

**Evaluation
de politique de santé**

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

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

Rapport final

Dr Jean - Paul BOULÉ

Xavier BRUN

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

- JUIN 2014 -

SYNTHESE

CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

Le Projet Régional de Santé (PRS) des Pays de la Loire 2012-2016 a prévu, outre son évaluation finale, des évaluations intermédiaires sur des thématiques populationnelles. La direction de l'Agence Régionale de Santé (ARS) a décidé de dédier sa première évaluation intermédiaire au thème de la santé des populations en grande vulnérabilité – ce qui recouvre essentiellement l'évaluation du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). Ce choix tient, notamment, à une antériorité puisque le PRAPS – PRS est la troisième génération de PRAPS, le premier datant de 2000-2003. En Pays de la Loire, s'il y a globalement moins de pauvreté et d'inégalités qu'ailleurs en France, la précarité augmente et l'existence de disparités territoriales est connue.

Le PRAPS-PRS des Pays de la Loire a pour finalité de fédérer les acteurs autour de la lutte contre les exclusions et les inégalités sociales de santé, pour aider les personnes en situation de précarité dans leur démarche de prévention, d'accès aux droits, d'accès aux soins et d'accès à l'accompagnement médico-social. L'accès ou le maintien au droit commun y sont clairement visés même s'il faut parfois concevoir des actions transitoires pour y parvenir.

Pour des raisons à la fois de clarté et de méthode, les travaux d'évaluation ont retenu comme objet les populations énumérées dans le PRAPS-PRS, catégorisées sous le terme général de « personnes en grande vulnérabilité ». Des populations ont cependant été plus particulièrement étudiées, à savoir les grands exclus, les personnes en hébergement social, les migrants et les gens du voyage.

CINQ QUESTIONS EVALUATIVES POSEES DANS LE CADRE DE CETTE EVALUATION

- La politique régionale de santé permet-elle une prise en compte de la grande vulnérabilité dans les actions, les programmes, les politiques et in fine dans les dispositifs de santé, chez les acteurs et les partenaires de l'ARS ?
- Comment la politique régionale de santé favorise-t-elle la mise en place d'outils de recueil et de valorisation de la parole des personnes en grande vulnérabilité ?
- La politique régionale de santé apporte-t-elle les outils adéquats pour éviter les ruptures dans les parcours de vie des personnes en situation de grande vulnérabilité identifiées lors de l'élaboration du PRS ?
- Comment la politique régionale de santé pourra-t-elle contribuer à améliorer l'accès aux droits des personnes en situation de grande vulnérabilité ?
- La politique régionale de santé peut-elle permettre aux acteurs /promoteurs/établissements de mettre en œuvre la démarche "d'aller vers"?

ÉLÉMENTS DE METHODOLOGIE

Un COmité de Pilotage (COFIL) a associé les principales parties prenantes de la politique évaluée. En cohérence avec le cadre de la démocratie sanitaire régionale, il a été demandé au président de la Conférence Régionale pour la Santé et l'Autonomie (CRSA) de désigner les représentants des opérateurs, des usagers ainsi qu'un expert.

Suivant une préoccupation de croisement des points de vue et de diversification des sources, les principales investigations ont consisté en :

- travaux d'analyse documentaire,
- 75 entretiens individuels et 4 entretiens collectifs,
- 2 enquêtes auto-administrées par voie numérique (l'une à destination des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), l'autre à destination de plusieurs catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux identifiés dans l'accompagnement des populations en grande vulnérabilité),
- 1 enquête téléphonique auprès d'un échantillon de médecins généralistes,
- 1 enquête de type Delphi confiée au Cabinet Planète Publique associant une vingtaine de personnes choisies en raison de leur connaissance des problématiques de non – recours,
- 1 étude déléguée à un laboratoire de l'université d'Angers (laboratoire Espaces et Sociétés - ESO), sur des parcours singuliers de santé de personnes dites « en grande vulnérabilité ».

PRINCIPAUX JUGEMENTS EVALUATIFS

Des constats, principalement en référence aux objectifs du PRAPS-PRS, ont été établis sur les thématiques de la coordination et du plaidoyer, de la parole des usagers, des parcours et de l'accompagnement ainsi que de l'accès aux droits. Ces constats ont alimenté la formulation des réponses aux questions évaluatives sous la forme de jugements ci-après.

La politique régionale de santé ne détermine pas encore de manière significative la prise en compte des questions de santé des populations en grande vulnérabilité dans les plans et activités des partenaires de l'ARS. Le plaidoyer de l'ARS pour des politiques publiques favorables à la santé des populations en grande vulnérabilité est encore limité, malgré une impulsion récente dans le domaine des contrats locaux de santé. Si l'accueil fait au PRAPS par la CRSA suggère un accord sur les objectifs de la politique de l'ARS, les impacts de son plaidoyer ne sont pas encore démontrés.

Le recueil et la valorisation de la parole des personnes en grande vulnérabilité, lorsqu'ils sont constatés, sont encore peu imputables à la politique régionale de santé. L'ARS s'associe à des initiatives en ce sens, mais sans que l'articulation avec ses processus de décision soit à ce jour achevée. Innovantes ou non, et bien que manquant de visibilité, des pratiques de recueil de la parole des personnes en grande vulnérabilité sont à l'œuvre au niveau du terrain. En revanche, l'intégration de la parole des personnes en grande vulnérabilité dans la construction des politiques de santé n'est pas encore aboutie en dépit d'outils en permettant le recueil comme le Conseil Consultatif Régional des Personnes Accueillies ou accompagnées (CCRPA).

La politique régionale de santé, plus globalement, n'a pas achevée sa mutation vers les approches de type parcours, dont l'émergence est encore récente, portée notamment par la stratégie nationale de santé. Cependant, des leviers sont disponibles pour amorcer cette mutation, notamment une conscience largement partagée de la nécessité d'une approche médico-psycho-sociale et une évolution du premier recours qui pourrait faciliter l'accès des personnes en grande vulnérabilité. Le repérage des outils mobilisables dans une logique de parcours n'est pas achevé, et cette approche n'est pas encore tangible dans une politique régionale de santé qui demeure centrée sur des populations ciblées, sans que la logique des accompagnements ait été remise à plat et les évolutions du public prises en compte. Par ailleurs, l'organisation actuelle du premier recours n'est pas assez lisible et adaptée pour faciliter le parcours des populations en grande vulnérabilité. L'évolution des organisations de santé n'est pas aboutie à ce jour, mais elle comporte des leviers (notamment les maisons de santé pluri-professionnelles) qui permettraient d'améliorer cette situation sous réserve d'un soutien plus affirmé de l'ARS.

Si l'ARS veut jouer un rôle en matière d'accès aux droits des personnes en grande vulnérabilité, elle doit avancer sur deux axes : démontrer sa plus – value sur ces questions, aux côtés des autres acteurs, et accompagner un élargissement des missions des PASS en matière de retour au droit commun. L'ARS n'est pas identifiée comme un acteur des politiques d'accès aux droits, ses partenaires n'ayant pas d'attente à son égard sur ce champ. Par ailleurs, elle dispose d'une visibilité encore insuffisante sur l'accès aux soins spécialisés. Si les PASS jouent le rôle qui est attendu d'elles en matière d'accès à une couverture sociale, leur articulation avec la médecine de ville est encore insuffisante et l'harmonisation de leurs pratiques est perfectible.

La politique régionale de santé peut permettre aux acteurs, promoteurs et établissements de développer des démarches d' « aller vers », mais elle doit pour cela être plus volontariste, explicite et viser principalement le retour au droit commun. La politique régionale de santé prête une attention particulière à la prise en charge des personnes en grande vulnérabilité dans ses actions de prévention, que ce soit directement (sélection des projets en prévention) ou indirectement (pilotage des opérateurs du dépistage des maladies infectieuses). Elle ne dispose cependant pas d'une connaissance exhaustive des actions de prévention menées auprès de ces publics, et n'a pas encore promu de manière significative les modalités d' « aller vers » pour prévenir les situations de non recours à la prévention des populations en grande vulnérabilité. L'évaluation n'a pas mis en exergue de situations de non recours justifiant la création de nouveaux types de dispositifs au niveau régional, la demande du terrain étant davantage l'adaptation du droit commun ou l'extension d'outils spécifiques existants plutôt que la multiplication des types de dispositifs. En tout état de cause, le retour des personnes vers l'offre de droit commun doit bien être visé.

Au total, si l'impact du PRS sur la santé des populations en grande vulnérabilité, environ deux ans après sa publication, est délicat à apprécier, la présente évaluation permet néanmoins d'identifier les premières avancées, les pistes pas ou peu engagées et les éléments de contexte porteurs pour déployer le PRAPS, compte tenu des évolutions en cours du système de santé en région. Si elles ne sont pas remises en cause en tant que telles, les actions prévues dans le PRAPS méritent d'être repositionnées dans le cadre d'une approche renouvelée des questions de santé-précarité.

En effet, un enseignement majeur de cette évaluation est la nécessité de dépasser les approches par public. La notion de « populations en grande vulnérabilité » est d'une telle ampleur qu'il est difficile de construire une politique de santé cohérente et lisible sur ce seul fondement. L'approche par catégories de population (migrants, grands exclus, jeunes en errance, personnes âgées isolées ...) sous-estime également la singularité des parcours individuels, tout en risquant de stigmatiser ces publics. La piste suggérée, à l'issue de ce travail est d'approcher désormais les questions de santé-précarité à travers le traitement des situations problématiques dans l'accès aux droits, à la prévention, aux soins et à l'accompagnement, qui pour la plupart peuvent être identifiées à travers les travaux menés sur le non recours. L'approche populationnelle peut intervenir de manière complémentaire en tant que la prise en compte de spécificités d'un public peut optimiser l'efficacité de l'action.

L'évaluation met également en évidence les enjeux toujours d'actualité du pilotage de la politique « santé-précarité » :

- tout d'abord, l'enjeu d'une politique interinstitutionnelle intégrée car les problématiques de santé et sociales sont beaucoup trop interdépendantes pour être traitées séparément ;
- ensuite, un enjeu de déclinaison territorialisée de cette politique, car les réponses doivent être pensées en proximité pour des publics qui n'ont pas les ressources pour aller les chercher à distance, que ce soit dans le temps ou dans l'espace ;
- enfin, un enjeu d'association des usagers eux-mêmes, pour disposer a minima d'une veille à la fois sur la pertinence des réponses déployées, mais aussi sur l'émergence de situations problématiques non décelées.

Les 8 recommandations proposées à l'issue de cette évaluation et destinées principalement à l'ARS visent en premier lieu à renforcer le pilotage de cette thématique par une meilleure coordination entre les institutions, une meilleure connaissance du sujet et une meilleure prise en compte des attentes et besoins des personnes concernées ; en second lieu, elles visent à améliorer la prise en charge des personnes en grande vulnérabilité par la construction théorique et opérationnelle de parcours basés sur des situations problématiques associant l'ensemble des acteurs (premier recours et accompagnements spécialisés), travaillant en synergie et allant si besoin au plus près des lieux de vie des personnes.

Pilotage :

1. Structurer le portage stratégique des questions de santé-précarité dans un cadre interinstitutionnel, territorialisé et lisible par les instances de démocratie sanitaire ;
2. Construire une démarche d'amélioration et de partage de connaissances sur les problématiques santé précarité et les réponses apportées, en associant largement les institutions et collectivités ;
3. Prendre en considération dans la durée la parole et l'expertise des usagers en grande vulnérabilité à tous les niveaux de prise de décision.

Parcours :

4. Formaliser et opérationnaliser les parcours d'accompagnement des personnes en grande vulnérabilité centrés sur des situations problématiques et des risques de ruptures plutôt que sur des catégories de publics ;
5. Favoriser et accompagner le développement de synergies, tenant compte des contextes locaux, entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour garantir la continuité des parcours
6. Mobiliser les multiples leviers de l'ARS pour développer les démarches d' "Aller vers", dans un objectif de retour au droit commun ;
7. Renforcer la capacité de la médecine de premier recours à prendre en charge les personnes en grande vulnérabilité ;
8. Intégrer dans l'organisation de l'offre de soins spécialisés la nécessité d'accès des personnes en grande vulnérabilité.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	7
1. La politique régionale de santé en faveur des populations vulnérables.....	8
1.1 Les premiers programmes d'accès aux soins et à la prévention : une prise de conscience qui mobilise l'ensemble des acteurs de la région en faveur des plus démunis.....	8
1.2 Le PRAPS 3 – PRS : une intégration encore plus poussée de la politique en faveur des plus démunis	8
2. Démarche d'évaluation et méthodologie	10
2.1. Commande	10
2.2. Composition et rôle du COPIL.....	11
2.3. Référentiel.....	11
2.4. Investigations et sources	12
2.5. Jugements et recommandations.....	12
3. État des lieux : les populations en grande vulnérabilité en Pays de la Loire	12
3.1 Indicateurs socio-économiques	12
3.2 Indicateurs de santé.....	14
II. CONSTATS.....	16
1. Renforcer la coordination des institutions et développer les capacités des intervenants pour mieux repérer les personnes en situation de précarité.....	16
2. Recueillir les expériences et la parole des personnes en situation de précarité pour les associer à la conception des actions et des programmes.....	23
3. Formaliser un accompagnement individuel adapté et selon les cas, identifier une personne pour coordonner les interventions et les acteurs	28
4. Améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins en harmonisant les pratiques professionnelles.....	34
5. Promouvoir des approches adaptées en matière de santé et d'éducation au « prendre soin » et adapter les modalités d'accueil et d'intervention en favorisant « l'aller vers ».....	39
III. ANALYSE ET REPONSES AUX QUESTIONS EVALUATIVES.....	44
1. La politique régionale de santé permet-elle une prise en compte de la grande vulnérabilité dans les actions, les programmes, les politiques et <i>in fine</i> dans les dispositifs de santé, chez les acteurs et les partenaires de l'ARS ?	44
2. Comment la politique régionale de santé favorise-t-elle la mise en place d'outils de recueil et de valorisation de la parole des personnes en grande vulnérabilité ?	45
3. La politique régionale de santé apporte-t-elle les outils adéquats pour éviter les ruptures dans les parcours de vie des personnes en situation de grande vulnérabilité identifiées lors de l'élaboration du PRS?	45
4. Comment la politique régionale de santé pourra-t-elle contribuer à améliorer l'accès aux droits des personnes en situation de grande vulnérabilité ?	46
5. La politique régionale de santé peut-elle permettre aux acteurs/promoteurs/établissements de mettre en œuvre la démarche "d'aller vers"?	47

IV. CONCLUSION.....	49
V. RECOMMANDATIONS.....	51
AVIS DE LA CRSA SUR LE RAPPORT DE L'ARS SUR LA POLITIQUE REGIONALE DE LA SANTÉ DES POPULATIONS EN GRANDE VULNERABILITE	69
Liste des sigles utilisés.....	71

Avertissement au lecteur : dans le corps du rapport, les annexes ne sont pas présentées par ordre numérique croissant, mais selon un plan de classement spécifique.

I. INTRODUCTION

Évaluer une politique publique de santé en faveur des personnes en grande vulnérabilité nécessite au préalable un accord sur la définition de la population cible de cette politique et de cette évaluation.

L'Agence régionale de santé des Pays de la Loire a décidé que l'une des évaluations intermédiaires du Projet Régional de Santé (PRS) porterait en 2013 sur la santé des populations en grande vulnérabilité. Le cahier des charges de cette évaluation inscrit cette politique de santé dans le contexte de la lutte contre l'exclusion sociale, par laquelle il convient de corriger de façon ciblée les inégalités de recours au système de santé qui touchent les personnes les plus vulnérables. Le PRS, avec le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), objet de cette évaluation, n'évoque cependant pas spécifiquement le terme de grande vulnérabilité, sauf dans le chapitre prévoyant cette évaluation. D'autres dénominations, comme celle de personnes en situation de précarité ou de personnes démunies, sont employées dans ce document de planification régionale.

Aussi, pour des raisons à la fois de clarté et de méthode, les travaux d'évaluation ont-ils retenu comme objet les populations énumérées dans le PRAPS, catégorisées sous le terme général de « personnes en grande vulnérabilité ». Des populations ont cependant été plus particulièrement étudiées, à savoir les grands exclus, les personnes en hébergement social, les migrants et les gens du voyage, populations toutefois elles-mêmes très hétérogènes.

Cette absence de dénomination unique de la population cible dans la planification régionale est la conséquence d'un manque de consensus national sur des définitions communes, mais elle est aussi liée à l'objet même de la politique en question. Il n'y a pas de seuils ou de critères unanimement partagés qui puissent caractériser ces populations pour en constituer une seule. Ceci est plus manifeste encore quand on s'intéresse aux inégalités sociales de santé, dont le gradient traverse l'ensemble de la population.

Alors que la notion de « grands démunis » se rapporte à la grande pauvreté, celle de précarité à la fragilité et la peur de perdre des fondamentaux de sa vie, ce que peut introduire la notion de grande vulnérabilité, c'est l'idée de rupture ou de risque de rupture. C'est particulièrement le cas des personnes visées par cette politique et qui sont effectivement ou potentiellement victimes de plusieurs types de ruptures, le plus souvent cumulatives (familiales, sociales, professionnelles, financières, de logement, de droits, de soins....) qui les conduisent souvent à des formes d'isolement social. Cette terminologie est cependant peu précise pour définir la population visée, comme le souligne le laboratoire Espaces et Sociétés (ESO Angers) dans son rapport d'enquête sur des parcours singuliers de santé de personnes dites « en grande vulnérabilité ». Elle ne doit pas se confondre par ailleurs avec la vulnérabilité qui concerne habituellement les personnes en risque ou en perte d'autonomie (personnes âgées et handicapées notamment).

La catégorisation des personnes, si elle peut être facilitatrice pour la conduite d'une politique publique, présente cependant des risques de stigmatisation.

Aussi, pour certains auteurs¹, la notion de désaffiliation serait à préférer pour caractériser un certain nombre de populations, présentant à la fois des déficits de filiation (déficit d'inscription dans des liens sociaux primaires) et d'affiliation (déficit d'inscription dans des formes collectives de protection, notamment issue des collectifs de travail).

¹ Robert Castel, « De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation » in Jacques Donzelot (dir.), *Face à l'exclusion, le modèle français*. Paris, Editions Esprit, 1991, p.137-168

1. LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE EN FAVEUR DES POPULATIONS VULNERABLES

1.1 Les premiers programmes d'accès aux soins et à la prévention : une prise de conscience qui mobilise l'ensemble des acteurs de la région en faveur des plus démunis

L'importance capitale des déterminants socio-économiques dans la santé est désormais bien argumentée, y compris en France. L'INSEE publie les inégalités d'espérance de vie des adultes selon les catégories socio-professionnelles, par exemple.

C'est pour répondre à ces inégalités que la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions avait rendu obligatoire dans chaque région un Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les personnes les plus démunies (PRAPS).

La région des Pays de la Loire avait cependant anticipé cette démarche dès 1997 en lançant un Programme Régional de Santé « santé-précarité ». En effet, suite à sa première conférence régionale de santé de décembre 1995, la région avait identifié les personnes en situation de précarité comme devant être le deuxième groupe à bénéficier en priorité d'actions de santé. Le programme Régional de Santé "santé-précarité", s'était alors transformé en PRAPS dit de première génération ou PRAPS 1 couvrant la période 2000-2002.

Des centaines d'actions ont été conduites en application du PRAPS 1 sur l'ensemble du territoire régional grâce à un partenariat élargi, y compris sur le plan financier et au bénéfice de publics multiples.

Un PRAPS dit de seconde génération a pris la suite du PRAPS 1 pour couvrir la période 2003-2006. La terminologie des publics cibles a cependant évolué : on est passé des personnes démunies aux personnes en situation de précarité. Si le PRAPS 2 a conservé les 5 grandes finalités et les 8 objectifs généraux du PRAPS 1, les autorités sanitaires ont souhaité y fixer des objectifs plus précis et plus opérationnels.

Les actions du PRAPS 2 ont ensuite été intégrées au Plan Régional de Santé Publique (PRSP), pour les années 2007 à 2009. En effet, une circulaire de 7 décembre 2007 avait défini la poursuite des PRAPS dans le cadre des PRSP institués par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Les finalités et objectifs de ces PRAPS 1 et 2 figurent en annexe 5.

1.2 Le PRAPS 3 – PRS : une intégration encore plus poussée de la politique en faveur des plus démunis

1.2.1. Contexte national

Les PRAPS ont été confirmés par la loi du 21 juillet 2009 dite loi HPST. La loi a aussi confirmé leur orientation en faveur des personnes les plus démunies.

Pouvant être qualifiés de troisième génération, ils constituent l'un des programmes obligatoires du PRS.

