragiles
- Recenser et faire connaître les outils de partage d'information sécurisé pour la personne concernée (mon espace santé, coffre-fort numérique) en associant les professionnels du social et les personnes accompagnées
- S'appuyer sur l'expertise des conférences territoriales en santé, les projets inscrits au conseil national de la refondation (CNR), les représentants des associations des personnes accompagnées, les usagers, les collectifs d'habitants, groupes d'entraide pour organiser et évaluer nos réponses en santé
- Renforcer les liens entre professionnels de santé, du social, professionnels de la petite enfance, par territoire et apporter de la visibilité sur les dispositifs de soins et de prévention



LES LEVIERS D'ACTION

- Simplifier les financements pour les actions portées par les acteurs de territoire
- Apporter des réponses en milieu rural en territorialisant les actions et dispositifs santé précarité
- Inscrire dans les contrats locaux de santé l'accessibilité géographique et l'environnement favorable
- La stratégie nationale de prévention de la pauvreté
- S'inscrire dans les stratégies sociales d'accueil inconditionnel, et du pacte des solidarités, pour formaliser un plan d'actions territoriales de réduction des inégalités sociales de santé

Consultation
citoyenne



LES PARTENAIRES

- Les départements
- Conseil régional
- Les collectivités
- L'assurance maladie, les CAF, la MSA,
- Les MDPH
- L'éducation nationale
- Les CTS et représentants d'usagers, collectifs d'entraide
- ORS
- Les structures d'exercice coordonné

Mieux prévenir et cibler nos actions en faveur des jeunes sans étayage social et/ou familial

Soutenir les familles et les enfants en difficultés sociales pour un repérage précoce des problèmes de santé et de vulnérabilités



ARGUMENTAIRE

Les enfants sont les premiers à souffrir des difficultés matérielles, financières, de santé et/ou d'isolement des parents. Ainsi, l'impact du mal-logement sur les développements cognitifs, psychologiques et moteurs des enfants est démontré. Dans ces conditions, le repérage et le soutien précoce des vulnérabilités des enfants est nécessaire. La constitution des inégalités sociales de santé commence dès la petite enfance, et s'amplifie et se cumule tout au long de la vie, responsable du gradient social observé en terme d'espérance de vie et d'état de santé.

Ensuite, le passage de l'adolescence à la vie adulte est à haut risque de bascule dans la précarité, d'autant plus que le jeune a peu ou pas d'étayage familial et social. C'est pourquoi il convient d'avoir une attention particulière pour les familles monoparentales ainsi que les très jeunes parents qui peuvent cumuler plusieurs facteurs de risque de précarisation.

Les jeunes les plus en difficulté cumulent les obstacles conduisant à des situations complexes : manque d'étayage social et familial, une sortie de dispositif cadrant, absence d'hébergement ou isolement (hôtel), problèmes de santé accrus parfois par des comportements addictifs ou à risques.

Dans ces situations, tout repérage ou alerte nécessite une réponse urgente et un accompagnement dans le temps en proximité, parfois impossible à réaliser par un professionnel de santé seul, justifiant la mobilisation d'acteurs multiples œuvrant autour des jeunes dans une réponse coordonnée.

Face à ces situations, il convient également d'assouplir les barrières de l'âge et de la sectorisation pour limiter les ruptures de parcours et faciliter l'adéquation entre parcours de soins et parcours de vie.



LES RESULTATS ATTENDUS

Une organisation territoriale coordonnée et lisible pour répondre aux situations complexes

L'ensemble des professionnels du social et de la santé, de la petite enfance et de l'éducation peut y avoir recours



LES DECLINAISONS

- Identifier les lieux de coordination des situations complexes « jeunes » croisant l'éducatif, le soin et le social, pour intervenir sur les situations complexes.
- Prendre en compte la situation des parents isolés ou en difficultés sociales dans les actions territoriales afin d'apporter des réponses en termes d'accès aux soins (accueil des enfants, transports, repas...).
- Apporter des réponses de soins spécialisés en tenant compte des difficultés de mobilité géographique (soins dentaires, prises en charge psychologiques, soins gynécologiques...).
- Identifier les compétences pour permettre des accompagnements complémentaires notamment dans les situations complexes : psychomotriciens, psychologues, neuropsychologues, médiation en santé, éducateurs spécialisés...
- Renforcer les liens entre professionnels de santé, du social, professionnels de la petite enfance, par territoire et apporter de la visibilité sur les dispositifs de soins et de prévention.
- Développer des actions coordonnées sur la santé sexuelle afin d'informer et d'orienter les jeunes et leur famille (planning familial, centre de planification, accès soins et IVG médicamenteuse) et de mieux lutter dès le plus jeune âge contre la désinformation.