Comme ses prédécesseurs, la finalité de ce nouveau PRAPS est de permettre aux personnes les plus démunies d'accéder au système de santé et médico-social de droit commun, éventuellement par des mesures spécifiques élaborées avec elles.

Les PRAPS 3 devaient être élaborés par les Agences Régionales de Santé (ARS), dont les compétences n'englobent pas le secteur social. Mais leur enjeu a été de pouvoir s'appuyer sur la dynamique transversale constituée par le rapprochement des secteurs de la prévention, du soin, de l'accompagnement médico-social et de l'assurance maladie.

Le PRAPS étant un programme qui s'adresse « aux plus démunis », le risque était qu'il puisse conduire à considérer des populations très diverses, certes importantes quantitativement, et donc à saupoudrer les crédits et les actions publiques. C'est pourquoi, il a été demandé à chaque ARS de prioriser les publics, les problématiques et les actions à conduire (PRAPS – guide méthodologique – mars 2011 – Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé).

Le guide méthodologique PRAPS a proposé de distinguer deux catégories de populations :

- Dans les régions très urbanisées : personnes sans chez soi, jeunes en errance, résidents en Foyers de Travailleurs Migrants (FTM) ou en résidences sociales, étrangers en situation irrégulière, personnes en situation de prostitution...
- Autres : publics avec des difficultés de type renoncement aux soins pour raisons financières, personnes âgées ou familles monoparentales à faible revenu avec reste à charge élevé pour les soins, gens du voyage, saisonniers...
- En revanche, les personnes fragiles du fait de leur handicap ou de leur âge ne constituent pas un public « démunis » au sens du PRAPS

La loi HPST prévoit également que la mise en œuvre du PRS puisse faire l'objet de Contrats Locaux de Santé (CLS) conclus entre les ARS et les collectivités locales portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins, et l'accompagnement médico-social mais également sur les déterminants de la santé (logement, transports, cohésion sociale,...).

Il s'agit notamment de mettre en cohérence les politiques publiques de santé en région en permettant une meilleure articulation du PRS et des démarches locales de santé existantes (volets santé des Contrats Urbains de Cohésion Sociale ou CUCS, ateliers « santé ville »...).

Les ARS peuvent aussi s'appuyer sur deux commissions de coordination des politiques publiques, compétentes l'une pour la prévention, l'autre pour les accompagnements médico-sociaux.

En 2013, la stratégie nationale de santé et le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale ont prévu un certain nombre d'objectifs en matière de réduction des inégalités sociales de santé. Ces objectifs sont tracés en références dans les recommandations qui figurent à la fin de ce rapport.

1.2.2. Contexte régional

En application de ses orientations stratégiques, de l'expérience des PRAPS précédents et des orientations nationales, l'ARS des Pays de la Loire a construit une politique sanitaire en faveur des personnes en situation de précarité déclinée dans le cadre de son projet régional de santé et plus particulièrement dans le PRAPS.

Pour rappel, les 3 orientations stratégiques du Projet Régional de Santé (PRS) sont :

- La personne au cœur des préoccupations du système de santé (être acteur de sa santé, une démarche centrée sur la personne) ;
- La proximité organisée (une offre de premier recours à conforter, une coordination des acteurs pour des parcours efficaces, un accès assuré à l'innovation et aux services spécialisés) ;
- La maîtrise des risques en santé (la prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale, la mobilisation pour réduire les inégalités de santé).

Les objectifs de la politique de l'ARS des Pays de la Loire sont retracés dans un arbre des objectifs qui figure en annexe 6. Ces objectifs figurent dans les schémas (dont le schéma de prévention), les programmes régionaux (dont le PRAPS) et les programmes territoriaux des 5 territoires de santé.

Le PRAPS des Pays de la Loire a pour finalité de fédérer les acteurs autour de la lutte contre les exclusions et les inégalités sociales de santé, pour aider les personnes en situation de précarité dans leur démarche de prévention, d'accès aux droits, d'accès aux soins et d'accès à l'accompagnement médico-social.

L'accès ou le maintien dans le droit commun sont clairement visés même s'il faut concevoir des actions transitoires pour y parvenir.

Les publics ciblés sont les personnes en situation de précarité, les grands exclus, les personnes en situation de détresse sociale et les personnes en situation de vulnérabilité tant en milieu urbain qu'en milieu rural. L'antériorité des anciens PRAPS et les diagnostics issus des travaux relatifs au PRS ont plus particulièrement identifié certaines populations pour lesquelles il convient de prioriser les actions (liste non exhaustive) : jeunes en errance, jeunes en difficulté d'insertion professionnelle, grands exclus, gens du voyage les plus en difficulté, personnes immigrées notamment vieillissantes, détenus, publics recourant à l'aide alimentaire, personnes handicapées psychiques vieillissantes...

Le PRAPS définit 6 priorités d'actions :

- Recueillir les expériences et la parole des personnes en situation de précarité pour les associer à la conception des actions et des programmes
- Promouvoir des approches adaptées en matière de santé et d'éducation au « prendre soin »
- Améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins en harmonisant les pratiques professionnelles
- Formaliser un accompagnement individuel adapté et selon les cas, identifier une personne pour coordonner les interventions et les acteurs
- Adapter les modalités d'accueil et d'intervention en favorisant « l'aller vers »
- Renforcer la coordination des institutions et développer les capacités des intervenants pour mieux repérer les personnes en situation de précarité

2. DEMARCHE D'EVALUATION ET METHODOLOGIE

2.1. Commande

Pour 2013, la Direction de l'Agence Régionale de Santé a décidé de dédier la première évaluation intermédiaire du PRS au thème de la santé des populations en grande vulnérabilité – ce qui recouvre essentiellement l'évaluation du PRAPS.

Le Docteur Pierre BLAISE, Directeur du Projet Régional de Santé à l'ARS des Pays de la Loire, a été mandaté pour assurer le pilotage de cette évaluation.

Cinq questions évaluatives étaient posées dans le cadre de ce mandat :

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

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

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

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

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

S'agissant d'une évaluation intermédiaire un an après l'adoption du PRS, le mandat demandait particulièrement de montrer en quoi la politique régionale de santé actuelle pouvait modifier les politiques précédentes, et si les premières actions menées allaient bien dans le sens porté par le PRS, notamment en termes de changements de pratiques professionnelles.

Le cahier des charges (joint en annexe 1) a précisé la commande initiale, notamment en ce qui concerne les critères de jugements à mobiliser dans le cadre de l'évaluation :

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

Le cahier des charges précisait notamment que les jugements devraient intégrer, chaque fois que possible, les quatre acceptions de l'accessibilité : géographique et temporelle, socioculturelle et financière.

Il indiquait en outre que, dans une logique de croisement des points de vue, l'évaluateur devait interroger l'ensemble le plus large possible d'acteurs et de bénéficiaires dans le domaine de la santé des populations en grande vulnérabilité.

Les cinq questions évaluatives principales ont été détaillées en dix sous-questions. Ces dix sous-questions figurent dans le référentiel présenté en annexe 3.

L'équipe d'évaluation désignée était composée de deux cadres du département d'évaluation des politiques de santé et dispositifs, relevant de la direction de l'efficacité de l'offre de l'ARS : Jean-Paul BOULE, médecin chargé d'évaluation et Xavier BRUN, chargé d'évaluation des politiques de santé.

2.2. Composition et rôle du COPIL

Un comité de pilotage (COPIL) a été composé, en associant les principales parties prenantes de la politique évaluée, avec les attributions suivantes :

- Construire le référentiel de l'évaluation (critères de jugement, indicateurs à mobiliser et sources d'information), sur la base du cahier des charges, et avec l'appui technique de l'équipe d'évaluation ;
- Formuler les jugements, en réponse aux questions de l'évaluation, sur la base des constats dressés par l'équipe d'évaluation ;
- Formuler des éléments de recommandations, au vu des résultats de l'évaluation, sur les inflexions à donner à la politique régionale de santé en faveur des populations en grande vulnérabilité

Le choix des représentants de l'ARS et des institutions partenaires a été effectué par l'ARS. En cohérence avec le cadre de la démocratie sanitaire régionale, il a été demandé à la Conférence Régionale pour la Santé et l'Autonomie (CRSA) de désigner les représentants des opérateurs, des usagers et un expert. La composition du comité de pilotage est précisée en annexe 2 du présent rapport.

2.3. Référentiel

Le référentiel de l'évaluation est présenté en annexe 3 du présent rapport.

Les critères ont été élaborés par le comité de pilotage pour chaque sous – question évaluative ; les indicateurs et sources d'investigation ont été amendés et validés par le comité de pilotage, sur la base d'une proposition de l'équipe d'évaluation.

2.4. Investigations et sources

Suivant une préoccupation de croisement des points de vue et de diversification des sources (principe de triangulation), les principales investigations ont consisté en :

- Un travail d'analyse documentaire (documents de programmation, comptes – rendus d'instances partenariales, documents de contractualisation entre l'ARS et des partenaires extérieurs, articles et ouvrages spécialisés...)² ;
- Environ 75 entretiens individuels et 4 entretiens collectifs (focus groups) ;
- Deux enquêtes auto-administrées par voie numérique : l'une à destination des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), l'autre dite enquête SOLEN à destination de plusieurs catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux identifiés dans l'accompagnement des populations en grande vulnérabilité (cf. annexes 15-16 et 19-20) ;
- Une enquête téléphonique auprès d'un échantillon de médecins généralistes exerçant dans les communautés de communes de Saumur, Fontenay le Comte et Mayenne ;
- La réalisation d'une enquête Delphi, dont la réalisation a été confiée au Cabinet Planète Publique, associant une vingtaine de personnes choisies à raison de leur connaissance des problématiques de non – recours (aux droits, à la prévention, aux soins, à l'accompagnement médico-social) des populations en grande vulnérabilité ;
- La réalisation, déléguée à un laboratoire de l'université d'Angers (laboratoire Espaces et Sociétés ESO), d'une étude sur des parcours singuliers de santé de personnes dites « en grande vulnérabilité ».

Les données recueillies ont été synthétisées et analysées en référence aux six objectifs du PRAPS dans la partie II du rapport (constats). La partie III (réponses aux questions évaluatives) s'appuie sur les jugements formulés à partir des constats, l'annexe 4 du rapport permettant de tracer le raisonnement des constats aux réponses aux questions évaluatives.

2.5. Jugements et recommandations

Les jugements évaluatifs, pour chacun des critères, ont été arbitrés et leur formulation ajustée par le COPIL sur la base d'une proposition de l'équipe d'évaluation.

Les recommandations stratégiques ont été construites par l'équipe d'évaluation, par synthèse des propositions de recommandations opérationnelles produites par le COPIL, puis enrichies de recommandations opérationnelles issues de l'enquête Delphi ainsi que de la séance du Conseil Consultatif Régional des Personnes Accueillies ou Accompagnées (CCRPA) du 13 décembre 2013. Cet ensemble a été soumis à l'avis du COPIL pour amendement éventuel, et le résultat confronté aux objectifs existants dans la stratégie de l'ARS (PRAPS et feuilles de route).

Enfin, les membres du COPIL ont été amenés à voter sur chacune des recommandations stratégiques en attribuant un score pour déterminer sa faisabilité et son impact attendu sur la santé des populations en grande vulnérabilité.

3. ÉTAT DES LIEUX : LES POPULATIONS EN GRANDE VULNERABILITE EN PAYS DE LA LOIRE

3.1 Indicateurs socio-économiques

3.1.1 Taux de pauvreté monétaire

L'INSEE Pays de la Loire a dévoilé, lors de deux journées régionales de présentation du plan national pluriannuel contre la pauvreté en octobre et décembre 2013 à Angers et Nantes, quelques éléments de

² La bibliographie de l'évaluation figure en annexe 9 du présent rapport.

diagnostic sur la pauvreté. L'INSEE avait publié en décembre 2011 un article au titre explicite : « Pays de la Loire : moins de pauvreté et d'inégalités qu'ailleurs, malgré des disparités territoriales ».

Il apparaît que la région, densément peuplée (5ème rang en France avec 3.6 millions d'habitants au 1er janvier 2010), est à la fois démographiquement dynamique, attractive (+30 000 habitants par an) et économiquement favorisée (taux de chômage de 9.1% au 1er trimestre 2013, le plus faible de France, avec l'Île-de-France et la Bretagne).

Le taux de pauvreté monétaire calculé par l'INSEE apporte une vision synthétique de la pauvreté au-delà des indicateurs de revenus, de chômage et d'accès aux minima sociaux. Il est défini par la proportion d'individus dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. Le seuil de pauvreté est fixé à 60% du niveau de vie médian de la population, soit 977 euros par mois en 2011.

C'est ainsi que 410 000 personnes pauvres pouvaient être recensées en 2010 (puis 420 000 personnes en 2011), soit 11.2% de la population. Ce taux est inférieur à la moyenne française métropolitaine (qui est de 13.5%), mais il est important et il progresse (+ 40 000 personnes depuis 2006). On peut dire que la population des Pays de la Loire est donc sensiblement moins touchée par la pauvreté que celle des autres régions françaises. Les Pays de la Loire, toujours selon l'INSEE Pays de la Loire (Études n°100 - décembre 2011) sont également la région la moins inégalitaire en termes de différences de niveau de vie.

La région présente cependant des disparités territoriales en matière de précarité.

Le taux de pauvreté est plus élevé en Sarthe et en Mayenne, mais le nombre de personnes pauvres est plus important en Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire compte tenu du poids démographique de ces deux derniers départements :

	Région	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Taux de pauvreté monétaire	11,2%	10,3%	11,8%	12,2%	12,2%	10,9%

Certains territoires ruraux éloignés des grandes agglomérations, le Saumurois ou la région nazairienne se caractérisent par une précarité plus marquée. Les grandes agglomérations abritent quant à elles des populations très hétérogènes.

La pauvreté monétaire est ainsi surreprésentée dans les quartiers urbains de la politique de la ville (35 quartiers urbains concernés par la pauvreté, représentant 154 000 personnes), mais elle est également rencontrée dans les territoires ruraux isolés.

Les jeunes sont plus touchés par la pauvreté. Sur les 410 000 personnes pauvres de la région en 2010, 140 000 ont moins de 20 ans (taux de pauvreté de 15.7% contre 10.1% entre 30 et 64 ans).

Une cartographie portant sur les inégalités territoriales selon le découpage des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) est présentée à l'annexe 25. Elle est complétée de cartographies réalisées par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et par la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT).

3.1.2 Recours aux minima sociaux

Le nombre de bénéficiaires de minima sociaux permet également de mesurer l'importance de la pauvreté dans une population, en référence à un certain nombre de dispositifs d'assistance existants. Il convient cependant de prendre en compte le phénomène de non recours aux droits sociaux. Des aides telles que l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS), la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et l'Aide Médicale de l'État (AME) sont concernées.

Le rapport V d'Évaluation de la loi CMU de novembre 2011 par le fonds CMU (données 2010) donne des éléments chiffrés sur le non recours (ex : 15% pour la CMU-C).

Nombre d'allocataires du RSA : 79 318 personnes au 31 décembre 2011 (source STATISS 2012)

	Région	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Part de la population couverte par le Revenu de Solidarité Active (RSA)	4,7%	4,9%	5,2%	3,7%	5,6%	3,4%

En France métropolitaine : 6,3%

Bénéficiaires de la CMU-C : 157 485 personnes au 31 décembre 2011 (source STATISS 2012)

	Région	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Part de la population couverte par la CMU-C	4,4%	4,5%	4,7%	3,8%	5,7%	3%

En France métropolitaine : 6,0%

Les situations extrêmes de précarité que connaissent les personnes sans domicile fixe sont plus difficiles à évaluer.

3.2 Indicateurs de santé

De nombreux travaux épidémiologiques nationaux et internationaux ont mis en évidence les liens étroits entre les situations de précarité et la santé. Ces écarts sont particulièrement marqués pour les personnes vivant dans la rue, dont l'espérance de vie a pu être évaluée à environ 45 ans.

Il n'est cependant pas constaté de maladies spécifiques à la pauvreté. C'est le cumul et l'intrication de facteurs de risques, de symptômes, de pathologies qui sont caractéristiques des personnes en situation de précarité : risque d'obésité, exposition aux addictions, problèmes dentaires non soignés, déficiences sensorielles non corrigées, taux de couverture vaccinale plus faible... Il existe une accentuation de certaines pathologies telle que la tuberculose et une fragilité générale plus importante. Cette fragilité porte notamment sur l'état psychologique des personnes précaires qui manquent d'estime de soi et sont plus sujettes que la population générale à des angoisses et troubles psychosomatiques.

La question des relations entre inégalités sociales de santé et santé mentale n'est toutefois pas tranchée. Les interactions entre santé mentale et précarité sont complexes et ne font pas l'objet de consensus. Les indicateurs ne sont pas stabilisés sur le sujet. Cependant, la surreprésentation de la maladie mentale au sein des populations en grande précarité a bien été montrée. La situation d'exclusion et de grande précarité entraîne souvent l'apparition de troubles mentaux et de signes de souffrance psychique. Cette souffrance psychique et sociale est souvent sans demande d'aide ni de soins de la part des personnes concernées.

Une étude ancienne (données 2000 - publication 2003) de l'Observatoire Régionale de Santé (ORS) des Pays de la Loire dans les 6 centres d'examen de santé de l'Assurance maladie avait montré des différences entre deux populations suivies : personnes en situation de précarité (bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion, jeunes 16-25 ans en insertion, bénéficiaires d'un Contrat Emploi

Solidarité, personnes Sans Domicile Fixe, chômeurs) et non précaires. La situation était plus défavorable pour la plupart des indicateurs de santé chez les personnes en situation de précarité : 61% de fumeurs contre 34% chez les non précaires, deux fois plus d'obésité, plus fréquemment une appréciation peu favorable de son état de santé, un moins bon suivi médical (médecin, dentiste).

Aucun autre document portant sur l'état de santé des populations en grande vulnérabilité en Pays de la Loire n'a pu être retrouvé. Le bon positionnement de la région des Pays de la Loire en termes de pauvreté socio-économique n'a certainement pas incité à approfondir un état des lieux et à rechercher d'éventuelles particularités régionales.

D'une façon générale, il est admis en France un moindre recours aux professionnels de santé des personnes en situation de précarité, que ce soit pour les soins ou la prévention. Ce moindre recours peut aller jusqu'à des situations extrêmes de non recours.

II. CONSTATS

Les constats présentés ont été élaborés en se référant principalement aux objectifs du PRAPS-PRS, dont les libellés déterminent les titres des chapitres de cette partie, autour des notions suivantes :

- Coordination/plaidoyer (chapitre 1)
- Parole des usagers (chapitre 2)
- Parcours et accompagnement (chapitre 3)
- Accès aux droits (chapitre 4)
- Aller vers (chapitre 5)

Sont présentés en encadré sur fond blanc les principaux constats, qui ont déterminé la réponse aux questions évaluatives. Les autres constats réalisés, qui n'ont pas été mobilisés à cette fin, figurent dans le corps du texte.

En encadré grisé figure la description succincte du contenu du PRS sur chacune des problématiques.

1. RENFORCER LA COORDINATION DES INSTITUTIONS ET DEVELOPPER LES CAPACITES DES INTERVENANTS POUR MIEUX REPERER LES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE

1.1 La problématique

Les inégalités sociales de santé ont pour source des déterminants qu'une action dans le seul champ de compétence propre de l'Agence Régionale de Santé ne permet pas de résoudre. La lutte contre les inégalités sociales de santé et la réponse aux problèmes de santé des personnes en grande vulnérabilité passe par une approche globale des questions, de manière interinstitutionnelle. Dans certaines situations, la résolution du problème sanitaire et la résolution du problème social sont indissociables, l'absence d'accompagnement sur un versant pouvant réduire à néant l'efficacité de l'accompagnement sur l'autre versant.

L'Agence peut, dans ce cadre, jouer un rôle de plaidoyer pour que les acteurs intègrent cette préoccupation, d'une part, et promouvoir la coordination des intervenants sanitaires et sociaux pour que les réponses aux questions sociales (hébergement, transport, ressources....) et sanitaires soient mieux articulées.

La « mobilisation pour réduire les inégalités de santé » sociales et territoriales, par une action de plaidoyer de l'ARS, est l'un des sept axes stratégiques du projet régional de santé.

Le PRAPS-PRS comporte une action « Renforcer la coordination des institutions et développer les capacités des intervenants pour mieux repérer les personnes en situation de précarité », déclinée en trois types d'activités :

- l'observation et le repérage des phénomènes de précarité et de vulnérabilité, ainsi que de l'efficacité des actions menées ;
- le développement de la connaissance réciproque, des échanges de pratiques et de l'articulation des interventions entre structures sanitaires, médico-sociales et sociales ;
- le plaidoyer, pour assurer l'information et la sensibilisation des partenaires aux questions d'inégalités sociales et territoriales de santé et de leurs déterminants.

1.2 Les constats tirés des investigations

Même s'ils ne la définissent pas toujours en terme médico-psycho-social, pratiquement tous les acteurs rencontrés partagent la préoccupation d'une approche globale, en raison de l'impossibilité pratique de résoudre séparément les problématiques sanitaires et sociales de la personne (notamment lorsque des questions d'addiction ou de santé mentale sont posées).

Ces représentations, et les actions qui en découlent, sont difficilement imputables au PRS actuel : certains opérateurs et institutions sont de longue date engagés dans ce domaine et l'idée d'une approche globale santé-social est diffusée depuis la loi de 1998 alors que le PRS actuel est récent.

1-Une préoccupation de l'approche globale des situations, à la fois sanitaire et sociale, plutôt bien ancrée parmi les acteurs rencontrés, mais pas forcément du fait du PRAPS actuel.

- Le sujet santé – précarité dans les commissions de coordination des politiques publiques

Les Commissions de Coordination des Politiques Publiques (CCPP) forment le cadre privilégié d'échange entre l'ARS et les institutions partenaires sur les questions de santé, et peuvent constituer un lieu favorable au plaidoyer sur les questions de santé et de précarité. L'examen des comptes-rendus de séances depuis 2010, ainsi que les entretiens menés, permettent de dresser le tableau suivant.

Les ordres du jour de la CCPP « médico-sociale » peuvent avoir une entrée populationnelle (personnes âgées et personnes vivant avec un handicap), mais ne visent pas des catégories de personnes en grande vulnérabilité. Ceux de la CCPP « prévention » ne comportent aucune entrée populationnelle.

2-Une absence des points dédiés aux populations en grande vulnérabilité dans les ordres du jour des commissions de coordination des politiques publiques, dont l'entrée n'est généralement pas populationnelle.

La question de la santé des personnes en précarité sociale n'est pratiquement jamais abordée dans la CCPP médico-sociale, alors que des dispositifs médico-sociaux concernant la population précaire (Lits Halte Soins Santé ou LHSS, Appartements de Coordination Thérapeutique ou ACT, voire certaines structures d'addictologie) relèvent de cette commission.

La CCPP « prévention » a pu favoriser la visibilité réciproque des actions menées par les institutions, notamment à travers la construction des documents de programmation (PRS, feuilles de route) ou les discussions autour des appels à projets. Plus répandu que dans la CCPP « médico-social », le sujet est malgré tout marginal.

3-Une place marginale de la santé des populations en grande vulnérabilité dans les CCPP, mais davantage investie par la CCPP « prévention », lieu d'identification réciproque des acteurs.

Aucun acteur rencontré n'a fait état d'une influence de la CCPP sur ses propres actions en matière de santé – précarité. La feuille de route en prévention permet aux acteurs de rendre visible leurs actions respectives, plus par juxtaposition que par intégration dans une politique co-construite, spécifique et partagée, ce qui est sans doute prématuré vue la récence de la commission. Les retours d'expérience sont rares (une séance, dédiée au bilan de la feuille de route de prévention 2012).

4-Un regroupement des actions des partenaires institutionnels de la prévention dans un document unique (la feuille de route) favorable à la visibilité réciproque, mais ne correspondant pas encore strictement à une logique de co-construction, et n'ayant pas eu d'influence déclarée sur la politique des différentes institutions sur le champ de la précarité.

La mission d'évaluation n'a pu recueillir que marginalement des informations sur les plans opérationnels des institutions partenaires, principalement à partir des actions inscrites dans la feuille de route de la CCPP « Prévention ».

5-Pas assez d'informations sur les plans opérationnels des partenaires pour statuer sur l'influence du plaidoyer de l'ARS en matière de santé des populations en grande vulnérabilité.

- Le rôle des instances de démocratie sanitaire et de la concertation

La CRSA et les conférences de territoire sont des lieux importants pour, d'une part, recueillir les attentes du terrain sur la politique de l'ARS dans une logique d'avis et, d'autre part, permettre à l'ARS de porter auprès des acteurs des problématiques particulières.

Élaboré par l'ARS dans une logique de co-construction avec la CRSA (où siègent des intervenants sociaux), le PRS a fait l'objet d'une concertation à deux niveaux, saluée par les interlocuteurs en dépit de délais jugés trop courts. En premier lieu, le projet a été préparé par des groupes de travail mixtes ARS-CRSA dont certains étaient dédiés aux inégalités de santé. En second lieu, la CRSA a émis un avis sur le PRS dans ses différentes composantes. Il comporte un paragraphe spécifique sur le PRAPS, dont le contenu est un indice de la façon dont les acteurs et partenaires peuvent considérer que le PRS intègre – ou du moins est compatible avec – leurs propres orientations sur les questions de santé précarité. L'avis comporte un appel à la vigilance sur l'enjeu de l'observation pour connaître les publics et la visibilité des moyens garantissant la faisabilité du programme. Il ne conteste pas le PRAPS sur le fond.

Les questions de santé-précarité intéressent la CRSA, qui a pris l'initiative très récente de créer en son sein un groupe de travail dédié, mais il n'est pas établi que ce soit le PRS qui ait déterminé la création de ce groupe. Les modalités d'interaction avec l'ARS ne sont pas encore stabilisées.

6-Une concertation sur le PRS contrainte par des délais serrés.

7-Un avis plutôt bienveillant de la CRSA sur le PRAPS, par rapport à d'autres volets du PRS.

La place de la santé des populations en grande vulnérabilité dans les débats des conférences de territoire a été investiguée.

Ce thème n'apparaît pas avoir fait l'objet d'une inscription spécifique dans les ordres du jour des conférences ; l'évocation du sujet en séance est le plus souvent liée à la présentation de travaux ou documents de programmation incluant ces questions (projets territoriaux de santé, feuilles de route territoriales, contrats locaux de santé...).

8-Une absence de points dédiés à la santé des populations en grande vulnérabilité dans les ordres du jour des conférences de territoire, mais un sujet évoqué dans le cadre de débats plus larges.

Les questions relatives à la santé des personnes en grande vulnérabilité sont évoquées de manière très différenciée d'un territoire à l'autre, que ce soit en termes de fréquence, de longueur des échanges, ou de thèmes abordés³.

Au-delà de ces différences, les acteurs évoquent en majorité une place assez marginale de ces questions dans les débats, qui sont le plus souvent abordées à partir d'entrées thématiques (addictions, santé mentale...). Le poids marginal des représentants du champ social dans la composition des conférences ne semble pas en cause : au vu des comptes rendus de séance, l'évocation des sujets précarité dans les débats dépend souvent d'un portage par des personnes, qui ne sont pas nécessairement des représentants du champ social *stricto sensu*.

9-La place des sujets santé-précarité dans les conférences de territoires : jugée globalement marginale, mais très variable d'un département à l'autre.

Quand il y a été présenté, le PRAPS n'a suscité de commentaires de la conférence de territoire que dans un seul département, et a pu être le seul programme à n'être pas commenté du tout. Les acteurs interrogés ont pu expliquer cela par le caractère marginal des questions de santé – précarité au regard d'autres enjeux des territoires (organisation médico-sociale, par exemple).

10-Une présentation d'actions spécifiques sur la santé des populations en grande vulnérabilité (PRAPS ou actions dédiées dans les feuilles de route territoriales) n'ayant qu'exceptionnellement suscité des réactions dans les conférences de territoire.

- La place de la santé des populations en grande vulnérabilité dans les contrats locaux de santé

Après une phase de lancement des CLS (2011-2012) où elle a été peu sélective sur leur contenu, l'ARS cherche désormais à assurer un socle commun à tous ces contrats autour de trois notions assez larges : la promotion de la santé, l'accès aux soins et les parcours des personnes âgées ou des publics spécifiques. Elle cible particulièrement les déterminants des inégalités sociales, l'accès à la santé et l'éducation à la santé.

Les populations en grande vulnérabilité ne sont pas toujours visées dans les CLS : la réduction des inégalités peut revêtir une dimension sociale et/ ou territoriale. Ainsi, sur les 8 premiers CLS signés dans la région, seuls 3 abordent spécifiquement les questions de précarité, et 2 le font dans la mesure où leur thématique (addictions ou santé mentale) concerne les populations vulnérables.

Pour des CLS de grandes villes non ciblés sur des thématiques, le contrat paraît être l'opportunité de mettre en relief les actions destinées aux populations en grande vulnérabilité, que ce soit dans le cadre des Ateliers Santé Ville ou ASV (peu mis en avant cependant) ou dans le cadre de la politique de santé communautaire (notamment pour les villes OMS). Si le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), dans un avis du 20 mars 2013, recommande la formalisation du rôle et de la place des ASV dans la réflexion sur l'articulation entre les besoins locaux et la mise en place des PRS et des politiques locales de cohésion sociale de l'État, l'articulation entre les ateliers santé ville qui préexistaient et les CLS a été variable : tantôt ils ont été intégrés dans le CLS, tantôt maintenus hors du CLS. On dénombre 9 ASV en région, selon l'enquête annuelle 2013 de suivi des ASV par l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSÉ), qui note que les liens entre les ASV et l'ARS se sont renforcés entre 2011 et 2012, 3 ASV restant sans lien en 2012.

Les CLS ont pu être décrits comme des leviers plus efficaces que les conférences de territoire pour porter les questions de santé des populations les plus vulnérables. Les instances constituées dans le cadre des CLS peuvent être des lieux d'échange associant davantage de partenaires concernés par cette politique.

³ Sur ce dernier point, la coordination des acteurs, la démographie médicale en secteur 1, l'habitat indigne et les problématiques liées à la psychiatrie au sens large sont les thèmes qui apparaissent les plus partagés d'une conférence à l'autre.

11-Une dynamique de mobilisation des contrats locaux de santé en faveur de la réduction des inégalités de santé impulsée par l'ARS courant 2013, qui se traduit dans le contenu des contrats, même si ce n'est pas systématique.

Les CLS les plus récents s'appuient sur des diagnostics flash par territoire de santé de proximité produits par l'ARS, et comportant des données sur la précarité.

12-Les CLS les plus récents s'appuient sur des éléments de diagnostic comportant des éléments sur la précarité.

- Les autres relations conventionnelles de l'ARS

Si une convention a été signée entre l'ARS et le rectorat, elle repose sur une approche thématique, et non populationnelle. Les articulations avec les services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) font l'objet d'un projet de convention, non signé encore lors de l'évaluation. Il n'y a pas eu en Pays de Loire de convention entre l'ARS et l'Assurance maladie sur les questions d'accès aux droits et d'accès aux soins.

En revanche, un Document d'Objectifs Partagés (DOP) entre l'ARS et la DRJSCS a été rédigé en 2012. Il dresse la liste des domaines partagés entre les deux secteurs, fixe des principes d'actions communs et identifie des actions conjointes. Il contribue à réaffirmer les articulations entre politiques sanitaires et politiques de cohésion sociale. Cependant, au niveau des départements, ces articulations n'ont pas été reconstituées de manière uniforme après la suspension liée aux réformes administratives de l'année 2010. La répartition des rôles entre services de cohésion sociale et ARS sur les questions de santé – précarité n'est pas encore assez claire et lisible, que ce soit pour les acteurs de terrain ou les institutions.

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

A côté des cadres formalisés de la coordination (instances, conventions...), un rôle actif des délégations de l'ARS pour nouer des partenariats au titre de l'animation territoriale peut favoriser la coordination des acteurs autour des questions de santé – précarité (exemple du comité départemental santé – précarité réactivé en octobre 2013 en Loire Atlantique), mais dépend des opportunités de terrain (association ou non de la délégation territoriale de l'ARS au Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation - SIAO, selon les départements, par exemple).

- L'observation partagée dans le domaine santé – précarité

L'observation partagée, le repérage de zones ou territoires à risques, sont identifiés dans le PRS comme leviers de partage entre institutions et de portage des questions d'inégalités sociales de santé. Si des travaux ont été réalisés par l'ARS pour positionner les territoires de santé de proximité, comportant des données sur la précarité économique, l'hétérogénéité des populations visées, ainsi que des données potentiellement peu disponibles (comment compter les non-bénéficiaires ?) sont des éléments de complexité identifiés. Au jour de l'évaluation, la constitution d'une observation régionale sur ce thème est donc un travail toujours en cours.

14-Des travaux amorcés par l'ARS en termes d'identification des besoins, mais non encore finalisés, en partie pour cause de difficultés à caractériser un public hétérogène et souvent peu identifiable par les catégories administratives les plus courantes – notamment les « non recourants ».

Certaines structures en contact avec les populations représentent des lieux d'observation sanitaire et sociale des situations et de leurs évolutions⁴, mais les statistiques socio-sanitaires qu'elles publient ne sont pas exploitées au niveau régional. D'une manière plus générale, un recensement des sources disponibles (études menées au niveau de collectivités territoriales comme Nantes, par exemple) n'apparaît pas avoir été mené.

15-Un certain nombre de structures fréquentées par les personnes en grande vulnérabilité sont des lieux potentiels d'observation sociale et sanitaire, pour le moment inexploités au niveau régional.

16-Pas de démarche de recensement des études menées par les différentes institutions partenaires (collectivités locales, organismes de protection sociale).

Le partage d'informations entre l'ARS et les services de cohésion sociale sur les dispositifs qu'ils suivent et financent n'est pas stabilisé ; les informations qualitatives non budgétaires sont très parcellaires, ce qui complique le recensement conjoint en cours. Par ailleurs, les établissements médico-sociaux concernés sont très minoritaires parmi les établissements et services suivis par l'ARS. Enfin, bien que l'ARS participe à des financements de personnels de santé dans les structures sociales comme les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), l'organisation des actions de santé dans ces structures n'a pas donné lieu à un bilan depuis la création de l'ARS.

17-Une faible visibilité de l'ARS sur l'action de l'ensemble des structures médico-sociales concernées de la région et encore plus faible sur les structures sociales. Elle est la conséquence d'un échange d'information avec les services de cohésion sociale non finalisé et d'un poids numérique très minoritaire des établissements médico-sociaux ciblés santé – précarité dans l'ensemble des établissements et services médico-sociaux suivis par les services de l'ARS.

- La formation des professionnels de santé et du social

Il est fréquemment souligné que les travailleurs sociaux sont insuffisamment formés à la santé et à l'accès à la santé. L'enjeu de cette formation est significatif : certains recours injustifiés aux urgences hospitalières sont expliqués par ce manque de formation, et les travailleurs sociaux (cf. enquête SOLEN annexes 15-16) sont très fréquemment les référents aidant les usagers à coordonner les réponses sociales et de santé. Le non financement par l'ARS de certaines formations a été mal compris par certains acteurs (exemple : formation par les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en addictologie - CSAPA de travailleurs sociaux). Des actions de sensibilisation, d'initiative locale, ont néanmoins été menées : en Sarthe, par exemple, des formations ont été délivrées depuis 2010 sur les questions de santé – précarité, pour tous les acteurs du Plan Départemental d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion (PDAHI), et ont reçu un excellent accueil.

18-Des professionnels du social peu formés aux problématiques de santé et réciproquement, malgré quelques initiatives isolées pourtant bien accueillies.

Des stages sont offerts à des étudiants en santé (Infirmiers en ACT, internes en médecine en LHSS,...), favorisant les interconnexions entre ces secteurs. Les enjeux sont d'améliorer la

⁴ Ainsi les points santé, les centres de consultation de Médecins du Monde, les centres d'appel SIAO-115, les SAMU sociaux ou encore les centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie, ces derniers utilisant le score EPICES pour caractériser socialement la population qui consulte.

compréhension par les acteurs de santé des particularités du public en grande précarité (dont le défaut est l'obstacle à la coordination des prises en charge le plus souvent cité dans le cadre de l'enquête SOLEN), et de minorer leurs appréhensions liées à la prise en charge de certains publics, l'objectif étant de faciliter le recours au droit commun.

Dans cette optique, des interventions complémentaires sont jugées efficaces : service spécialisé comme une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) ou un CSAPA se tenant à disposition des intervenants en cas de difficulté, ou encore actions de médiation entre certaines populations en grande vulnérabilité et professionnels de santé (expliquer aux personnes précaires les règles du recours au système de santé et expliquer aux professionnels de santé les contraintes pesant sur ce public). A noter qu'une minorité de PASS s'est investie dans des formations de personnels non hospitaliers sur l'accueil et la prise en charge des patients en situation de précarité (cf. annexe 19).

19-Un enjeu partagé : aider les professionnels (de la santé ou du social) à surmonter leurs appréhensions quant à la prise en charge de certains publics (toxicomanes injecteurs, personnes souffrant de troubles mentaux, publics en grande précarité).

2. RECUEILLIR LES EXPERIENCES ET LA PAROLE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE POUR LES ASSOCIER A LA CONCEPTION DES ACTIONS ET DES PROGRAMMES

2.1 La problématique

La charte d'Ottawa porte engagement à reconnaître que « les individus constituent la principale ressource de santé » et à « accepter la communauté comme principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être ». Cet engagement implique que la parole des personnes – individuellement ou collectivement - soit recueillie et prise en compte dans la conception des programmes de santé.

Le recueil de la parole des personnes en situation de grande vulnérabilité est problématique. Elles ne forment pas une catégorie homogène, ne constituent pas une communauté spécifique et identifiable. Elles ne disposent pas – ou peu - d'associations d'usagers à même de porter une parole auprès des institutions. Enfin, la participation à l'élaboration de programmes et politiques de santé ne constitue sans doute pas une priorité pour les publics les plus précaires dont les préoccupations immédiates sont la recherche d'un toit et de ressources.

Pour autant, parce que ce sont précisément ces populations qui peuvent rencontrer le plus de difficultés dans le recours à l'offre de santé au sens large (droits, prévention, soins, accompagnement), le recueil de leur parole est nécessaire pour mieux identifier les obstacles auxquels elles sont confrontées et construire une réponse adaptée dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé.

La participation de l'utilisateur (être acteur de sa santé) est l'un des sept axes stratégiques qui irriguent le PRS. Plus spécifiquement, le PRAPS PRS comporte une action relative au recueil de la parole et des expériences et à l'association des personnes à la conception des actions et programmes, dont la déclinaison couvre quatre axes : des supports d'information adaptés, construits avec les personnes ; une participation à l'évaluation des actions spécifiques ; le développement de modalités de recueil de la parole ; une meilleure connaissance des publics concernés et de leurs besoins.

2.2 Les constats tirés des investigations

La participation des usagers est une préoccupation marquée des politiques sanitaires et sociales, portée par le Ministère au sein des deux réseaux (ARS et cohésion sociale) : une étude a été réalisée par le cabinet Planète Publique, à la demande de la Direction Générale de la Santé, sur cette question. La participation des populations en grande vulnérabilité constitue néanmoins un sujet en soi, qui nécessite sans doute un traitement particulier. L'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) a d'ailleurs publié des recommandations de bonnes pratiques relatives spécifiquement à « l'expression et la participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale » en avril 2008, dont l'introduction pointe, sous forme d'interrogations, les limites et risques pour les personnes relatifs à l'expression et la participation dans ces structures (voir annexe 26 sur les freins et leviers à la participation des personnes en grande vulnérabilité).

- Dynamiques et limites en région

La nécessité d'organiser la participation des usagers remporte l'adhésion de la quasi-totalité des acteurs rencontrés sur le principe, qu'ils la mettent en œuvre ou pas. Le questionnement touche davantage aux modalités de cette association, tant au niveau des établissements que dans l'élaboration des politiques publiques.

20-Au-delà de la perception d'une mise en œuvre inégale, la participation des usagers précaires est une préoccupation largement partagée par les acteurs, au niveau des institutions comme du terrain.

Des impulsions régionales ont été données sur ce thème, par les services de cohésion sociale (à travers une convention avec la Fédération Nationale des associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale - FNARS, notamment) comme par l'ARS en 2011 et 2012. Des colloques ont ainsi été organisés, et des projets de structuration du recueil et de la prise en compte de la parole des usagers ont été lancés (état des lieux des pratiques, organisation d'un forum régional, accompagnement des établissements pour mettre en place des dynamiques participatives, charte régionale de la participation...). Les propos recueillis lors des entretiens mettent toutefois en exergue que ces différents projets n'ont pas tous abouti.

Dans certaines collectivités, la préparation des contrats locaux de santé s'est accompagnée d'un effort particulier de recueil de la parole des habitants (notamment des quartiers de la politique de la ville, mais pas forcément des grands précaires et démunis), pouvant s'appuyer sur des travaux et pratiques antérieures type Ateliers Santé Ville (ASV).

Sur un champ particulier, les Groupes d'entraide Mutuelle (GEM) sont des outils de socialisation, de manifestation de la parole, mais dont l'utilisation directe dans la construction des programmes et politiques n'est pas toujours possible. Par ailleurs, le fait d'intégrer la participation des usagers à la construction ou à l'évaluation des actions dans le cadre des appels à projets est un levier envisagé par l'ARS pour promouvoir la prise en compte de la parole, mais n'est pas encore mobilisé.