CNR + consultation
citoyenne



LES LEVIERS D'ACTION

- Soutenir l'accueil social inconditionnel en favorisant les interactions avec le volet santé
- Faciliter les modalités organisationnelles et financières nécessaires pour mettre en œuvre les organisations territoriales situations complexes
- Développer la coordination territoriale des acteurs par des actions type Pédiaco (pour les 1000 premiers jours)
- Mobiliser l'animation territoriale de santé, les professionnels des Départements, l'animation territoriale des CPAM et des CAF pour favoriser les liens et interactions
- Mobiliser les acteurs de la santé sexuelle CEGGID, Centre de planification et planning familial, sages-femmes et pharmaciens avec leurs URPS et établissements de santé, notamment autour de questions d'accompagnement et de violences sexuelles et violences faites aux femmes



LES PARTENAIRES

- Les Départements, les PMI et les espaces des solidarités,
- Les Collectivités et CCAS
- Les fédérations URIOPSS, FAS et FSH
- Les URPS et établissements médico-sociaux et sociaux
- L'agence de lutte contre l'illettrisme, le numérique en santé, l'éducation populaire, France Service
- CEGGID, Planning Familial et centre de planification

Objectif opérationnel n°5 : Organiser un accueil adapté et un parcours de soins pour les personnes vieillissantes en situation de précarité

Prévenir et mieux accompagner le risque de bascule dans la grande exclusion en deuxième partie de vie

Renforcer la gouvernance et la coordination opérationnelle autour des enjeux du vieillissement des personnes



ARGUMENTAIRE

Les conditions de vie que connaissent les travailleurs pauvres, les personnes en difficultés sociales et celles en situation de grande exclusion, ont un impact sur leur espérance de vie et leur vieillissement. Le vieillissement prématuré de ces personnes, observé à partir de 45-50 ans, a pour conséquence un état de santé dégradé avec une perte de mobilité, l'accumulation de pathologies chroniques, voire l'apparition de maladies neurodégénératives, de troubles cognitifs rencontrés en population générale à partir de 75 ans.

Pour leur permettre de bénéficier d'une réponse adaptée, l'accès à l'offre de droit commun doit être facilitée. En particulier dans ces deux composantes :

- L'assouplissement des seuils liés à l'âge pour un accès aux soins, aux outils d'évaluation de l'autonomie et à une reconnaissance du handicap ou de la perte d'autonomie,
- L'adaptation des conditions d'accès à l'offre de droit commun pour les personnes les plus éloignées, avec ou sans ressources, se trouvant dans une situation administrative dite 'sans issue', présentant des addictions ou des troubles psychiatriques, voire des habitudes de vie à la rue.



LES RESULTATS ATTENDUS

Des dispositifs d'accompagnement et de soins adaptés aux vieillissements des personnes en situation de précarité quel que soit leur âge

Une offre médico-sociale graduée d'hébergement et de logement adaptés



LES DECLINAISONS

- Mobiliser les politiques publiques (santé, sociale, médico-sociale, cohésion sociale) pour adapter et diversifier l'offre de droit commun dans les territoires
- Diversifier l'offre d'hébergement/logement (sociale et médico-sociale) et promouvoir les équipes mobiles pour apporter des réponses social/santé à la diversité des situations des personnes quel que soit l'âge, le lieu de vie ou la situation complexe
- S'appuyer sur l'expertise des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) dans les départements et celles des dispositifs dédiés précarité pour soutenir les parcours de soins complexes et mieux prévenir les ruptures de parcours
- Améliorer l'évaluation et la reconnaissance des maladies neurodégénératives et troubles cognitifs, pour organiser et faciliter les soins et la réhabilitation psychosociale, notamment avec des nouveaux métiers complémentaires aux soins (neuropsychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, éducateurs sportifs...)
- Assurer le soutien des projets dans les territoires par des financements et une offre de formation adaptée aux besoins des professionnels sur les questions du vieillissement prématuré, de l'état de santé des personnes en situation de précarité



LES LEVIERS D'ACTION

- Les conférences des financeurs et les commissions départementales de coordination des politiques publiques
- Les dispositifs d'appui à la coordination, les pôles sociaux des départements et les MDPH pour les questions parcours ville/hôpital et situations complexes
- Les expertises territoriales des SIAO, des CPAM, des maisons des solidarités et des CCAS pour organiser une approche globale et inconditionnelle de prise en charge
- Les contrats locaux de santé

Consultation
citoyenne



LES PARTENAIRES

- Les départements et les collectivités, les Maisons des solidarités, les CCAS, les centres sociaux
- DREETS/ DEETS et DIHAL
- CPAM et MSA
- Les fédérations : FAS, FSH et URIOPSS
- DAC, CPTS, SIAO

Faire connaître les outils et dispositifs existants dont l'accès à l'interprétariat

Accompagner les personnes migrantes quel que soit leurs statuts pour un accès à la prévention, aux soins dans le droit commun

Avoir une attention pour les familles et les enfants et les mineurs non accompagnés



ARGUMENTAIRE

Les personnes migrantes recouvrent une diversité de situations :

- Des personnes accompagnées dans le cadre de la demande d'asile
- Des personnes réfugiées pour raisons politiques ou de guerre
- Des mineurs non accompagnés pour des raisons économiques ou des raisons sociologiques
- Des personnes arrivées par leurs propres moyens vivant en bidonville ou à la rue

Des difficultés persistantes ont été identifiées dans les territoires pour les accompagner, liées :

- A l'accès aux droits
- A l'arrivée de plus en plus importante de familles avec enfants, des femmes isolées et des mineurs non accompagnés ou de tous jeunes majeurs, donc une population plus vulnérable confrontée à des violences ou à une prostitution
- A des arrivées en urgence en provenance de hot spots européens en général, souvent des familles avec des problématiques importantes et multiples de santé ou en grand nombre dans des collectifs (type SAS)
- A des arrivées et des hébergements/logements répartis dans les territoires urbains ou ruraux avec des difficultés d'accès géographiques (peu ou pas de transports) mais aussi au manque d'accompagnement (pair aidant ou médiation en santé)

Les dispositifs dédiés santé précarité ont été confortés avec le déploiement d'équipes mobiles. Le recours à l'interprétariat a été facilité pour les professionnels en ville. Cependant, des réponses restent à apporter sur :

- Le besoin d'accueil et de première évaluation des besoins en santé. Les réponses doivent être souples et réactives pour orienter vers le soin et permettre l'accès au droit commun adapté aux spécificités du public
- La prévention des ruptures de droits dues au changement de statut
- L'accès aux soins spécialisés (psycho trauma, violences sexuelles...)
- Le soutien des personnes dans leur capacité à agir dans un système de santé complexe et méconnu et de faire des choix personnels sur les questions de la parentalité, de la santé des enfants ou de la santé sexuelle.



LES RESULTATS ATTENDUS

Des réponses de soins et de prévention adaptées aux différentes situations des migrants (primo-arrivants, demandeurs d'asile, réfugiés, mineurs non accompagnés ou non...) sont organisées dans les territoires