21-Des initiatives et des pratiques de participation au plus près du terrain, mais ne débouchant pas systématiquement sur une intégration dans la décision publique.

Au-delà des initiatives – que le présent paragraphe ne résume qu'à grands traits – demeure un problème de visibilité et de partage des pratiques : même si des colloques ont été organisés – avec une actualité riche en 2013, liée notamment au lancement du plan national de lutte contre la pauvreté – les acteurs ont globalement une faible visibilité sur ce que font les autres acteurs sur le sujet.

22-Malgré l'organisation de colloques et une actualité fournie en 2013, une absence de visibilité d'ensemble sur les expériences de participation des usagers précaires.

- La mise en place du Comité Consultatif Régional des Personnes Accueillies ou accompagnées (CCRPA)

La création d'un Comité Consultatif Régional des Personnes Accueillies ou accompagnées (CCRPA) en Pays de la Loire est une avancée significative en matière de recueil de la parole des personnes en grande vulnérabilité. L'annexe 27 retrace les observations faites dans le cadre de l'évaluation sur ce comité.

Né de la rencontre de préoccupations d'acteurs de la région et d'une dynamique nationale, le CCRPA des Pays de la Loire est un lieu d'expression directe des usagers des structures d'accueil social. Son cadre de fonctionnement garantit la libre expression du point de vue des usagers, propice à l'expression de leurs attentes vis-à-vis des politiques publiques. De création récente (mise en place le 20 juin 2012), il connaît encore des enjeux de diversification et de renforcement de la représentation des usagers dans la composition du CCRPA.

Les services de cohésion sociale travaillent en lien avec les associations porteuses pour améliorer l'articulation avec la définition des politiques (forme et destination des comptes-rendus, groupe de travail d'usagers volontaires). En revanche, si les services de l'ARS participent au CCRPA, l'articulation avec les processus de définition des politiques de santé en région et les instances de la démocratie sanitaire n'est pas encore stabilisée.

23- Une articulation du CCRPA avec les instances de concertation et de décision des politiques de santé qui n'est pas encore clarifiée, posant la question de l'usage fait de cette parole et de la manière dont elle est répercutée auprès des pouvoirs publics.

- La parole des usagers en grande vulnérabilité dans les instances de démocratie sanitaire et sa prise en compte dans la construction des politiques et programmes publics

L'association des usagers est rare au niveau des programmes et politiques, mais se manifeste plus dans la mise en œuvre d'actions ciblées ; dans ces cas là, la notion de participation renvoie davantage, semble-t-il, à une adaptation pragmatique du discours, d'un choix de thèmes (« *les écouter et ne pas s'obstiner sur ce qui ne les intéresse pas* »), à ce qui ressort de l'expression des usagers, et non à une volonté de recueillir cette parole pour la porter dans un cadre de politique publique.

24- Aucune association spécifique des populations en grande vulnérabilité à la construction des programmes et politiques de santé.

La prise en compte de la parole, dans des instances en charge d'élaborer les politiques publiques, peut poser la question de la représentativité des personnes qui y siègent. Les populations en grande vulnérabilité forment une catégorie hétérogène, peu ou pas structurée en associations d'usagers. Par ailleurs, comme elles sont définies par des catégories administratives, d'autres clivages peuvent intervenir au sein même de ces populations, rendant délicate la question de la représentativité : les gens du voyage, par exemple, forment une catégorie administrative, mais cette population est traversée par des clivages sociaux (en termes de ressources, notamment) similaires à ceux qui existent dans la population générale.

25- Une hétérogénéité et une faible structuration associative des populations en grande vulnérabilité constituant une difficulté pour identifier des interlocuteurs « représentatifs » à même de porter leurs paroles dans les circuits de décision des politiques de santé.

Par l'association des usagers à la construction des politiques, l'ARS souhaite développer des politiques de santé adaptées à la réalité de leurs besoins. Plusieurs éléments sont toutefois à prendre en compte (voir développement en annexe 26 du rapport) : un cadre réglementaire qui ne prévoit pas explicitement la participation directe de ces usagers aux instances de démocratie sanitaire ; des conditions d'existence matérielle, sanitaires et psychologiques des populations les plus vulnérables pouvant constituer des freins à leur participation à la décision publique, voire faire de celle-ci une contrainte supplémentaire (« injonction » de participation) ; l'enjeu, enfin, pour garantir la participation des usagers dans la durée, d'un retour d'information sur les suites données (« *on leur demande beaucoup, mais qu'ont-elles à y gagner ?* »).

- La participation dans les établissements relevant de la loi 2002-2

La loi 2002-2 et les textes en dérivant organisent la participation des usagers au fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux. Tenant compte de leurs particularités, la loi n'impose pas aux établissements et services à destination des populations en grande vulnérabilité⁵ la création d'un conseil de vie sociale, et prévoit des modalités adaptées de participation.

Les institutions et fédérations ont une vue parcellaire des pratiques des institutions sociales et médico-sociales en matière de recueil de la parole des personnes. Le sentiment dominant est que la mise en œuvre des dispositions de la loi 2002-2 est inégale.

Il ressort des entretiens menés et de l'enquête SOLEN réalisée par l'équipe d'évaluation que des pratiques adaptées sont mises en place dans les structures sociales et médico-sociales, même si c'est sous des formes et à des degrés divers. Tous les répondants à l'enquête SOLEN – représentant 39% des établissements recensés - ont mis en place au moins une forme de participation, perçue comme un outil de consultation plutôt que de co-décision, et parfois des formes intégrées (santé communautaire). La préférence de certains usagers pour l'informel a parfois été évoquée. Les entretiens menés attestent cependant que la participation n'est pas généralisée dans tous les établissements sociaux et médico-sociaux. L'enquête SOLEN montre par ailleurs que la participation des usagers, y compris dans des structures à vocation sociale, est un lieu d'évocation des questions de santé, avec des effets perçus sur le comportement des usagers, même s'ils sont moindres sur les démarches de prévention que sur les démarches de soins ou de droits.

26-Une mise en œuvre significative de formes de participation dans certaines catégories de structures (CHRS, CADA, CAARUD, CSAPA), cherchant à s'adapter aux caractéristiques du public accueilli, notamment par un assouplissement du cadre ; les formes de participation sont vécues en majorité comme des outils de consultation.

27-Une organisation de la participation dans les établissements sociaux et médico-sociaux qui n'est cependant pas systématique.

- La participation dans des structures ne relevant pas de la loi 2002-2

Les structures investiguées (Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation - CASO de Médecins du Monde, centres d'examen de santé de l'assurance maladie, structures de veille sociale et de SAMU social) ont en commun des modalités d'intervention peu compatibles avec une participation au long cours des usagers. Si toutes ne l'ont pas fait, certaines ont développé des modalités de participation adaptées : recueil individuel de la parole ou questionnaires de satisfaction ou de recensement des besoins. Les enquêtes de satisfaction apparaissent comme un outil de participation permettant de composer avec la durée limitée de présence des usagers, mais nécessitent parfois un accompagnement du public.

Par ailleurs, plusieurs associations ont développé une intégration des usagers au fonctionnement associatif lui-même, sous des formes et à des degrés divers : de la rencontre du conseil d'administration avec les usagers à la notion d'usager-acteur.

28-Une prise en compte de la parole des publics dans les structures ne relevant pas de la loi 2002-2 qui doit composer avec des modalités d'exercice ne permettant pas de participation collective ou formalisée.

⁵ Établissements visés au 8° et 9° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles

- Le recueil de la parole chez les gens du voyage

Les investigations menées indiquent que les gens du voyage – catégorie administrative n’incluant pas les Roms et recouvrant des situations socialement hétérogènes– ne présentent pas des problématiques et des pratiques d’opérateurs très différentes des autres populations en grande vulnérabilité en termes de participation, même si certains traits (place du groupe familial, notamment) sont à prendre en compte. Ainsi se retrouvent chez les gens du voyage : le préalable de la confiance et l’importance des acteurs relais, les questions de représentativité, un recueil de la parole en matière de santé procédant davantage d’une recherche d’adéquation des actions de terrain à l’intérêt des personnes qu’à une association à la définition de politiques de santé.

A noter que, parmi les actions menées par l’ARS, seul un programme visant spécifiquement les gens du voyage a été identifié. Le programme territorial de santé de la Sarthe comporte une action « Mettre en place un programme de santé globale adapté aux gens du voyage ». Si, à ce jour, ce programme n’est pas formalisé par écrit, une coordination des acteurs concernés⁶ est en place et des actions sont déployées. Cette action a été menée sur la base d’un double diagnostic : l’un par la CPAM de la Sarthe (à visée plutôt épidémiologique), l’autre par un questionnaire administré aux gens du voyage par une animatrice.

Dans le cadre des schémas départementaux d’accueil des gens du voyage, sous la responsabilité des Préfets et des Présidents de conseil général, des commissions consultatives sont constituées qui associent notamment **des représentants des gens du voyage et des associations intervenant auprès d’eux**. Si l’existence de commissions consultatives associant les usagers paraît constituer un outil intéressant pour recueillir la parole, la régularité de leurs réunions est perçue comme un facteur important. Le mode de vie particulier des voyageurs ne permet pas toujours leur présence au sein de ces instances, même si elles sont programmées à l’avance (les voyageurs peuvent être amenés à se déplacer hors département pour des raisons professionnelles ne pouvant être anticipées). **Tous les schémas comportent un volet santé, plus ou moins développé, dont le contenu semble avoir été déterminé davantage** par les constats des associations et institutions accompagnant les personnes que par les gens du voyage eux-mêmes. L’ARS n’a pas été associée directement à la rédaction de ces schémas (en précisant que leur prise d’effet s’étale, selon les départements, de 2009 à 2012) et elle n’est pas représentée dans les commissions consultatives (la loi ne le prévoit pas). A noter cependant que le schéma de Maine-et-Loire prévoit l’articulation avec l’ARS pour le déploiement de certaines actions de prévention dans une logique d’aller vers, et fait référence au PRAPS.

29- Une seule action menée sous l’égide de l’ARS, en Sarthe, concerne spécifiquement les gens du voyage ; la parole des usagers a été recueillie et prise en compte pour construire cette action.

⁶ Autour de l’association Voyageurs 72 siègent des élus des communes comportant des aires de stationnement, des représentants de la circonscription spécialisées « gens du voyage et personnes sans résidence stable » du conseil général de la Sarthe, la CPAM, la DDCS et des acteurs de la politique de la ville

3. FORMALISER UN ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUEL ADAPTE ET SELON LES CAS, IDENTIFIER UNE PERSONNE POUR COORDONNER LES INTERVENTIONS ET LES ACTEURS

3.1 La problématique

Le parcours de santé d'une personne en grande vulnérabilité se compose, comme pour toute personne, de quatre grandes phases, qui se complètent, interagissent et se réactualisent le long de la vie : le repérage de ses problèmes de santé, l'évaluation de ses besoins amenant à la mise en place d'un plan de suivi (prévention, soins, accompagnement médico-social), le suivi proprement dit de la personne, lequel peut être émaillé de périodes de rupture, et enfin l'accompagnement social s'inscrivant dans son parcours de vie (logement, emploi, insertion sociale,...). Peu importe la porte d'entrée qu'emprunte la personne, les aspects sanitaires et sociaux doivent être pris en compte, au même niveau, dans la trajectoire de cette personne. La nécessité de régler les problèmes de logement avant ou en même temps que les problèmes de santé est souvent mise en avant dans la littérature.

Un projet de modélisation des parcours de personnes en grande vulnérabilité est présenté en annexe 28, s'appuyant notamment sur des travaux de l'ARS Bourgogne et sur l'analyse des enquêtes de l'ESO et de Planète Publique réalisées pour cette évaluation.

Le PRAPS-PRS cible la médiation et les personnes relais comme une solution pour faciliter l'entrée et le maintien dans un système de santé souvent incompréhensible pour des personnes en situation de précarité. La possibilité de s'appuyer sur un intermédiaire crée nécessairement du lien entre les différents dispositifs (droits, prévention et soins), les institutions et les personnes. L'objectif est de proposer à chaque personne un accompagnement personnel et spécifique par l'intermédiaire d'une personne désignée (médiateur, pair, aidant, référent...).

L'identification de filières d'accompagnement et de prise en charge doit oeuvrer à la fluidité des parcours. Toute personne, quelle que soit sa situation présente, doit pouvoir recourir au système de prévention, d'accompagnement et de soins.

Le partage de l'information entre professionnels doit être facilité dans le cas de parcours pouvant être chaotiques.

3.2 Les constats tirés des investigations

- Les populations concernées

L'ARS, lors de l'élaboration du Projet Régional de Santé, a voulu élargir le champ de sa politique vis-à-vis des populations en grande vulnérabilité, en évoluant d'une politique axée sur la grande précarité à celle basée sur la réduction des inégalités sociales de santé.

Dans les faits, compte tenu des impératifs en termes de délais et de contenu des orientations nationales pour élaborer le PRAPS, les actions de l'ARS se sont cependant plus polarisées sur des populations identifiées et catégorisées qu'elles ne se sont centrées sur les situations génératrices d'inégalités sociales de santé. La politique de l'ARS est restée de ce point de vue fidèle aux politiques précédentes, dans la continuité des actions visant certains publics identifiés et priorisés (publics les plus précaires dans les faits), même si de nouvelles populations considérées comme moins précaires ont été ciblées.

Ni l'ARS, ni les services de cohésion sociale n'ont élaboré de modélisation de parcours de personnes en grande vulnérabilité. Les différents outils spécifiques mobilisables pour accompagner les parcours souvent chaotiques des personnes en grande vulnérabilité n'ont pas fait l'objet d'un recensement par l'ARS, que ce soit en termes de typologie, de répartition ou de positionnement dans les parcours de santé de ces personnes.

30-Une politique de santé publique encore très centrée sur la question de la santé des plus précaires, avec un PRAPS-PRS à mi-chemin entre la lutte contre l'exclusion et la réduction des inégalités sociales de santé, plus axé sur des groupes populationnels et des dispositifs que sur des situations de vie et de santé.

La problématique du vieillissement des personnes en grande vulnérabilité (vieillesse d'ailleurs prématuré) commence à se poser, notamment chez les personnes à la rue ou hébergées en structure sociale ou médico-sociale. Un double phénomène convergent est constaté : « *les précaires vieillissent et les vieux se précarisent* ».

31-Un vieillissement de la population en grande précarité qui interpelle la question de l'hébergement et de l'accompagnement de ces populations, y compris en EHPAD.

A l'opposé, la problématique des jeunes en errance cumulant des problèmes addictifs et de santé mentale préoccupe de plus en plus d'acteurs, en particulier sur Nantes. Ces jeunes ne sont généralement pas demandeurs de soins et sont même plutôt dans le refus.

32-L'errance de jeunes cumulant de nombreuses difficultés et peu sensibles aux questions de santé, une préoccupation grandissante des acteurs.

Enfin, l'augmentation du nombre de migrants ces dernières années en région des Pays de la Loire a bousculé, au-delà de ce qui était prévisible, la composition des files actives de nombreux acteurs. Cette population migrante n'est pas homogène, que ce soit en termes de statuts, de droits ou d'état de santé.

33-La part croissante de migrants modifiant les files actives habituelles de nombreux acteurs et présentant des profils très divers.

L'émergence de nouvelles problématiques de santé (poly pathologies souvent chronicisées, incluant fréquemment des troubles de santé mentale, accompagnement de fins de vie...) complexifie les situations auxquelles sont confrontés les professionnels de santé et du social et modifie leurs pratiques.

- L'accès financier aux professionnels de santé

L'offre médicale en secteur 1, en Pays de la Loire, a pu être appréhendée au niveau des territoires de santé. Les données, issues des bases de données de l'assurance maladie, décrivent la situation au 1^{er} mai 2013. Le tableau complet figure en annexe 29 du présent rapport.

34-Des disparités significatives du taux de médecins en secteur 1 selon les spécialités et les territoires.

En ce qui concerne le recours aux dépassements d'honoraires, la région Pays de la Loire a pu être caractérisée ainsi, comparativement à ce qui peut exister par ailleurs :

- un niveau de dépassements d'honoraires modéré ;
- une concentration sur quelques spécialités des comportements abusifs ;
- un faible nombre de professionnels de santé concernés.

S'agissant des refus de soins concernant les bénéficiaires de la CMU, il a été indiqué au cours des entretiens que les signalements aux conciliateurs des régimes d'assurance maladie étaient très marginaux, même si la situation ne paraît pas uniforme au niveau régional.

35-L'absence de problèmes majeurs de dépassements d'honoraires et de refus de soins repérés en Pays de la Loire.

- L'accès au premier recours

La reconstruction de l'arbre des objectifs (cf. annexe 6) visant la santé des personnes en grande vulnérabilité au sein du PRS n'a pas permis de retrouver d'objectifs spécifiques de schémas reliés à l'orientation stratégique de la proximité organisée.

D'ailleurs, l'ARS n'a pas, sauf pour des actions ponctuelles, pu investir le champ du premier recours sur ce thème, devant consacrer l'essentiel de ses actions aux problèmes de démographie médicale et de continuité des soins sur certains territoires de la région. L'ARS n'a pas engagé d'impulsion stratégique sur le sujet, pas plus qu'elle n'a mis en place de facilités financières pour que les professionnels de santé du premier recours soient aidés et incités à prendre en charge des populations en grande vulnérabilité.

36-Le premier recours, un secteur peu investi par l'ARS sur les questions de précarité, sans aide financière facilitatrice spécifique repérée (hormis le contrat FIR passé avec une MSP d'Angers).

Il n'y a pas, à titre d'exemple, d'organisation formalisée entre les acteurs du premier recours et les dispositifs sociaux (PASS, SAMU sociaux...).

Une enquête téléphonique flash menée auprès de 25 médecins généralistes des communautés de communes de Saumur, Mayenne et Fontenay-le-Comte a révélé que quasiment tous les médecins contactés ne connaissaient pas les PASS (cf. annexes 17-18).

37-Un premier recours aujourd'hui peu structuré pour répondre aux besoins et aux demandes des personnes en grande vulnérabilité, à la fois peu articulé avec le secteur social (PASS et assistantes sociales).

Les Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) se sont encore peu développées en zone urbaine et encore moins en zone urbaine sensible. La MSP des Hauts de Saint-Aubin à Angers fait figure de projet d'exception dans la région.

Les divers acteurs rencontrés, quelle que soit leur origine, s'accordent pourtant à penser que le modèle des MSP ou des pôles de santé pluri-professionnels (PSP), sur la base d'une prise en charge pluri-professionnelle (en associant étroitement les acteurs de santé et du social) est de nature à répondre aux besoins et aux caractéristiques des personnes en grande vulnérabilité, pour leur assurer une prise en charge globale coordonnée. Les centres de santé peuvent représenter aussi un modèle pouvant s'intégrer dans la réflexion régionale sur la prise en charge des personnes en grande vulnérabilité.

38-Les Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP), un modèle pour une prise en charge globale des patients, surtout développé en zone rurale mais très peu dans les zones urbaines et notamment dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

L'organisation du système de santé, et du premier recours en particulier, apparaît peu lisible et peu accessible pour les personnes en grande vulnérabilité. C'est le constat établi par des professionnels en contact avec les personnes en grande vulnérabilité et par les personnes elles-mêmes qui ont pu s'exprimer pendant cette évaluation.

39- Une demande d'information plus compréhensible sur l'offre de soins par les personnes en grande vulnérabilité.

Le sujet de la formation médicale a souvent été questionné par les acteurs rencontrés. Les modalités de la formation initiale des médecins commencent pourtant à être adaptées pour mieux prendre en compte la nécessité d'une prise en charge médico-psycho-sociale. Par ailleurs, aucune formation pluri-professionnelle au bénéfice des acteurs du premier recours n'a pu être retrouvée en 2012-2013 sur les thèmes addictions-précarité ou habitat-santé, comme cela avait été envisagé.

40- Un champ de la formation continue des acteurs du premier recours sur les questions de grande vulnérabilité et sur les liens santé-social restant à investir.

- L'accès aux soins spécialisés en établissement

Des éléments d'information sur ce sujet figurent en annexe 30. Les principaux constats sont les suivants : les fonctions de repérage de la précarité ne sont pas diffusées dans tous les établissements ; l'accès à la psychiatrie demeure souvent difficile, malgré des progrès constatés avec la mise en place des équipes mobiles psychiatrie précarité.

- La coordination des acteurs

Il n'existe pas de réseau santé précarité identifié en région (un réseau santé-précarité en Loire Atlantique a été autrefois financé avant la création de l'ARS) et il y a peu de prise en compte des populations en grande vulnérabilité dans les réseaux existants et financés par l'ARS, à la connaissance de cette dernière.