LES DECLINAISONS

- Anticiper les besoins en bilan ou rendez-vous de santé, notamment des primo-arrivants, pour mieux orienter et plus précocement vers le soin en lien avec nos partenaires (CPAM, IRSA, OFII, Maisons ou espaces des solidarités)
- Apporter dans les territoires de la visibilité sur les ressources existantes (dispositifs, outils, accès à l'interprétariat, littératie)
- Mobiliser nos partenaires pour simplifier l'ouverture des droits
- Renforcer la capacité à agir des personnes grâce aux démarches participatives ou à l'approche de santé communautaire, la pair-aidance, et aider à la compréhension du système de santé
- Mettre à disposition un dossier numérique (type coffre-fort numérique) et un carnet de santé
- Soutenir les familles et les enfants par l'organisation de parcours santé pédiatriques et périnatalité, facilités par l'accès à l'interprétariat pour les professionnels de santé de ville et leurs partenaires (PMI, santé scolaire, orthophonistes,) afin d'associer les parents le plus précocement possible et prévenir les troubles du développement des enfants
- Faciliter l'accès aux soins de droit commun (ou aux dispositifs dédiés le cas échéant) des personnes vivant en bidonville par des actions d'information, de prévention de la stigmatisation et des démarches collectives de promotion de la santé et de prévention des risques environnementaux renforçant leur pouvoir d'agir.
- Fédérer et soutenir les CPTS et les professionnels de santé de ville et à l'hôpital et les professionnels du social dans les territoires par des actions d'informations et de formation aux enjeux transculturels ou de littératie en santé



LES LEVIERS D'ACTION

- Plaidoyer auprès de nos partenaires et établissements de santé pour un accès à l'interprétariat et à des outils FALC
- Démarche participative, approche de santé communautaire
- Poursuite de la diffusion et suivi des instructions, guides et recommandations sur les prises en charge des mineurs non accompagnés



LES PARTENAIRES

- DEETS – OFII – SIAO - HUDA et CCAS
- L'assurance maladie
- Les CPTS
- Les dispositifs d'appui à la coordination
- Les acteurs de l'éducation populaire et de la santé communautaire
- Les acteurs du numérique en santé
- Les dispositifs dédiés précarité (PASS, EMPP, LHSS et ACT)
- Les collectivités et les départements
- Les URPS

Assurer les soins et la promotion de la santé à toutes les personnes détenues en favorisant leur capacité à agir

Mieux préparer et coordonner la sortie de détention pour assurer la continuité des soins



ARGUMENTAIRE

Les personnes sous-main de justice qui cumulent souvent difficultés sociales, économiques et familiales constituent une population vulnérable. Avant même la détention, ces conditions de vie ont un impact délétère sur leur état de santé. La détention, les séjours itératifs sont alors des facteurs aggravants pour la santé psychique et physique, couplé à un isolement social accru.

Dans ce contexte, assurer les soins pendant le séjour et en sortie de détention est un enjeu et même une opportunité pour améliorer l'état de santé et réduire ou stabiliser les facteurs de risques pour la santé.

La feuille de route nationale santé justice est issue d'une concertation des professionnels de santé et de la pénitentiaire, les acteurs associatifs, institutionnels, éducatifs, sociaux et judiciaires. Cette feuille de route 2023-2028 identifie les axes de travail suivants :

- Créer des conditions favorables à l'attractivité des métiers de la santé en milieu pénitentiaire
- Opérer le virage préventif et de la promotion de la santé (y compris pour les mineurs suivis par les services et établissements de santé de la protection judiciaire)
- Aller plus loin dans l'amélioration du parcours en santé mentale et en psychiatrie et de la structuration de l'offre en addictologie (intégrant la réduction des risques et des dommages en milieu pénitentiaire)
- Mettre en place pour les personnes sous main de justice les programmes déployés en population générale (personnes âgées, en situation de handicap, les femmes, les personnes allophones...)

En complément de ces axes de travail, l'ARS des Pays de la Loire porte une attention particulière sur la sortie de détention, facteur de ruptures des soins et de récidives (taux d'échec des aménagements de peine de 80 %, fréquence des récidives, reprise des addictions et surmortalité associée...).



LES RESULTATS ATTENDUS

La continuité de la prévention et des soins des personnes sous main de justice, en milieu pénitentiaire, en milieu ouvert ou sortant de détention est assurée.

Elle s'appuie sur un projet personnalisé et des outils de coordination afin de limiter les ruptures et les récidives.