41- Des réseaux de santé financés par l'ARS peu investis sur la problématique des personnes en grande vulnérabilité, hormis les réseaux d'addictologie.

Les échanges d'information entre professionnels de santé et professionnels du social ont été rapportés comme assez souvent difficiles.

Pourtant, les travailleurs sociaux souhaiteraient au moins connaître la dangerosité potentielle de certains de leurs résidents, sans pour autant vouloir, bien évidemment, connaître leurs diagnostics médicaux notamment psychiatriques.

42- L'organisation d'un partage des informations à caractère sanitaire qui n'a pas fait l'objet d'une réflexion régionale approfondie.

La Fédération Addiction et la FNARS mènent actuellement, dans le cadre d'une convention DRJSCS/FNARS de 2013, un travail commun visant, d'une part, à repérer les pratiques de partenariat

et d'accompagnement intersectoriel, à les analyser et mettre en exergue les enseignements à en tirer et, d'autre part, à former les professionnels du travail social de son réseau. Les acteurs de l'addictologie rencontrés évoquent le manque de chef d'orchestre de la prise en charge de leurs patients, alors qu'une prise en charge globale est nécessaire, mobilisant à la fois des ressources internes et externes.

Concernant les jeunes, les Maisons des Adolescents (MDA) ont été citées comme des modèles intéressants de coordination des acteurs sur un territoire pour une prise en charge globale, d'autant plus si la MDA, à l'exemple de la Loire-Atlantique, délocalise ses actions au plus près des lieux de vie des adolescents.

Les Services Intégrés de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO) sont des dispositifs de mise en réseau des structures d'accueil, d'hébergement, d'insertion et d'accès au logement des personnes sans abri, risquant de l'être ou mal logées. Présents dans chacun des départements, ils ont des fonctionnements différents, mais s'appuient sur des commissions partenariales d'orientation réunissant à la fois des acteurs institutionnels, des acteurs de la santé, du social et du médico-social. Ces commissions sont l'occasion de décloisonner les pratiques, les situations les plus complexes comportant toujours des problèmes de santé, le plus souvent liés à la santé mentale et aux addictions. Par ailleurs, il y a des commissions de suivi et de pilotage des SIAO, qui associent les institutions concernées ; il est regretté que l'ARS ne soit pas plus présente dans ces dernières commissions.

- L'accompagnement des personnes en grande vulnérabilité

Les exemples d'accompagnement sont nombreux dans la région (voir annexe 31). Une difficulté mise en avant est la différence des temporalités adoptées par les bénéficiaires des accompagnements, les professionnels de terrain et les services administratifs.

43-Des actions d'accompagnement identifiées en région portées par des acteurs très divers, sous des formes très diverses, le plus souvent en continuité d'actions anciennes, et généralement soutenues par l'ARS, sans clarification des différents types d'accompagnement possibles.

Les acteurs souhaiteraient que l'on s'inspire des modalités de prise en charge des personnes âgées pour proposer des modèles d'accompagnement des personnes en grande vulnérabilité, autour de trois niveaux de gradation de la coordination selon la complexité de la situation :

- En premier niveau, coordination par un médecin traitant isolé, ou mieux au sein d'une MSP ;
- En second niveau, coordination par une plateforme de services pour coordination d'appui (ce peut être un ACT ou un CSAPA par exemple) ;
- Enfin, pour les situations les plus complexes, coordination par un gestionnaire de cas (avec quelques dizaines de personnes), fonction qui serait à formaliser, en prenant appui par exemple sur l'expérimentation du SIAO 72 et sur les EMPP.

44-La proposition fréquente d'un modèle d'organisation de l'accompagnement personnalisé proposé sur le modèle des personnes âgées dépendantes vivant avec la maladie d'Alzheimer, défini selon 3 niveaux de gradation de coordination, pour articuler les professionnels de santé, du médico-social et les travailleurs sociaux.

Seules les associations Santé Migrants Loire Atlantique (ASAMLA) et Promotion et Intégration dans la Région d'Angers (APTIRA) sont repérées en région pour pouvoir apporter des réponses structurées en interprétariat médical. Mais ces associations soutenues par l'ARS interviennent dans seulement deux départements et principalement dans les CHU. L'interprétariat médical n'est pas organisé au sein du premier recours.

Pour les cas impérieux, il peut être fait appel une société commerciale (mais le coût des prestations téléphoniques est jugé très élevé, impossible à prendre en charge par des médecins libéraux).

Pourtant, l'interprétariat médical et social, visant à renforcer au final le libre choix et l'autonomie des migrants dans les décisions qu'ils prennent au regard de leur santé et de leur situation sociale, s'inscrit bien dans les objectifs de la première orientation stratégique du PRS (la personne au cœur des préoccupations du système de santé).

Les frontières entre interprétariat et médiation socioculturelle sont mal définies en termes de besoins par les acteurs.

Des actions de traduction de documents ont été identifiées, mais elles sont relativement isolées et autonomes et ne couvrent pas tous les domaines de la santé.

45-Des difficultés pour accéder à un interprétariat médical dans tous les champs de la santé, malgré un soutien apporté par l'ARS à deux associations.

- La prise en charge sanitaire en structure sociale et les besoins en structures médico-sociales

Ni l'ARS, ni les services de cohésion sociale ne disposent d'un recensement précis des professionnels de santé salariés au sein des différentes structures sociales. L'enquête SOLEN réalisée auprès des établissements sociaux apporte quelques éléments d'information à ce sujet : par exemple, un tiers des établissements disposent d'un infirmier (cf. annexe 15).

Des structures sociales rencontrées se plaignent de contacts trop rares avec l'ARS. Pour elles, l'ARS aurait pourtant toute la légitimité pour favoriser le lien entre elles et les professionnels de santé, avec lesquels elles disent qu'il est parfois difficile de collaborer.

Pour certains acteurs rencontrés, la présence de points santé accolés à une structure sociale avec une présence infirmière, une intervention de psychologue et des consultations médicales représente un modèle de prise en charge. Dans ce cadre, un nouveau métier infirmier pourrait être créé pour à la fois assurer de la médiation, la formation des personnels et de l'accueil en point santé.

Pour d'autres acteurs, il conviendrait de « sanitariser » la plupart des structures sociales, au-delà même de ce qui existe actuellement. Il pourrait y avoir une médicalisation des structures sociales et notamment des CHRS : idée de médecin coordonnateur pour pouvoir parler de médecin à médecin et ainsi résoudre les difficultés d'accès aux médecins libéraux (comme en EHPAD).

46-Des divergences de vue entre les acteurs de terrain sur les modalités d'organisation et d'intervention de professionnels de santé au bénéfice des résidents hébergés dans des structures sociales.

Des restrictions budgétaires sont susceptibles de remettre en cause la présence de professionnels de santé salariés (infirmiers, psychologues) au sein des structures sociales ; elles interpellent actuellement le rôle et la répartition des financeurs.

Deux types d'établissements médico-sociaux concernant les personnes confrontées à des difficultés spécifiques, relèvent du strict champ de la précarité : les Lits Halte Soins Santé (LHSS) et les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT). Des besoins ont été rapportés pour créer ou renforcer certaines structures médico-sociales (LHSS-LAM-ACT), mais on constate l'absence de pilotage régional fort sur ces dispositifs. Un état des lieux figure en annexe 32.

4. AMELIORER L'ACCES AUX DROITS, A LA PREVENTION ET AUX SOINS EN HARMONISANT LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Le présent chapitre est consacré à l'accès aux droits des populations en grande vulnérabilité : l'accès à la prévention est traité dans le chapitre 5, l'accès aux soins dans chapitre 3. Par souci de cohérence, néanmoins, les constats relatifs aux PASS sont pour l'essentiel regroupés ici.

4.1 La problématique

Plusieurs dispositifs permettent aux personnes en grande vulnérabilité d'accéder à une couverture sociale, de base et complémentaire : AME, CMU, CMU-C, ACS. Pour autant, l'accès des personnes en grande vulnérabilité à ces dispositifs n'est pas encore systématique.

Pour les personnes en bénéficiant, ils ne suffisent pas toujours à garantir l'accès aux soins, pour des raisons inhérentes au système (niveau de reste à charge demeurant élevé dans certains domaines, démographie ou pratiques tarifaires des professionnels de santé) ou à la personne elle-même (difficultés culturelles, relation au temps, blocage psychologique...).

Plusieurs objectifs du Projet Régional de Santé, en déclinaison de l'axe stratégique relatif à la mobilisation pour réduire les inégalités de santé, concernent cette dimension. Ainsi, l'objectif 16 du schéma régional de l'organisation médico-sociale prévoit d' « Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les réintégrer dans un système de droit commun » ; l'objectif 13 du schéma régional de prévention vise à « Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité » ; quant au schéma régional d'organisation des soins, il prévoit de « Garantir dans chaque territoire l'accès, par spécialité, à une offre au tarif opposable » (objectif 28) et d' « Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun » (objectif 30). Spécifiquement, l'action 3 du PRAPS propose d' « Améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins en harmonisant les pratiques professionnelles » ; les activités concernant l'accès aux droits visent l'existence d'un contact au sein de l'assurance maladie par territoire de santé pour débloquer certaines situations, la simplification des démarches de demandes de droit, la promotion de permanences des CPAM au plus proches des populations, le soutien à l'amélioration des pratiques et à leur harmonisation au sein des PASS par l'action de la coordination régionale.

4.2 Les constats tirés des investigations

- Le rôle des PASS dans l'accès aux droits et aux soins

La circulaire du 18 juin 2013⁷ rappelle que les travaux de la conférence nationale de la pauvreté et de l'inclusion sociale ont abouti à réaffirmer la pertinence des PASS des établissements de santé pour faciliter l'accès au système de santé et la prise en charge des personnes en situation de précarité. Elle souligne néanmoins la nécessité d'améliorer le fonctionnement des PASS en harmonisant les prestations qu'elles assurent, dans un contexte où le public accueilli a changé. Son annexe 1, destinée à recadrer la définition et le rôle des PASS polyvalentes, comporte un référentiel incluant une définition des PASS (ce document est reproduit en annexe 21 du présent rapport).

Les PASS sont donc identifiées comme un levier important en termes d'accès aux droits et aux soins des personnes en grande vulnérabilité ; c'est également l'un des leviers sur lesquels l'ARS dispose du poids le plus significatif dans ce domaine via sa mission de régulation de l'offre hospitalière.

Les résultats de l'enquête menée dans le cadre de l'évaluation (cadre national de la circulaire susvisée et cadre construit pour l'évaluation – voir annexe 20) sont présentés en annexe 19. Les commentaires

⁷ Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des PASS
ARS Pays de la Loire – Évaluation intermédiaire du Projet Régional de Santé – Santé des Populations en Grande Vulnérabilité - juin 2014

qui en sont faits sont complétés d'éléments qualitatifs issus d'entretiens menés dans le cadre de l'évaluation, ainsi que des résultats d'une enquête téléphonique « flash » réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes.

Le décompte du nombre de PASS dans la région est variable : 17 établissements de santé bénéficient d'un financement spécifique au titre des crédits hospitaliers ciblés « missions d'intérêt général » pour des PASS, mais le site de la coordination régionale des PASS identifie un site supplémentaire. A noter que certains établissements accueillent à la fois une PASS généraliste et une PASS spécialisée (psychiatrie). Il y a trois à quatre PASS par département.

La composition des équipes, telle qu'elle ressort de l'enquête, varie d'un site à l'autre, en qualifications et en nombre d'équivalents temps plein : à titre d'exemple, si 15 des 17 PASS répondantes indiquent la présence de personnel social, les ETP varient de 0,15 à 4 selon les sites.

Le ratio " Nombre de patients accueillis à la PASS au moins une fois en 2012 / Nombre d'ETP " présente une variation assez importante : par exemple, ce ratio pour le personnel social et médical varie de 33 à 509 usagers par ETP, avec une valeur médiane de 176.

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

47-Une composition et un volume des équipes des PASS variable d'un site à l'autre, sans nécessairement de rapport de proportionnalité avec la file active déclarée.
--

La seule prestation proposée par toutes les PASS répondantes est l'accès aux médicaments possible sans frais (pour 15 PASS sur 16 répondant à cet item, il est déclaré possible jusqu'à obtention des droits). L'entretien social systématique est proposé dans la plupart des PASS, mais pas toutes. Cependant, dans la mesure où les PASS présentent l'ouverture des droits comme leur principale activité en matière d'accès au droit commun, il faut probablement comprendre que l'entretien social n'est pas systématique à chaque passage, mais peut l'être pour chaque patient. Enfin, la prestation la moins proposée est la consultation dentaire sans frais (seulement 9 PASS sur 17).

Dans leur rôle d'accès aux soins, les PASS de la région offrent donc une proposition hétérogène. La circulaire du 18 juin 2013 précitée ne pose cependant pas le principe d'une gratuité généralisée des consultations, précisant seulement qu'elles peuvent être gratuites.

L'accès à la couverture sociale (de base et complémentaire) est la première mission des PASS en matière d'accès au droit commun, dans la définition qu'elles en donnent comme dans leur pratique. Les PASS ne sont pas le seul acteur accompagnant les personnes en grande vulnérabilité dans l'accès aux droits : en amont des organismes d'assurance maladie eux-mêmes, une large diversité d'opérateurs (associatifs ou publics) y contribue, et certains indiquent que c'est l'une des premières démarches que fait tout travailleur social lorsqu'il accompagne une personne précaire. La spécificité des PASS est sans doute, à l'occasion d'une démarche de soins des personnes, de vérifier l'existence de droits sociaux et de l'assurer si nécessaire. Un organisme de sécurité sociale a pu souligner que la demande de couverture maladie des publics en grande vulnérabilité s'inscrit souvent dans l'urgence, en cas de soins imminents. La PASS, implantée auprès d'un lieu de soins urgents, dispose ainsi d'un positionnement privilégié pour recueillir et traiter les demandes d'accès aux droits.

48-L'accès aux droits : premier rôle des PASS en matière d'accès au droit commun, dans leur représentation de leur mission comme dans leur pratique.

Les autres éléments de la définition de l'accès au droit commun ne sont pas partagés. L'accès à un médecin généraliste est un critère pris en compte de manière inégale, et il n'existe pas de données

permettant de s'assurer que les anciens usagers de la PASS sont effectivement suivis en médecine de ville. Dans la conception de l'accès au droit commun des PASS comme dans leur pratique, l'accompagnement vers la médecine de ville se situe le plus souvent au quatrième rang, derrière l'accès à la couverture sociale et au logement.

49-L'accompagnement vers la médecine de ville : une mission très variablement investie par les PASS, et qui ne fait pas consensus.

Les PASS ne sont pas toutes en mesure, et pas toutes avec la même précision, d'indiquer la part de leurs patients disposant d'un médecin traitant. Ce critère a pu être jugé insuffisant car une personne peut avoir un médecin traitant, mais ne le consulter pratiquement jamais. S'agissant des motifs de recours à la PASS des patients ayant un médecin généraliste, 10 PASS ont mentionné l'existence d'une problématique sociale associée ; d'autres ont également mentionné l'indisponibilité du médecin de ville. Pour certaines PASS, un patient qui s'y présente alors qu'il a un médecin traitant exerce un recours inadéquat et, sauf s'il est très marginalisé, il est ré-adressé vers le droit commun. L'organisation de la PASS (notamment la présence d'un praticien identifié) est jugée déterminante à la fois pour accompagner le patient vers un médecin de ville et pour suivre le relai pris par la médecine de ville.

50-Une connaissance inégale et généralement peu précise des PASS sur l'inscription des usagers primo-consultants auprès d'un médecin traitant.

La vocation transitoire de la PASS semble partagée parmi les PASS de la région. Le ratio " Nombre de nouveaux consultants dans les PASS / Nombre de personnes accueillies dans les PASS " présente une valeur régionale de l'ordre de 66%. C'est donc le tiers des consultants à la PASS qui la fréquentent de manière itérative. Cet indicateur marque clairement que le recours à la PASS n'est pas, pour partie des cas, un passage unique. A l'inverse, il serait hâtif de considérer qu'un patient ne recourant plus à la PASS est automatiquement usager de l'offre de droit commun. Il a ainsi été observé qu'une partie du public historique des PASS (personnes SDF) ne se présente plus, sans pour autant qu'elle fasse appel à l'offre en médecine de ville, ou à d'autres dispositifs. Des indices convergents indiquent que ce public SDF n'est d'ailleurs plus vu par nombre d'acteurs rencontrés.

La compréhension du ratio susvisé implique une analyse de la durée d'accompagnement. Celle-ci peut atteindre 6 mois, pendant lesquels certains patients peuvent consulter 5 fois à la PASS. Elle dépend parfois moins de la PASS elle-même que du temps nécessaire pour établir l'accès aux droits. Pour les migrants, par exemple, l'accès à la couverture sociale est à la fin d'un processus passant par la domiciliation et l'obtention d'un récépissé préfectoral de demande de séjour, procédures dont les délais d'instruction tendent à augmenter dans certains territoires (où la seule domiciliation peut prendre de trois à six semaines). L'absence d'alternative de soins en l'absence de couverture sociale amène les PASS à poursuivre les soins aux personnes. D'une manière générale, parmi les obstacles à l'accès au droit commun des usagers, les plus citées par les PASS sont les difficultés liées aux procédures administratives ou à une situation administrative ne permettant pas l'ouverture des droits ou l'absence de couverture sociale (y compris complémentaire).

La majorité des PASS ont mené des actions destinées à améliorer leur visibilité auprès des professionnels du champ social et estiment en être connues. En revanche, seule une minorité de PASS (24% environ) a mené de telles actions vis-à-vis des professionnels de santé de ville, et les trois quarts s'estiment peu ou pas connues d'eux. Cette dernière donnée apparaît corroborée par l'enquête téléphonique menée par l'équipe d'évaluation auprès d'un échantillon de médecins généralistes : même si le nombre de réponses est sans doute insuffisant pour généraliser le constat, la proportion de médecins répondants identifiant la PASS s'est avérée extrêmement marginale.

51-Une faible visibilité des PASS en médecine de ville.

Plus généralement, l'investissement des PASS dans les actions extérieures à leur établissement d'implantation est inégal : la plupart déclarent des partenariats extérieurs à l'établissement, mais elles sont beaucoup moins nombreuses à avoir dispensé des formations à l'extérieur sur l'accueil et la prise en charge des patients précaires. La moitié a participé en 2012 à une activité en réseau sur le thème santé et précarité, mais 60% des PASS indiquent avoir participé à moins de 4 réunions avec des entités ou partenaires extérieurs à l'établissement en 2012. A l'inverse, dans certains territoires (Nord Mayenne), les professionnels de la PASS sont identifiés comme des référents de l'accès aux droits et aux soins des personnes vulnérables par un large spectre de partenaires locaux.

L'identification des PASS par le public apparaît perfectible car la présentation du service sur des supports de diffusion destinés au grand public (site Internet ou documents) ne concerne que deux tiers d'entre elles, et seules 30% d'entre elles font état d'une signalétique spécifique dans l'établissement. Les entretiens menés soulignent que cette identification est facilitée par l'existence de locaux dédiés accueillant l'ensemble des prestations (sociales et médicales) de la PASS par une équipe spécifique. Ce modèle n'est peut être pas nécessaire partout, le plus important étant que les fonctions dévolues à la PASS (à la fois médicales et sociales) soient effectivement assurées par l'établissement.

L'harmonisation des pratiques des PASS est un enjeu fort de la création de la PASS régionale (l'annexe 33 synthétise les observations relatives à la coordination régionale des PASS).

Le premier rôle joué par la PASS régionale, suite à sa création en 2010, a été de rappeler le cadre d'intervention commun des PASS. Ce n'est qu'ensuite qu'elle a investi des fonctions d'appui et d'harmonisation. Cette dernière demeure compliquée car certaines PASS ont des fonctionnements très ancrés dans leur histoire. Les PASS urbaines et les PASS rurales n'ont pas nécessairement les mêmes préoccupations (en termes de public, d'activité ou d'environnement institutionnel) ; les « petites » PASS seraient davantage enclines à harmoniser leurs pratiques. Le souhait exprimé serait d'assurer, *a minima*, que la PASS ait partout une dimension à la fois médicale et sociale, notamment en garantissant un temps médical identifié pour organiser le suivi des situations.

52-Une évolution depuis 2010 du rôle de la PASS régionale, d'une fonction de réaffirmation et de clarification du rôle des PASS vers des fonctions de mise à disposition de ressources documentaires et méthodologiques, d'harmonisation des pratiques et de mise en lien des PASS.

53-Une harmonisation des pratiques qui se heurte à la diversité des réalités de terrain et à l'ancrage des pratiques dans l'organisation et l'histoire des services.

- Le repérage des personnes en vulnérabilité sociale dans les établissements de santé.

Certains établissements de santé ont mis en place des systèmes d'information permettant de détecter au niveau du service des admissions ou du secrétariat des urgences, sur la base de quelques critères, d'éventuels problèmes de précarité et d'accès aux droits. Les patients concernés sont alors orientés vers la PASS ou le service social de l'hôpital, ou ces services sont directement destinataires de l'information. Ces initiatives favorisant l'amorce de démarches d'accès aux droits pour certains usagers ne sont toutefois pas généralisées dans tous les établissements, ni dans tous les services des établissements qui ont pu les déployer.

- L'accès aux droits et le rôle de l'ARS

Bien que l'accès aux droits (couverture sociale de base et complémentaire) soit un objectif identifié dans le PRAPS, la fonction que pourrait jouer l'ARS dans ce domaine est peu ou pas identifiée par les acteurs rencontrés. L'avis le plus partagé est que cette mission est d'abord celle des organismes de protection sociale, et que les évolutions dans ce domaine relèvent plutôt de la politique nationale que régionale. Le rôle de l'ARS vis-à-vis des PASS, par exemple, n'a jamais été évoqué par les partenaires extérieurs à l'ARS.

Sur ces questions, le rôle potentiel dont l'ARS a pu être crédité est celui de facilitatrice dans l'identification des acteurs concernés, et de médiatrice entre acteurs et institutions. Par exemple, elle s'est associée aux échanges entre PASS et assurance maladie sur l'organisation d'un accès privilégié de ces dernières aux conseillers CPAM pour débloquer des situations complexes. Ce rôle de facilitation dépend directement de l'intensité des liens entre l'ARS et les régimes d'assurance maladie. Il est ainsi favorisé par l'identification d'un coordonnateur régional des risques à la CPAM de Loire – Atlantique, pouvant faire le lien avec les membres du réseau.

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

- MSP et accès aux droits

Les Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) rencontrées n'ont pas de rôle en termes d'accès aux droits. Les problèmes éventuels de solvabilité des patients (notamment au-dessus du seuil CMU-C, mais avec des revenus modestes) sont réglés par certains médecins via la mise en œuvre du tiers payant social – voire par des consultations gratuites.

La mise à disposition de locaux au sein de la MSP pour des services à vocation sociale a pu être mise en œuvre (pour des CLIC) et est jugée favorablement. L'idée de mettre à disposition des locaux dans les MSP pour accueillir des permanences de CPAM a été évoquée, de même que le développement de partenariats entre MSP et CPAM.

- Complexité de l'accès aux droits et actions des partenaires de l'ARS

Malgré la diversité des intervenants pouvant les accompagner, l'accès et le maintien dans les droits peuvent demeurer complexes pour les personnes en grande vulnérabilité.

Le remplissage du formulaire de demande de la CMU est jugé difficile, de même que la recherche des justificatifs demandés. Une expérimentation de simplification est actuellement menée en Loire – Atlantique sous l'égide du Secrétariat Général à la Modernisation de l'Action Publique.

L'assurance maladie développe des approches spécifiques pour prévenir le non-recours aux droits des personnes en grande vulnérabilité : désignation en interne d'interlocuteurs privilégiés pour les structures d'insertion, ou repérage dans les fichiers de situations à risque pour anticiper les situations de rupture de droits.

Les effets de seuil en matière d'accès à la CMU-C, générant des non recours aux soins par insuffisance de moyens, ont été fréquemment soulignés. Des outils ont été développés pour limiter ces effets : l'action sociale des caisses de sécurité sociale, pouvant venir en complément de l'ACS, des initiatives de certaines mutuelles ou de collectivités locales pour favoriser l'accès à une couverture complémentaire.

5. PROMOUVOIR DES APPROCHES ADAPTEES EN MATIERE DE SANTE ET D'EDUCATION AU « PRENDRE SOIN » ET ADAPTER LES MODALITES D'ACCUEIL ET D'INTERVENTION EN FAVORISANT « L'ALLER VERS »

5.1 La problématique

Alors que les populations précaires se perçoivent plus en mauvaise santé que le reste de la population et qu'elles courent davantage de risques de déclarer des pathologies, elles ont moins recours à la prévention et moins accès aux soins (c'est la triple peine évoquée par Aline Archimbaud⁸). Le phénomène de non recours est cependant très complexe, pouvant faire appel aussi bien à la répartition géographique de l'offre de soins qu'au refus de soins par des professionnels de santé. De plus, les recherches en sciences sociales récentes ont montré l'importance des facteurs d'inégalités de recours aux soins en amont de la renonciation aux soins. Le rôle des représentations du corps, de la maladie et de la dimension psychosociale de la santé apparaît essentiel.

Au-delà de la diversité des populations en grande vulnérabilité ciblées par le PRAPS, ces publics ont pratiquement toutes pour trait commun la difficulté à investir la dimension prévention. Parmi les obstacles identifiés figure un trait commun à nombre d'entre elles : une inscription dans l'urgence et un rapport au temps peu compatibles avec la prévention, qui sollicite la capacité de projection dans le temps des individus.

L'ensemble de ces caractéristiques, ainsi que la difficulté à identifier les acteurs dans le domaine de la prévention, amènent à considérer que l'accès notamment à la prévention des personnes en grande vulnérabilité impose des démarches pro-actives, du registre de l'« aller vers ».

Pour le PRAPS-PRS, l'accès à la prévention et à l'éducation à la santé est encore plus difficile que l'accès aux droits et aux soins. Les problèmes de culture, de langue et de rapport différent au temps sont à travailler pour faciliter cet accès. L'estime de soi doit souvent être renforcée. La parentalité doit être soutenue. Trois thématiques de santé sont plus particulièrement ciblées (nutrition, addictions, santé mentale). Les épisodes de rupture de vie doivent être des moments propices à des actions spécifiques. Il convient de proposer aux personnes des actions d'éducation à la santé et des programmes d'éducation thérapeutique adaptés. De même, les consultations d'annonce doivent prendre en compte les particularités du parcours des personnes.

Il cible les difficultés d'accès physique, psychologique et économique au système de santé comme sources de non recours. Le système de santé doit s'adapter, se décroisonner, sortir hors les murs, ne pas discriminer. Cela passe par l'émergence de lieux d'intervention multiples au plus proche des lieux de vie, pour une approche globale de la personne. La mise en oeuvre de dispositifs mobiles est parfois nécessaire, dans une logique d'« aller vers ». Le registre de l'« aller vers » implique également l'accessibilité culturelle pour certaines populations. La mise en oeuvre de dispositifs innovants est préconisée dans ce cadre pour répondre aux besoins évolutifs des personnes, notamment celles qui sont le plus éloignées du soin. Enfin, le dépistage des vulnérabilités doit se faire lors des passages en établissements.

⁸ L'accès aux soins des plus démunis – 40 propositions pour un choc de solidarité, Aline ARCHIMBAUD, Rapport au 1^{er} ministre, septembre 2013

5.2 Les constats tirés des investigations

- Les situations et les populations concernées par le non recours

Les situations de non recours n'ont pas fait l'objet d'un recensement, pas plus que d'un travail de typologie dans la région par l'ARS et les services de cohésion sociale.

Pour l'ESO, qui a réalisé une enquête sur des parcours singuliers de personnes dites en grande vulnérabilité (cf. annexe 12), le non recours n'est pas qu'une question de difficultés administratives et financières. Il s'y joue aussi une difficulté de négociation plus importante pour les personnes en grande vulnérabilité dans la relation soignant-soigné, d'autant que le professionnel de santé peut être considéré par la personne en grande vulnérabilité comme une institution de contrôle social. Les difficultés sont également liées à la singularité des individus et notamment à des rapports au corps et à la santé différents. La confiance qui peut s'établir au long cours avec un médecin généraliste ferait diminuer ce sentiment de contrôle social.

55-Des situations de non recours ou des difficultés de recours très diverses selon les acteurs de la région, sans typologie et recensement réalisés.

Les acteurs régionaux gardent très peu en mémoire les situations d'échec d'expériences ayant voulu adapter le droit commun. Il n'y a pas eu par conséquent ni de recensement, ni de capitalisation des échecs passés, soit que ces échecs aient été oubliés soit qu'il y en ait eu peu ou non considérés comme tels.

56-L'absence de recensement d'éventuels échecs de projets d'adaptation du droit commun.

La problématique du non recours pose la question du choix entre dispositifs spécifiques et dispositifs de droit commun qu'il convient de privilégier pour l'accès à la santé des personnes en grande vulnérabilité. L'ARS s'est clairement prononcé en faveur du droit commun.

Le choix du droit commun ne sera tout à fait pertinent que le jour où le système de santé de droit commun aura suffisamment évolué, d'une conception biologique et médicale de la santé vers une conception médico-psycho-sociale. Dans ce cadre évolutif, la prise en charge des plus vulnérables sera alors possible au sein du gradient des diverses situations sociales accompagnées. En attendant, le constat est fait par les acteurs rencontrés que les dispositifs spécifiques doivent perdurer et que d'ailleurs l'ARS ne vise pas leur suppression. Ces dispositifs spécifiques doivent cependant orienter, le plus tôt possible, le plus grand nombre de personnes vers les structures de droit commun. Cette révolution conceptuelle et organisationnelle suppose que soient revues la formation des professionnels de santé et du social, leurs modalités d'exercice...

57-Des dispositifs spécifiques encore nécessaires, tant que le système de santé n'a pas changé de modèle conceptuel de santé.

Des changements dans la typologie des populations accueillies ont émergé ces dernières années. Si de nouveaux publics sont apparus, d'autres fréquentent moins certains dispositifs.

Les publics traditionnels en grande précarité (personnes SDF notamment) fréquentent moins certains dispositifs (PASS, centres de consultations de Médecins du Monde,...). Pour certains acteurs, ces publics ont explicitement renoncé à fréquenter certains dispositifs (PASS, SIAO-115...). Ils ont, dans les faits, été progressivement remplacés ces dernières années par des populations migrantes, demandeuses d'asile ou non (clandestins, déboutés du droit d'asile...).

Cependant, les migrants ne présentent pas du tout les mêmes caractéristiques que les grands exclus. Les migrants sont généralement demandeurs de soins, présentant souvent des problèmes de santé liés à des psycho-traumatismes vécus dans leurs pays d'origine et à l'occasion de leurs venues en France, alors que les grands exclus sont le plus souvent dans l'abandon de soins et présentent des poly-pathologies accompagnées de troubles mentaux.

- Les actions de prévention et l'aller vers

Malgré les difficultés citées précédemment ou en raison de ces difficultés marquées chez les personnes en grande vulnérabilité, l'ARS a fortement investi le champ de la prévention et soutient financièrement, notamment au travers de ses appels à projets annuels, les actions de prévention à destination des publics en grande vulnérabilité.

Les appels à projet (AAP) prévention 2012 et 2013 de l'ARS ont ciblé, conformément aux priorités du PRS, cinq thématiques : alimentation/activités physiques et sportives, conduites addictives, relations affectives et sexuelles, santé mentale et suicide ainsi que santé et environnement. Des publics cibles ont été plus particulièrement visés par ces appels à projets : les enfants et les adolescents, les personnes en situation de vulnérabilité économique et sociale, les personnes en perte d'autonomie ainsi que les personnes connaissant des périodes de rupture (familiales et professionnelles, entrée en institution, deuil...).

Chaque thématique a fait l'objet d'un cahier des charges. Tous ces cahiers des charges ciblent les personnes en situation de précarité.

Dans ces divers documents, la modalité de l'« aller vers » n'est cependant pas explicitement préconisée.

L'ARS n'a pas individualisé, dans ses rapports d'activité relatifs aux réponses aux AAP, les actions ciblant les personnes en grande vulnérabilité telles qu'elles ont pu être définies dans le PRAPS. La mission d'évaluation, grâce à la mise à disposition de la base des réponses des appels à projet, a pu cependant reconstituer en grande partie les actions concernées (cf. annexe 22).

L'analyse des actions enregistrées dans OSCARS pour les années 2010 à 2012, présentée en annexe 23 confirme que plus de 30% des actions de prévention, même si elles ne concernent pas que les actions financées par l'ARS, visent l'un ou l'autre des publics en grande vulnérabilité.

58-Les personnes en grande vulnérabilité, une population cible des projets retenus par l'ARS dans les appels à projet prévention (plus de 30%), concernés essentiellement par des actions en santé mentale et en nutrition.

L'accès des personnes en grande vulnérabilité à l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) n'a pas fait l'objet d'une analyse précise par l'ARS. Si une question sur les modalités de prise en charge des personnes éloignées du soin est systématiquement posée aux coordonnateurs des programmes d'ETP dans le cadre des rapports annuels d'activités, les réponses apportées apparaissent peu consistantes et sont inexploitable à ce jour. Il convient de noter que le premier programme d'ETP en secteur médico-social a été autorisé par l'ARS en 2013. Il est porté par un Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT) et concerne des poly-pathologies.

Il n'y a pas de concertation entre les trois acteurs que sont le service de cohésion sociale, la structure sociale et l'ARS pour mettre en place une offre de prévention cohérente sur la région et savoir précisément qui finance quoi et pour quoi. Les collectivités locales sont parfois également sollicitées par les établissements pour créer des postes ou financer des actions. Dans un contexte de tensions budgétaires accrues, les désengagements commencent à se faire jour. Cependant, ni les services de cohésion sociale, ni l'ARS n'ont de vision globale sur ce qui est fait en prévention dans les établissements. Les rapports d'activités des établissements sont d'ailleurs généralement brefs sur le sujet.

59-L'absence de visibilité globale de l'ARS et des services de cohésion sociale sur les actions de prévention dans les établissements sociaux.

2/3 des établissements sociaux selon l'enquête SOLEN disent proposer des actions de prévention/éducation à la santé à leurs usagers. 2/3 également souhaiteraient pouvoir faire appel à des acteurs de prévention extérieurs.

Parmi les opérateurs de prévention, l'IREPS est une structure ressource de prévention et d'éducation à la santé soutenue par l'ARS et identifiée en santé-précarité par les acteurs sociaux. Il s'adresse aux publics le plus souvent en chemin vers l'insertion (pas les plus précaires) : jeunes en insertion, public recourant à l'aide alimentaire notamment. Il s'inscrit dans une logique de transfert de compétence et d'accompagnement des équipes : inscriptions dans des formations, appui méthodologique, ateliers santé-précarité (sur la base de 8 séances), séances outils (ex : sur l'hygiène).

Cependant, l'IREPS a des difficultés à travailler dans la continuité (précarité des professionnels des structures sociales), à proposer des activités sur mesure (ex : ateliers santé très formalisés), à être présent dans certaines structures (ex : LHSS, missions locales) et à toucher des publics qu'elle n'atteint pas aujourd'hui.

60-L'existence de pratiques de prévention en structure sociale, mais qui devraient plus faire appel à des opérateurs extérieurs.

La modalité de l' « aller vers », pertinente pour lutter contre le non recours en prévention, n'est pas encore intégrée dans la culture de tous les acteurs sanitaires. Des différences sont constatées selon les dispositifs et les professionnels. Mais cette modalité progresse à l'évidence.

La demi-journée d'échanges organisée sur le sujet en octobre 2013 par l'ARS (« Aller vers les publics en situation de précarité : comment passer du principe aux actions ? ») a attesté de l'intérêt d'un grand nombre d'acteurs régionaux pour la démarche. Les exemples rapportés (PASS de Mayenne, MDA 44, Mission ROMS de Médecins du Monde, SIAO 72 notamment) ont montré que cette démarche, malgré certaines difficultés, pouvait être mise en œuvre et donner des résultats intéressants, en termes de partenariats et de capacité à atteindre des publics isolés. Cette journée a été très bien accueillie par les participants.

On peut penser que d'une façon générale l'ARS, par l'intermédiaire de la sous-orientation stratégique du PRS dénommée « Prévention et promotion de la santé intégrée dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale », promeut la démarche d' « aller vers » tout au moins au bénéfice des personnes soit hébergées, soit de passage dans un établissement, soit fréquentant un professionnel de santé.

Si, dans ce domaine de l' « aller vers », des actions ont été déployées par divers acteurs, dans la plupart des cas toutefois ont été pointés le nécessaire travail d'accompagnement vers l'offre de dépistage et de prévention et la nécessité d'un contact direct (*versus* envoi d'un courrier) pour sensibiliser les personnes. La démarche d' « aller vers » ne doit pas être considérée comme une fin en soi. Après l'accroche avec une personne, il s'agit d'organiser les suites de la démarche et de pouvoir offrir une réponse adaptée.

61-Une volonté forte des acteurs du dépistage et de la vaccination d'aller au plus près des lieux de vie des personnes en grande vulnérabilité, malgré des moyens parfois limités et des relais dans les structures sociales jugés insuffisants.

Les associations gérant les dispositifs de dépistage organisé des cancers ont des difficultés pour atteindre certains publics comme ceux fréquentant les PASS, les gens du voyage... Certaines structures sociales sont difficiles à pénétrer comme les Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA). Les partenariats sont variables selon les départements avec les centres d'examen de santé, les établissements pénitentiaires, les acteurs associatifs caritatifs et les maisons de santé pluri-professionnelles (coopération demandée par l'ARS avec ces dernières). Du fait de l'absence d'accès

aux fichiers de la CPAM des bénéficiaires de la CMU-C, toute une partie de la population en précarité échappe aux actions de dépistage, ne pouvant être ciblée spécifiquement. L'indicateur de suivi stratégique du PRS montre un différentiel important en 2012 entre la population générale (où 63,7% des femmes sont dépistées) et la population bénéficiaire de la CMU-C (où 37,9% seulement des femmes sont dépistées).

62-Un écart important du taux de dépistage du cancer du sein entre population générale et population bénéficiaire de la CMU-C justifiant d'actions volontaristes d'appui des associations départementales de dépistage.

- Des actions innovantes pour lutter contre le non recours

Les experts sollicités par l'enquête Delphi proposent 13 dispositifs (cf. annexe 14) visant à réduire le non recours.

Ces dispositifs sont détaillés dans l'annexe 14. Il s'agit cependant le plus souvent d'extension ou de renforcement de dispositifs existants, voire de proposition d'une meilleure coordination entre acteurs.

Les propositions se focalisent essentiellement sur l'accessibilité des personnes en grande vulnérabilité à des lieux de soins et de permanence d'accueil social de proximité, la mise en place de coordination sanitaire et médico-sociale, l'adaptation de l'offre concernant les soins dentaires, les maladies chroniques et la santé mentale, la création d'équipes mobiles de soins et de prévention, ainsi que sur l'identification de personnes ressources et de médiateurs ainsi que de dispositifs d'interprétariat médical.

Parmi les idées nouvelles, citons la création de « bagageries médicamenteuses » pour permettre une meilleure observance des traitements des personnes sans hébergement stable (cf. annexe 14).

63-Des propositions d'experts visant plus à renforcer et étendre des dispositifs existants que de créer de nouveaux dispositifs, dans le sens de la proximité, de l'« aller vers », de la coordination entre acteurs et de l'accompagnement plus individualisé des personnes.

Pour les membres du CCRPA, à qui ont été soumises certaines des propositions, la question de l'accès à l'information via la proximité et la formation des médecins à leurs problématiques est apparue centrale, passant par une nouvelle organisation de la médecine de premier recours.

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

Enfin, il n'a pas été rapporté d'expériences innovantes en matière de dispositifs d'annonce de maladies chroniques à destination des personnes en grande vulnérabilité. L'évaluation prévue en 2014 de ces dispositifs pourra interroger cette dimension.

III. ANALYSE ET REPONSES AUX QUESTIONS EVALUATIVES

Le présent chapitre présente, sous forme synthétique, les réponses aux questions et sous-questions évaluatives posées dans le cahier des charges. Le texte en italique, référencé par des lettres, correspond aux jugements élaborés à partir des critères inscrits dans le référentiel et des constats dressés par l'équipe d'évaluation.

Un document détaillé permettant de tracer le raisonnement qui y préside, faisant le lien entre constats, critères, jugements et réponses aux sous – questions et questions évaluatives figure en annexe 4.

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

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

1.1. Comment l'ARS exerce-t-elle son rôle de plaidoyer pour des politiques publiques favorables à la santé des personnes en grande vulnérabilité, avec une attention particulière à porter sur les leviers suivants : les commissions de coordination des politiques publiques, pour le partenariat avec les autres acteurs institutionnels, les contrats locaux de santé, pour le partenariat avec les élus locaux ?

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

a - La mobilisation des commissions de coordination des politiques publiques et des conférences de territoire est à la fois peu explicite et peu nourrie sur la santé des populations en grande vulnérabilité.

b - La politique contractuelle de l'ARS avec les autres institutions, sauf avec la DRJSCS, intègre insuffisamment la santé des populations en grande vulnérabilité.

c - L'ARS a commencé seulement récemment à intégrer les inégalités sociales de santé dans l'élaboration des contrats locaux de santé.