LES DECLINAISONS

Organiser un accès aux soins effectif :

- Développer l'offre de télé médecine et de télé expertise
- Faciliter le recours à des intervenants ou prestataires extérieurs
- Faciliter la capacité à agir de la personne par le recours aux permissions médicales
- Rendre attractifs les métiers de la santé en milieu pénitentiaire en favorisant les USMP en tant que terrains de stage (internes, IPA, IDE...)
- Soutenir l'accès aux soins et à la prévention pour les femmes (soins psychiatriques, les soins gynécologiques...)
- Déployer une offre de prévention/promotion de la santé et de réhabilitation psychosociale afin d'aider les personnes détenues dans le développement des compétences/capacité à agir
- Conforter les soins internes et externes (type HAD et soins à domicile) pour les personnes vieillissantes, avec maladies chroniques ou handicap

Conforter les soins en santé mentale :

- Favoriser un accès aux soins en développant un CATTP pour les USMP non-dotées
- Soutenir des projets innovants sur le repérage et le dépistage de troubles cognitifs et/ou de neuro-développement (actions de réhabilitation psychosociales...)
- Soutenir la prise en charge des femmes en hôpital de jour et en CATTP
- Conforter la prise en charge des auteurs de violences en détention et à la sortie

Conforter la prise en charge addictions :

- Mettre à disposition les outils de réduction des risques et former/informer sur l'approche réduction des risques et des dommages (prévention tabac par exemple)

Améliorer la préparation à la sortie :

- Soutenir la coordination des acteurs intégrant la continuité des soins, les questions sociales (accès aux droits/RSA), la question du logement ou de l'hébergement accompagné, l'insertion par l'emploi

- Développer les accompagnements à la sortie quel que soit le lieu de vie et le territoire par des actions d'aller vers
- Soutenir l'accès aux soins et les prises en charge spécifiques pour les auteurs de violence par une prise en charge adaptée en détention et en sortie de détention en lien avec les dispositifs existants

Pour les personnes en milieu ouvert :

- Pour les mineurs accompagnés par les services judiciaires et les établissements de santé, faciliter l'accès à l'organisation territoriale de soins urgences et de soutien
- Développer des actions d'informations adaptées et de promotion de la santé pour les personnes en milieu ouvert et les inscrire dans un rendez-vous santé
- Soutenir les professionnels éducatifs et de l'insertion par des actions d'information, de prévention, de repérage et des liens avec les acteurs de la santé

Pour les familles :

- Soutenir les familles et les enfants pendant et après la détention pour favoriser la prévention et l'accès aux soins (accès aux consultations psychologiques gratuites)
- Améliorer l'orientation des adultes et enfants victimes de violences



LES LEVIERS D'ACTION

- Le partage de pratiques et d'outils (messagerie sécurisée) entre USMP, SMPR, les CSAPA et CAARUD et les dispositifs dédiés précarité
- Les partenariats CAARUD / USMP
- Le partenariat santé/justice/social avec une coordination départementale
- Les CPTS, les DAC, les collectivités et espaces des solidarités pour organiser des réponses sur les différents territoires d'un département avec une offre de logement et de parcours de soins transitoire
- Le CRIAVS et les CPCA pour renforcer la prise en charge des auteurs de violences
- Le développement de réponse d'hébergements et de logements médico-sociaux notamment pour les prises en charge addictions et santé mentale.
- Les outils du numérique en santé (télémédecine, ma démarche santé...), tout en proposant des alternatives pour lutter contre la fracture numérique



LES PARTENAIRES

- SPIPP et DAP, DISP, associations accompagnant les personnes en sortie de détention, PJJ
- DEETS, délégation droits des femmes, DIHAL,
- Etablissements de santé, URPS, CPTS, DAC
- CPAM, centres de santé et mission soins santé
- CFPD, CEGGID, IREPS
- CRIAV, CPCA, CMP
- CSAPA, CAARUD

Objectif opérationnel n°8 : Renforcer la prise en charge des conduites addictives des personnes les plus éloignées du soin associant la prévention et la réduction des risques

Les enjeux de santé des personnes en situation de précarité nécessitent une approche globale (logement, insertion sociale...)