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

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

d - L'ARS dispose d'une trop faible connaissance sur la santé des populations en grande vulnérabilité dans les territoires.

e - Le PRAPS semble avoir peu influencé les plans et programmes des partenaires dans lesquels la santé des personnes en grande vulnérabilité est peu évoquée.

f - Le PRAPS a été reçu favorablement par la CRSA, grâce à la concertation menée, en dépit de délais contraints.

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

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

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

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

g - Les établissements et services accompagnant les personnes en grande vulnérabilité ont a minima une réflexion, et assez souvent une pratique de participation des usagers, dont l'imputabilité à la politique régionale de santé n'est pas établie.

h - L'association des populations en grande vulnérabilité se situe davantage au niveau des actions opérationnelles qu'au niveau des politiques, en raison notamment d'une articulation encore non clarifiée entre les lieux de concertation créés (CCRPA) et les circuits de décision.

i - Le partage des expériences et des bonnes pratiques sur la participation des usagers est insuffisamment structuré au niveau régional.

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

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

j - Les programmes d'action de santé de l'ARS définis en lien avec les gens du voyage et les personnes relais sont trop peu nombreux pour statuer.

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

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

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

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

k - Le pilotage régional de la politique de santé en faveur des personnes en grande vulnérabilité est encore trop centré sur certaines populations.

l - Nombreux et mal connus, les dispositifs spécifiques (ACT, LHSS...) peinent à être mobilisés dans une approche parcours.

m - L'évolution récente des caractéristiques des personnes en grande vulnérabilité a été peu prise en compte par l'ARS pour adapter l'organisation du système de santé de droit commun.

n - L'ARS soutient fortement de nombreux dispositifs d'accompagnement de populations en grande vulnérabilité dans une logique de continuité historique, mais sans réflexion globale sur la gradation des accompagnements selon les situations.

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

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

o - L'approche globale médico-psycho-sociale de la santé est peu portée vers les acteurs de terrain, que ce soit en termes de formation ou d'organisation des professionnels de santé et du social, alors qu'il y a un intérêt des acteurs.

p - Le système de santé de premier recours reste peu lisible pour les personnes en grande vulnérabilité ; il évolue cependant vers le modèle d'exercice pluri-professionnel, notamment dans les MSP, pour prendre en charge des situations complexes.

q - L'ARS s'est à ce jour peu investie dans l'aide aux professionnels de santé du premier recours (médecine générale en particulier) pour accompagner les populations en grande vulnérabilité.

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

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

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

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

r - Les partenaires institutionnels n'expriment pas d'attente vis-à-vis de l'ARS en termes d'accès aux droits mais les acteurs de terrain lui reconnaissent un possible rôle de médiation.
s - L'ARS ne peut s'assurer de l'accès aux soins spécialisés en ville en tout point des territoires à partir de sa seule connaissance de la démographie médicale départementale.

4.2 Dans quelle mesure les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) permettent-elles un retour au droit commun ?

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

t - Si, du point de vue de l'accès aux droits, les PASS remplissent leurs missions, l'articulation entre les PASS et la médecine de ville est trop peu structurée.
u - L'hétérogénéité des situations des PASS (en termes d'implantation et de public, d'organisation et d'effectifs) limite aujourd'hui l'harmonisation des pratiques, en dépit d'un volontarisme de la PASS régionale et de l'attention de l'ARS.

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

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

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

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

v - Les interventions en prévention dans les structures d'accueil social sont insuffisamment identifiées par l'ARS.
w - Les réponses des appels à projet en prévention retenues par l'ARS ciblent particulièrement bien les populations en grande vulnérabilité en tant que publics prioritaires, sans toutefois explicitement privilégier la dimension relative à l'« aller vers ».
x - Les centres de dépistage et de vaccination, avec l'appui significatif de l'ARS, sont mobilisés

sur l'accès des populations en grande vulnérabilité, mais les résultats sont encore peu probants compte tenu d'une mise en œuvre récente.

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

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

y - L'ARS a insuffisamment identifié les situations de non - recours dans leur diversité et les difficultés d'adaptation du droit commun pour étayer la création de dispositifs spécifiques.

z - Les experts sollicités sont globalement en accord avec l'ARS pour renforcer et adapter le droit commun et les dispositifs existants plutôt que de multiplier les nouveaux types de dispositifs.

IV. CONCLUSION

L'impact du PRS sur la santé des populations en grande vulnérabilité, environ deux ans après sa publication, est délicat à apprécier. La présente évaluation permet néanmoins d'identifier les premières avancées, les pistes pas ou peu engagées et les éléments de contexte porteurs pour déployer le PRAPS, compte tenu des évolutions en cours du système de santé en région.

Si elles ne sont pas remises en cause en tant que telles, les actions prévues dans le PRAPS méritent d'être repositionnées dans le cadre d'une approche renouvelée des questions de santé-précarité. En effet, un enseignement majeur de cette évaluation est la nécessité de dépasser les approches par public. La notion de « populations en grande vulnérabilité » est d'une telle ampleur qu'il est difficile de construire une politique de santé cohérente et lisible sur ce seul fondement. L'approche par catégories de population (migrants, grands exclus, jeunes en errance, personnes âgées isolées ...) sous-estime également la singularité des parcours individuels, tout en risquant de stigmatiser ces publics. La piste suggérée, à l'issue de ce travail est d'approcher désormais les questions de santé-précarité à travers le traitement des situations problématiques dans l'accès aux droits, à la prévention, aux soins et à l'accompagnement, qui pour la plupart peuvent être identifiées à travers les travaux menés sur le non recours. L'approche populationnelle peut intervenir de manière complémentaire en tant que la prise en compte de spécificités d'un public peut optimiser l'efficacité de l'action.

La piste suggérée, à l'issue de ce travail et dans la continuité des réflexions du comité de pilotage de cette évaluation, est d'approcher désormais les questions de santé-précarité à travers le traitement des situations problématiques dans l'accès aux droits, à la prévention, aux soins et à l'accompagnement, qui pour la plupart peuvent être identifiées à travers les travaux menés sur le non recours. On peut attendre d'une telle approche plusieurs avancées :

- améliorer la cohérence entre le PRAPS et une approche parcours dont le cadre conceptuel ne s'est stabilisé qu'après l'adoption du PRS ;
- favoriser une structuration de l'offre pensée, non en termes d'organisation d'acteurs, mais en termes d'organisation de prestations pour résoudre des situations problématiques ;
- faciliter l'approche médico-psycho-sociale puisque la résolution d'une situation problématique de santé peut nécessiter la prise en compte simultanée des dimensions médicales, psychologiques et sociales ;
- minorer les phénomènes de stigmatisation inhérents à la fréquentation des dispositifs dans la mesure où la clef d'entrée n'est plus l'appartenance à une catégorie, mais un problème objectif d'accès au système de santé de droit commun, et par suite renforcer l'objectif de retour au droit commun ;
- amorcer une politique plus générale de réduction des inégalités de santé, en assurant la prévention et le traitement précoce auprès de l'ensemble de la population des situations problématiques qui ont été identifiées chez les grands vulnérables.

L'évaluation met également en évidence les enjeux toujours d'actualité du pilotage de la politique « santé-précarité ». Tout d'abord, l'enjeu d'une politique interinstitutionnelle intégrée car les problématiques de santé et sociales sont beaucoup trop interdépendantes pour être traitées séparément. Ensuite, un enjeu de déclinaison territorialisée de cette politique, car les réponses doivent être pensées en proximité pour des publics qui n'ont pas les ressources pour aller les chercher à distance, que ce soit dans le temps ou dans l'espace. Enfin, un enjeu d'association des usagers eux-mêmes, pour disposer *a minima* d'une veille à la fois sur la pertinence des réponses déployées, mais aussi sur l'émergence de situations problématiques non décelées.

Sur ces trois axes, l'ARS dispose de leviers qu'il s'agit de mobiliser davantage : des commissions de coordination des politiques publiques, des relations constructives avec les services de cohésion sociale, des leviers contractuels avec les collectivités locales intégrant la lutte contre les inégalités de santé, un comité consultatif régional des personnes accueillies ou accompagnées permettant un dialogue direct avec les usagers et les opérateurs de terrain du champ de l'exclusion sociale.

Par ailleurs, le déploiement concomitant de la stratégie nationale de santé et du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale crée un contexte pouvant être porteur pour développer une telle politique.

Les recommandations proposées portent à la fois sur le pilotage de la politique et sur le développement d'approche et d'outils ciblés « parcours ».

V. RECOMMANDATIONS

Huit recommandations stratégiques ont été construites à partir des recommandations opérationnelles proposées par le comité de pilotage, le groupe d'experts de l'enquête Delphi et les membres du Conseil Consultatif Régional des Personnes Accueillies ou Accompagnées (CCRPA).

Ces recommandations, qui s'adressent à l'ARS, visent à :

- Renforcer le pilotage de cette thématique par une meilleure coordination entre les institutions, une meilleure connaissance partagée du sujet et une meilleure prise en compte des attentes et besoins des personnes concernées (recommandations 1 à 3)
- Améliorer la prise en charge des personnes en grande vulnérabilité par la construction théorique et opérationnelle de parcours basés sur des situations problématiques associant l'ensemble des acteurs (premier recours et accompagnements spécialisés), travaillant en synergie et allant si besoin au plus près des lieux de vie des personnes (recommandations 4 à 8)

S'agissant des recommandations opérationnelles, elles ouvrent un éventail de possibilités pour mettre en œuvre les recommandations stratégiques, à ajuster selon les opportunités, et ne prétendent pas à l'exhaustivité.

Recommandation stratégique n°1

Structurer le portage stratégique des questions de santé-précarité dans un cadre interinstitutionnel, territorialisé et lisible par les instances de démocratie sanitaire

Jugements évaluatifs sur lesquels s'appuie la recommandation (libellé et référence)

- a- La mobilisation des commissions de coordination des politiques publiques et des conférences de territoire est à la fois peu explicite et peu nourrie sur la santé des populations en grande vulnérabilité.
- b- La politique contractuelle de l'ARS avec les autres institutions, sauf avec la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), intègre insuffisamment la santé des populations en grande vulnérabilité.
- c- L'ARS a commencé seulement récemment à intégrer les inégalités sociales de santé dans l'élaboration des contrats locaux de santé.
- e- Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) semble avoir peu influencé les plans et programmes des partenaires dans lesquels la santé des populations en grande vulnérabilité est peu évoquée.
- f- Le PRAPS a été reçu favorablement par la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), grâce à la concertation menée, en dépit de délais contraints.

Enjeux régionaux et nationaux

Projet régional de santé

- Orientations stratégiques : La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé
- Objectif 15 du Schéma Régional de Prévention : Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence
- Action 6 du PRAPS : Renforcer la coordination des institutions et développer les capacités des intervenants pour repérer les personnes en situation de précarité

Stratégie nationale de santé

- Axe 1 Prioriser la prévention sur le curatif et agir sur les déterminants de santé
- Axe 3.1 Faire le choix de l'action territoriale avec les ARS

Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale

- Inscrire une priorité à la lutte contre les inégalités de soin dans la Loi de Santé Publique
- Accentuer la territorialisation des politiques de lutte contre la pauvreté (mieux coordonner l'offre de soin)
- Mettre en œuvre la priorité sur la santé des enfants et des adolescents

Recommandations opérationnelles

• **Structuration interinstitutionnelle**

- Porter davantage de sujets sur la santé des personnes en grande vulnérabilité devant les commissions de coordination des politiques publiques et renforcer ainsi le rôle de plaidoyer de l'ARS envers les autres acteurs.
- Renforcer les engagements conjoints ARS/Services de Cohésion Sociale/Conseils Généraux/Education Nationale/Services de l'assurance maladie (conventions, échanges formalisés, travaux dans le cadre de la mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale...).
- Construire une feuille de route partenariale (associant les deux commissions de coordination des politiques publiques) sur la santé des populations en grande vulnérabilité à l'image de la feuille de route prévention, se substituant à l'actuelle feuille de route du groupe projet transversal précarité de l'ARS.

- S'appuyer sur quelques problématiques identifiées de santé (par exemple l'obésité, la santé bucco-dentaire...), dont on connaît les liens avec le gradient social, pour engager une politique régionale de réduction des inégalités sociales de santé affichée dans la feuille de route partenariale.
- **Territorialisation**
- Articuler encore davantage les travaux de l'ARS avec les services de cohésion sociale, notamment au niveau départemental (co-instruction de dossiers, organisation d'appels à projets communs, participation aux travaux respectifs d'observation...).
- Organiser des rencontres régionales annuelles entre délégations territoriales ARS et directions départementales de la cohésion sociale sur la santé des personnes en grande vulnérabilité et les déterminants des inégalités sociales afin de conforter les articulations départementales.
- Proposer la participation des services de cohésion sociale dans les conférences de territoire.
- Identifier dans la feuille de route partenariale régionale des actions interinstitutionnelles ciblées par territoire de santé et en tenir informées les conférences de territoire.
- Élargir la politique de santé en faveur des personnes en grande vulnérabilité aux jeunes et à leurs situations spécifiques, en intégrant l'éducation nationale et la protection judiciaire de la jeunesse au niveau départemental, et en s'appuyant sur une action territorialisée des maisons départementales des adolescents.
- Décliner dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des contrats locaux de santé la politique régionale de santé –précarité, voire de réduction des inégalités de santé.
- Identifier et insérer, dans les contrats locaux de santé, des actions dont l'efficacité est prouvée en termes de réduction des inégalités de santé.
- **Démocratie sanitaire**
- Systématiser un temps de concertation sur les dispositifs ou actions en faveur des personnes en grande vulnérabilité dans les conférences de territoire.
- Sans préjudice des recommandations ci-dessus concernant les conférences de territoires, clarifier les modalités d'interaction de l'ARS avec la CRSA sur les questions de santé – précarité.

Recommandation stratégique n°2

Construire une démarche d'amélioration et de partage de connaissances sur les problématiques santé - précarité et les réponses apportées, en associant largement les institutions et collectivités

Jugements évaluatifs sur lesquels s'appuie la recommandation (libellé et référence)

d - L'ARS dispose d'une trop faible connaissance sur la santé des populations en grande vulnérabilité dans les territoires.

l - Nombreux et mal connus, les dispositifs spécifiques (Appartements de Coordination Thérapeutique, Lits Halte Soins Santé,...) peinent à être mobilisés dans une approche parcours.

s - L'ARS ne peut s'assurer de l'accès aux soins spécialisés en ville en tout point des territoires à partir de sa seule connaissance de la démographie médicale départementale.

Enjeux régionaux et nationaux

Projet régional de santé

- Orientation stratégique : La mobilisation pour réduire les inégalités de santé
- Objectif 12 du Schéma Régional de Prévention : Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé
- Action 6 du PRAPS : Renforcer la coordination des institutions et développer les capacités des intervenants pour repérer les personnes en situation de précarité

Stratégie nationale de santé

- Axe 2.4. Des systèmes d'information accessibles et partagés

Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale

- Observer les besoins, évaluer et capitaliser les pratiques (faire de l'observation et de l'évaluation des pratiques habituelles de l'action sociale)

Recommandations opérationnelles

• Observation et partage sur les besoins

- Attribuer à l'ARS un rôle de veille et d'alerte grâce à un système d'information mis en place pour assurer le relais auprès des établissements et des partenaires sur l'identification de problématiques de santé.
- Orienter les travaux de l'Observatoire Régional de la Santé sur les liens santé-précarité et les inégalités sociales de santé pour renforcer la capacité de l'ARS à s'adapter aux besoins des populations concernées et améliorer sa connaissance sur les territoires.
- Recenser les études menées par les différentes institutions partenaires (collectivités locales, organismes de protection sociale...) sur la santé des populations en grande vulnérabilité par le biais de la plateforme d'observation sociale et médico-sociale, y compris sur les zones grises (zones de précarité diffuse dans des quartiers ou des zones rurales isolées).
- Collaborer davantage avec l'ensemble des partenaires pour avoir une meilleure connaissance sur la santé des personnes en grande vulnérabilité dans le cadre de cette plateforme régionale d'observation sociale et médico-sociale; par ce biais, identifier les raisons pour lesquelles certains publics ne fréquentent plus des dispositifs spécifiques qui leur sont pourtant destinés.
- Organiser un plan pluriannuel ARS/ services de cohésion sociale d'enquêtes (entretiens ou autres) auprès des populations en grande vulnérabilité, pour pouvoir ensuite communiquer sur les attentes et les problèmes rencontrés par ces populations.
- Identifier les situations de non – recours et s'efforcer de les quantifier pour planifier des réponses adaptées.

• **Observation et partage sur les réponses**

- Constituer un cadre pour l'élaboration d'un annuaire fonctionnel santé/social à visée opérationnelle (qui fait quoi dans la région ?) pour les professionnels, en lien avec la DRJSCS et les fédérations.
- Intégrer les dispositifs spécifiques dans le système d'information de l'offre en santé.
- Créer un outil/dispositif d'interrogation des établissements et services sur les expériences et les retours de bonnes pratiques d'accompagnement des personnes en grande vulnérabilité.
- Mieux connaître et faire connaître les enjeux de la relation soignant-soigné.
- Identifier les interventions en prévention dans les structures d'accueil social, par une collaboration plus étroite entre les deux secteurs (rencontres, enquêtes, rapports d'activité, rapports d'évaluation interne...).
- Poursuivre l'organisation annuelle d'un colloque conjoint ARS/DRJSCS à destination notamment des professionnels de santé et des travailleurs sociaux, en associant en fonction des thématiques abordées d'autres administrations.

Recommandation stratégique n°3

Prendre en considération dans la durée la parole et l'expertise des usagers en grande vulnérabilité à tous les niveaux de prise de décision

Jugements évaluatifs sur lesquels s'appuie la recommandation (libellé et référence)

f - Le PRAPS a été reçu favorablement par la CRSA, grâce à la concertation menée, en dépit de délais contraints.

g - Les établissements et services accompagnant les personnes en grande vulnérabilité ont à minima une réflexion, et assez souvent une pratique de participation des usagers, dont l'imputabilité à la politique régionale de santé n'est pas établie.

h - L'association des populations en grande vulnérabilité se situe davantage au niveau des actions opérationnelles qu'au niveau des politiques, en raison notamment d'une articulation encore non clarifiée entre les lieux de concertation créés (CCRPA) et les circuits de décision.

i - Le partage des expériences et des bonnes pratiques sur la participation des usagers est insuffisamment structuré au niveau régional.

j - Les programmes d'action de santé de l'ARS définis en lien avec les gens du voyage et les personnes relais sont trop peu nombreux pour statuer.

Enjeux régionaux et nationaux

Projet régional de santé

- Orientation stratégique : Être acteur de sa santé
- Objectif 1 du Schéma Régional de Prévention : Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles
- Objectif 6 du Schéma Régional de Prévention : S'appuyer sur l'expérience collective des usagers, pour améliorer l'adéquation au système de santé au besoin des personnes
- Objectif 3 du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale : Assurer la mise en place des dispositifs de participation, de représentation et de médiation au sein des établissements et services médico-sociaux
- Action 1 du PRAPS : Recueillir les expériences et la parole des personnes en situation de précarité pour les associer à la conception des actions et des programmes

Stratégie nationale de santé

- Axe 3.3 Impliquer et accompagner les patients et leurs représentants dans l'organisation, le fonctionnement et l'évolution de notre système de santé

Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale

- Développer sur de larges bases la participation des personnes en situation de pauvreté et de précarité à l'élaboration et au suivi des politiques publiques

Recommandations opérationnelles

• Au niveau des institutions (intégration de la parole dans la décision)

- Intégrer les usagers (qui ont leur « expérience », méritant autant d'être prise en compte que l'« expertise » des professionnels) dans tous les travaux du PRS à venir, par exemple s'inspirant au niveau régional de l'initiative qui a consisté à créer au sein du CNLE (Conseil National des Politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale) un collège spécifique composé de représentants d'usagers en situation de pauvreté ou de précarité.
- Travailler une méthodologie d'intégration de la parole des usagers dans les programmes liés aux politiques publiques (bien prendre en compte la parole des usagers et pouvoir leur faire un retour), dans une logique de co-construction.
- Impulser une démarche d'ouverture du pilotage des contrats locaux de santé avec des

représentants des personnes en grande vulnérabilité, dès l'état des lieux préfigurant l'élaboration des contrats locaux de santé (CLS).

- Classer les expressions de la parole des usagers remontées dans le cadre des instances régionales mises en place (notamment CCRPA), en fonction de leur portée nationale, régionale ou départementale et relayer cette parole au bon niveau.
 - Rendre compte de l'action de l'ARS lors d'une rencontre annuelle avec le CCRPA.
 - Inviter les établissements sociaux et médico-sociaux à faire remonter aux partenaires institutionnels concernés les problématiques de santé, de logement et autres, soulevées ou identifiées dans les conseils de vie sociale ou avec d'autres formes de participation.
 - Privilégier les actions intégrant l'écoute de la parole dans les appels à projet prévention en lien avec le secteur de la cohésion sociale.
- **Au niveau des acteurs de terrain (diffusion des bonnes pratiques)**
- Diffuser les recommandations de l'ANESM et aider à leur appropriation, ainsi que capitaliser les travaux déjà réalisés par la FNARS notamment.
 - Identifier, en lien avec les services de cohésion sociale, les bonnes pratiques de participation des usagers dans les rapports d'évaluation interne déposés notamment par les Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS).
 - Capitaliser sur l'expérience des Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) qui intègrent leurs adhérents dans les conseils d'administration des associations porteuses.