L'articulation entre soins somatiques, psychiatriques, problématiques d'addictions est à renforcer

Un accompagnement coordonné et personnalisé dans les territoires permet de stabiliser les situations des personnes



ARGUMENTAIRE

Les addictions qui conduisent à une polymédication problématique ne touchent pas plus les personnes en situation de précarité que les autres (étude OFDT ARS 2022). Mais la complexité de leur prise en charge requiert une approche adaptée notamment dans un parcours de vie difficile.

Des axes d'amélioration ont été identifiés avec les professionnels : d'une part la politique d'un accueil inconditionnel dans l'accès aux soins comme dans les structures d'hébergement, et d'autre part l'apport de toutes formes d'outils de maîtrise de la consommation et de réduction des risques.

L'accueil inconditionnel est pratiqué dans tous les CAARUD de la région, pour mettre à disposition des outils de réduction des risques et de maîtrise

des consommations, quelle que soit la situation de la personne, ses ressources financières, ses droits ou sa situation administrative.

Cet accueil inconditionnel facilite l'accès aux soins en adaptant les organisations aux difficultés rencontrées par les personnes, facteurs en soi d'exclusion (difficultés à honorer un rendez-vous, difficultés à respecter des horaires, difficultés d'observance, difficultés d'accès aux droits...) et accrus par la situation d'addiction.

Il doit embarquer nécessairement aussi la question du logement, de l'insertion sociale, et de toute autre forme de soutien favorisant la stabilité et la capacité à agir.

L'état de santé des personnes en situation de précarité et souffrant d'addictions est très souvent dégradé et nécessite également des soins somatiques et psychiatriques complémentaires aux prises en charge des addictions. En particulier si ces soins concernent des troubles cognitifs et neurodégénératifs, pouvant aller jusqu'à un syndrome de Korsakoff, et pour lesquels un repérage actif et précoce est indiqué ainsi que la réadaptation pour prévenir ou limiter l'évolution.



LES RESULTATS ATTENDUS

Dans les territoires, une réponse en soins et en accompagnements adaptée à la spécificité des situations et intégrant la démarche de réduction / maîtrise des risques.



LES DECLINAISONS

- Impulser dans les territoires une dynamique favorisant le repérage des situations, la déstigmatisation des situations d'addictions et l'interconnaissance des acteurs
- Apporter de la visibilité et mieux articuler les dispositifs addictions (réduction des risques et dommages et accès aux soins) et les dispositifs dédiés précarité
- Favoriser l'aller vers intégrant l'accessibilité des outils de réduction des risques et de maîtrise des consommations et l'accueil inconditionnel
- Articuler les soins santé mentale (dont la prise en charge des psychotrauma, neuropsychologues...), les soins somatiques (notamment dentaires, neurologiques...) dans l'accompagnement des personnes avec addictions
- Mobiliser les politiques publiques pour développer dans chaque département, une diversité d'offres d'hébergements et de logements adaptés pour les personnes avec addictions et en situation d'exclusions
- Développer toute forme d'insertion par le social favorisant la mobilité, les actions d'entraide par les pairs, l'accompagnement par l'insertion par l'activité, l'accès aux loisirs, aux sports adaptés...
- Soutenir les projets innovants permettant la prise en charge des personnes avec syndrome de Korsakoff
- Développer les prises en charge et l'accès aux soins neurologiques des personnes avec des troubles cognitifs ou neurodégénératifs intégrant la réhabilitation psycho-sociale
- Identifier les besoins et formaliser un plan d'action territorial sous l'impulsion des acteurs des territoires, élus, professionnel du social, des maisons des solidarités et des CCAS et professionnels de la santé



LES LEVIERS D'ACTION

- S'appuyer sur l'expertise des CAARUD pour déstigmatiser, et développer les approches réduction des risques et l'accueil inconditionnel
- Mobiliser la commission départementale de coordination des politiques publiques pour soutenir les projets territoriaux co-portés social et santé
- Favoriser l'articulation addictions/précarité par des formations communes et des stages d'immersion entre les structures médico-sociales et sociales.



LES PARTENAIRES

- Les collectivités, les Départements, les maisons des solidarités, les DEETS
- Les CAARUD, CSAPA, les fédérations addictions, addictions France, la fédération des acteurs de la solidarité et la fédération santé habitat
- Les associations d'entraides et collectifs ou représentants de personnes concernées par les addictions