Recommandation stratégique n°4

Formaliser et opérationnaliser les parcours d'accompagnement des personnes en grande vulnérabilité centrés sur des situations problématiques et des risques de ruptures plutôt que sur des catégories de publics

Jugements évaluatifs sur lesquels s'appuie la recommandation (libellé et référence)

- k - Le pilotage régional de la politique de santé en faveur des populations en grande vulnérabilité est encore trop centré sur certaines populations.
- l - Nombreux et mal connus, les dispositifs spécifiques (Appartements de Coordination Thérapeutique, Lits Halte Soins Santé,...) peinent à être mobilisés dans une approche parcours.
- m - L'évolution récente des caractéristiques des populations en grande vulnérabilité a été peu prise en compte par l'ARS pour adapter l'organisation du système de santé de droit commun.
- n - L'ARS soutient fortement de nombreux dispositifs d'accompagnement de populations en grande vulnérabilité dans une logique de continuité historique, mais sans réflexion globale sur la gradation des accompagnements selon les situations.
- t - Si, du point de vue de l'accès aux droits, les PASS remplissent leurs missions, l'articulation entre les PASS et la médecine de ville est trop peu structurée.
- u - L'hétérogénéité des situations des PASS (en termes d'implantation et de public, d'organisation et d'effectifs) limite aujourd'hui l'harmonisation des pratiques, en dépit d'un volontarisme de la PASS régionale et de l'attention de l'ARS.

Enjeux régionaux et nationaux

Projet régional de santé

- Orientations stratégiques : Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé
- Objectif 3 du Schéma Régional de Prévention : Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie
- Objectif 13 du Schéma Régional de Prévention : Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité
- Objectif 4 du Schéma Régional d'Organisation des Soins : Garantir l'expression de l'utilisateur et prendre en compte les attentes de la personne
- Action 2 du PRAPS : Promouvoir des approches adaptées en matière de santé et d'éducation au « prendre soin »
- Action 4 du PRAPS : Formaliser un accompagnement individuel adapté et, selon les cas, identifier une personne pour coordonner les interventions et les acteurs

Stratégie nationale de santé

- Axe 2 Mieux organiser les soins pour les patients, garantir l'égalité d'accès, en privilégiant une logique territoriale
- Axe 2.3.4 Promouvoir le développement de nouveaux métiers et compétences

Recommandations opérationnelles

• Lisibilité des réponses existantes aux situations problématiques

- Organiser une « conférence de consensus » à l'échelle régionale entre l'ARS, les usagers, les associations, les services de cohésion sociale, la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE)... pour poser une réflexion sur l'accompagnement des personnes selon les situations problématiques, définir les axes d'accompagnement selon les besoins et les formaliser dans une modélisation de parcours.
- Clarifier les différents types d'accompagnement existants au sein d'un même territoire pour les articuler dans une optique parcours.

- Évaluer les dispositifs spécifiques pour les mettre en perspective avec le droit commun et les réintroduire dans une optique parcours.
- Aider les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) à harmoniser leurs pratiques autour d'un socle commun, sous l'égide de la PASS régionale.
- Mieux faire connaître les PASS au public et à la médecine de ville par une information élargie.
- Rendre plus lisible les centres de santé gratuits.
- **Des dispositifs spécifiques dans une trajectoire vers le droit commun**
- S'assurer que la finalité des dispositifs spécifiques est le retour au droit commun via la contractualisation avec les acteurs.
- Renforcer les dispositifs Lits Halte Soins Santé (LHSS) pour éviter au mieux les ruptures de soins, avec un pilotage régional santé/ social fort.
- Travailler pour que les professionnels sanitaires et sociaux connaissent et évaluent mieux les situations pour orienter de façon pertinente vers les structures spécifiques Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), LHSS... et permettre ainsi une meilleure utilisation de ces structures.
- Promouvoir le rôle des PASS comme acteurs ressources des questions de santé – précarité auprès des professionnels de santé de certains territoires.
- Pour développer l'approche parcours, soutenir les initiatives qui visent à développer la coordination médico-psycho-sociale « hors les murs » d'un établissement traditionnel, délocaliser l'accompagnement dans le lieu de vie de la personne et prévenir la rupture de parcours.
- **Des personnes actrices de leur parcours**
- Donner les possibilités aux usagers d'appréhender et de comprendre le fonctionnement du système social et médico-social et des parcours pour pouvoir accéder à un accompagnement.
- Renforcer les programmes visant à accroître l'estime de soi de la personne en grande vulnérabilité pour lui permettre d'aller vers le soignant.
- Mettre en place un dispositif d'interprétariat médical, téléphonique et/ou avec intervention physique pour les consultations clés, en lien avec les recommandations à venir de l'évaluation demandée par l'ARS sur le sujet.

Recommandation stratégique n°5

Favoriser et accompagner le développement de synergies, tenant compte des contextes locaux, entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour garantir la continuité des parcours

Jugements évaluatifs sur lesquels s'appuie la recommandation (libellé et référence)

- o - L'approche globale médico-psycho-sociale de la santé est peu portée vers les acteurs de terrain, que ce soit en termes de formation ou d'organisation des professionnels de santé et du social, alors qu'il y a un intérêt des acteurs.
- r - Les partenaires institutionnels n'expriment pas d'attente vis-à-vis de l'ARS en termes d'accès aux droits mais les acteurs de terrain lui reconnaissent un possible rôle de médiation.
- t - Si, du point de vue de l'accès aux droits, les PASS remplissent leurs missions, l'articulation entre les PASS et la médecine de ville est trop peu structurée.
- u - L'hétérogénéité des situations des PASS (en termes d'implantation et de public, d'organisation et d'effectifs) limite aujourd'hui l'harmonisation des pratiques, en dépit d'un volontarisme de la PASS régionale et de l'attention de l'ARS.
- v - Les interventions en prévention dans les structures d'accueil social sont insuffisamment identifiées par l'ARS.

Enjeux régionaux et nationaux

Projet régional de santé

- Orientations stratégiques : Une démarche centrée sur la personne - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé
- Objectif 7 du Schéma Régional d'Organisation des Soins : Renforcer la compétence des professionnels de santé dans la prise en charge globale de la personne et du prendre soin
- Action 2 du PRAPS : Promouvoir des approches adaptées en matière de santé et d'éducation au « prendre soin »
- Action 3 du PRAPS : Améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins en harmonisant les pratiques professionnelles

Stratégie nationale de santé

- Axe 2.1 Soutenir une structuration des soins de proximité autour d'équipes pluri-professionnelles
- Axe 2.1.1 Repenser les conditions d'exercice et de financement de manière à assurer une intervention mieux coordonnée de tous les acteurs sanitaires et médico-sociaux

Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale

- Dynamiser les structures de soin de proximité et développer les PASS

Recommandations opérationnelles

• **Culture commune des acteurs de terrain**

- Mobiliser les organismes de formation initiale en santé et en travail social sur des modules de formations croisées.
- Former l'ensemble des acteurs de terrain de manière spécifique à la notion de « désaffiliation ».
- Destigmatiser le public en hébergement social vis-à-vis de certains professionnels de santé.
- Intégrer dans les modules de formation initiale ou continue (notamment via les objectifs régionaux du Développement Professionnel Continu - DPC) l'approche globale médico-psycho-sociale pour les travailleurs sociaux, les professionnels de santé y compris de la psychiatrie et avoir ainsi des professionnels mieux informés et formés.
- Développer les possibilités de stage des étudiants en santé auprès de structures comme les PASS, les centres de santé...

- Mettre en place des formations aux soins de premier secours pour le personnel des centres d'hébergement social.
 - Développer les échanges de pratiques sur des territoires entre professionnels de la santé, du social et du médico-social dans le cadre des formations (exemple de l'expérience en cours dans la Sarthe menée avec l'association ADGESTI).
 - Associer les acteurs sociaux des quartiers prioritaires de la politique de la ville sur l'approche prévention en santé et déterminer les priorités sur lesquelles mettre l'accent en termes de soutien financier / humain pour les accompagner.
- **Clarification des fonctions d'orientation et d'accompagnement professionnel**
- Clarifier, recenser et favoriser les rôles des personnes ressources / intermédiaires / relais / médiatrices / pairs / aidantes / référentes...
 - Maintenir voire augmenter la présence de personnels de santé dans les structures sociales de type accueil de jour pour repérer les personnes souffrantes ou à risque et les orienter vers le droit commun.
 - Explorer dans chaque département la possibilité de recruter au sein du Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO) un référent santé pour faire le lien entre démarches de logement et démarches de santé sur le modèle de l'expérimentation en cours en Sarthe.
 - Inciter les établissements de santé à alerter le SIAO dès le début d'une hospitalisation pour envisager d'emblée les modalités de sortie.
 - Soutenir ou organiser les interfaces vers le secteur médico-social (personnes âgées et handicapées) pour organiser l'accès au droit commun pour tous (exemple : référent SIAO pour les personnes âgées en Loire-Atlantique).
 - Étudier la faisabilité d'un travail sur l'accueil des personnes âgées en grande précarité dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), en lien avec les conseils généraux.
 - Étendre le modèle d'accompagnement des personnes âgées fragiles aux personnes en grande vulnérabilité (« gestionnaire de cas », appui à la coordination), même si le public en grande vulnérabilité est plus difficile à identifier.
- **Complémentarité des acteurs**
- Permettre aux différents acteurs du sanitaire et du social de faire le point ensemble (communication, échanges d'informations) sur leur accompagnement autour d'une même personne, par le soutien à la mise en place de coordinations locales ou la formalisation dans les CPOM sanitaires de conventions avec les structures sociales de type CHR, maisons relais, résidences accueil (exemple des prises en charge en psychiatrie).
 - Adapter la prévention aux personnes vulnérables et renforcer les liens entre les structures de prévention et les structures sociales (« *sortir du ponctuel* »).
 - Favoriser le repérage et la prise en charge globale de la personne qu'elle soit à la rue, en hébergement ou dans son logement, souffrant de problèmes de santé chroniques en coordonnant l'intervention des différentes équipes mobiles existantes (Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité, Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés, Hospitalisation A Domicile, addictologie), pouvant s'inspirer des pratiques du Service de Coordination et d'Accompagnement Médico-Psycho-Social (SCAMPS) ou d'autres modèles.

Recommandation stratégique n°6

Mobiliser les multiples leviers de l'ARS pour développer les démarches d' "Aller vers", dans un objectif de retour au droit commun

Jugements évaluatifs sur lesquels s'appuie la recommandation (libellé et référence)

u - L'hétérogénéité des situations des PASS (en termes d'implantation et de public, d'organisation et d'effectifs) limite aujourd'hui l'harmonisation des pratiques, en dépit d'un volontarisme de la PASS régionale et de l'attention de l'ARS.

w - Les réponses des appels à projet en prévention retenues par l'ARS ciblent particulièrement bien les populations en grande vulnérabilité en tant que publics prioritaires, sans toutefois explicitement privilégier la dimension relative à l' « aller vers ».

x - Les centres de dépistage et de vaccination, avec l'appui significatif de l'ARS, sont mobilisés sur l'accès des populations en grande vulnérabilité, mais les résultats sont encore peu probants compte tenu d'une mise en œuvre récente.

y - L'ARS a insuffisamment identifié les situations de non - recours dans leur diversité et les difficultés d'adaptation du droit commun pour étayer la création de dispositifs spécifiques.

z - Les experts sollicités sont globalement en accord avec l'ARS pour renforcer et adapter le droit commun et les dispositifs existants plutôt que de multiplier les nouveaux types de dispositifs.

Enjeux régionaux et nationaux

Projet régional de santé

- Orientation stratégique : La mobilisation pour réduire les inégalités de santé
- Objectif 30 du Schéma Régional d'Organisation des Soins : Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun
- Objectif 16 du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale : Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les réintégrer dans un système de droit commun
- Action 5 du PRAPS : Adapter les modalités d'accueil et d'intervention en favorisant l' « aller vers »
- Action 11 du Plan Régional de Gestion Du Risque : Améliorer le recours aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal

Stratégie nationale de santé

- Axe 1 Prioriser la prévention sur le curatif et agir sur les déterminants de santé

Recommandations opérationnelles

• **L' « Aller vers » au niveau institutionnel**

- Définir un schéma de déploiement de la logique de l' « aller vers », intégrant notamment un volet sur la formation des acteurs de terrain sur l'aller vers et la participation des usagers.
- Promouvoir l' « Aller vers » via les partenariats entre l'ARS et les autres institutions (contractualisation, travaux communs...) et l'animation des conférences de territoires, en valorisant les bonnes pratiques.

• **Adaptation des organisations de terrain**

- Favoriser la tenue de permanences d'accueil social (sécurité sociale, travailleurs sociaux, juristes...) adaptées au public précaire ou en difficulté, dans une logique d'aller vers les personnes ciblées, rassemblant des compétences multiservices, ouvertes sans condition (pas de logique de guichet, absence de rendez-vous).
- Privilégier des actions d'éducation à la santé pour les personnes en grande vulnérabilité au plus près de leurs milieux de vie, pour qu'elles soient le plus adaptées possible à leurs besoins et

s'inscrivent dans la continuité.

- Privilégier la dimension relative à l' « aller vers » dans les appels à projets en prévention organisés en lien avec le secteur de la cohésion sociale.
- Créer des équipes mobiles pour la prévention, le dépistage et la vaccination quand il n'y en a pas
- Développer l' « aller vers » sous forme d'équipes mobiles et d'interventions précoces en matière d'addiction pour permettre une meilleure adhésion des personnes en grande vulnérabilité (exemple : approche réduction des risques).
- Développer les modalités de l'éducation thérapeutique du patient, sous forme d'une équipe mobile allant dans les lieux d'hébergement social et médico-social des personnes, au-delà de la première autorisation donnée en 2013.
- Étudier les modalités d'intervention des 5 Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) de la région au regard des résultats de l'évaluation nationale des EMPP à venir et envisager leur extension dans le cadre de la constitution d'équipes mobiles généralistes intersectorielles, en lien avec les PASS psychiatriques.

Recommandation stratégique n°7

Renforcer la capacité de la médecine de premier recours à prendre en charge les personnes en grande vulnérabilité

Jugements évaluatifs sur lesquels s'appuie la recommandation (libellé et référence)

p - Le système de santé de premier recours reste peu lisible pour les populations en grande vulnérabilité ; Il évolue cependant vers le modèle d'exercice pluri-professionnel, notamment dans les MSP, pour prendre en charge des situations complexes.

q - L'ARS s'est à ce jour peu investie dans l'aide aux professionnels de santé du premier recours (médecine générale en particulier) pour accompagner les populations en grande vulnérabilité.

Enjeux régionaux et nationaux

Projet régional de santé

- Orientation stratégique : Une offre de premier recours à conforter
- Objectif 7 du Schéma Régional de Prévention : Renforcer l'engagement des acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention de proximité
- Objectif 8 du Schéma Régional d'Organisation des Soins : Accompagner les regroupements des professionnels de santé autour d'un projet de santé à l'échelle d'un territoire pertinent de premier recours
- Objectif 13 du Schéma Régional d'Organisation des Soins : Au sein d'une équipe de professionnels de santé, faciliter le rôle de coordonnateur du parcours de soins pour le médecin traitant
- Action 4 du PRAPS : Formaliser un accompagnement individuel adapté et, selon les cas, identifier une personne pour coordonner les interventions et les acteurs

Stratégie nationale de santé :

- Axe 2.1 Soutenir une structuration des soins de proximité autour d'équipes pluri-professionnelles
- Axe 2.3 Adapter les formations et investir dans les systèmes d'information

Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale

- Dynamiser les structures de soin de proximité

Recommandations opérationnelles

• Accès des populations en grande vulnérabilité au premier recours

- Développer les services d'accompagnement vers les structures de soin de premier recours, en milieu rural ou même urbain, pour en permettre un meilleur accès.
- Mettre en place du transport accompagné si la personne a des problèmes de transport qui limite son accès aux soins.
- Accompagner physiquement la personne au rendez-vous lorsqu'elle a des craintes autour de la maladie, du médecin...
- Disposer de lieux de soins de proximité, si possible pluri-professionnels, facilitant l'accès des publics en précarité : horaires plus larges, professionnels proposant une prise en charge sans rendez-vous, possibilité d'accueil des animaux...
- Expérimenter les « bagageries médicamenteuses » dans les lieux de fréquentation des publics type pharmacie, Centre Médico-Psychologique (CMP)... avec présence de personnel sanitaire, avec une grande amplitude horaire, pour favoriser l'observance des traitements sans créer pour cela de nouveaux lieux.
- Inciter, par un accompagnement financier et une formation, à la mise en place de temps de consultation de premier recours hors cabinet principal.
- Créer des équipes mobiles de soins généralistes, pluridisciplinaires pour aller vers les structures d'hébergement, de logement adapté ou pour intervenir dans le logement comme première étape

vers le retour au droit commun.

- **Fonctionnement des services de premier recours**

- S'investir davantage dans l'aide aux professionnels de santé du premier recours pour l'accompagnement des personnes en grande vulnérabilité (financement contractualisé notamment ...).
- Former les agents d'accueil à un accueil adapté pour ne pas décourager le recours (proposer une autre date ou un autre rendez-vous au patient lorsque celui-ci l'a raté...).
- Former les professionnels libéraux (médecins, pharmaciens...) pour favoriser l'acceptation des spécificités des personnes en grande vulnérabilité (respect des horaires, temps d'écoute suffisant...) et pour permettre un meilleur recours et de meilleures orientations des personnes en grande vulnérabilité.
- Faciliter le travail des professionnels de santé de premier recours lorsqu'ils prennent en charge des personnes en grande vulnérabilité par la désignation de référents sociaux qu'ils pourront joindre en cas de question et ainsi encourager les professionnels de santé à prendre en charge ces populations.

- **Organisation de l'offre pluri-professionnelle de premier recours**

- Intégrer les centres de santé polyvalents dans la réflexion sur la réorganisation du premier recours favorisant les prises en charge médico-psycho-sociale globales.
- Impulser une dynamique de création de Maison de Santé Pluri-Professionnelle (MSP) en zones urbaines et plus particulièrement dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, avec les professionnels de santé, les élus et les habitants des quartiers.
- Intégrer l'accueil et la prise en charge des personnes en grande vulnérabilité, ainsi que leur accès aux soins spécialisés, dans le projet de santé des maisons de santé pluri-professionnelles : capacité à restaurer les droits, organisation des contacts et rendez-vous, « gestion de cas », préférence donnée à la consultation spécialisée avancée...

Recommandation stratégique n°8

Intégrer dans l'organisation de l'offre de soins spécialisés la nécessité d'accès des personnes en grande vulnérabilité

Jugements évaluatifs sur lesquels s'appuie la recommandation (libellé et référence)

m - L'évolution récente des caractéristiques des populations en grande vulnérabilité a été peu prise en compte par l'ARS pour adapter l'organisation du système de santé de droit commun.

n - L'ARS soutient fortement de nombreux dispositifs d'accompagnement de populations en grande vulnérabilité dans une logique de continuité historique, mais sans réflexion globale sur la gradation des accompagnements selon les situations.

s - L'ARS ne peut s'assurer de l'accès aux soins spécialisés en ville en tout point des territoires à partir de sa seule connaissance de la démographie médicale départementale.

y - L'ARS a insuffisamment identifié les situations de non-recours dans leur diversité et les difficultés d'adaptation du droit commun pour étayer la création de dispositifs spécifiques.

z - Les experts sollicités sont globalement en accord avec l'ARS pour renforcer et adapter le droit commun et les dispositifs existants plutôt que de multiplier les nouveaux types de dispositifs.

Enjeux régionaux et nationaux

Projet régional de santé

- Orientations stratégiques : Un accès assuré à l'innovation et aux services spécialisés - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé
- Objectif 28 du Schéma Régional d'Organisation des Soins : Garantir dans chaque territoire l'accès par spécialité à une offre au tarif opposable
- Action 3 du PRAPS : Améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins en harmonisant les pratiques professionnelles

Stratégie nationale de santé

- Axe 2.1.1 Repenser les conditions d'exercice et de financement de manière à assurer une intervention mieux coordonnée de tous les acteurs sanitaires et médico-sociaux
- Axe 2.1.2 Améliorer l'accessibilité financière aux soins

Recommandations opérationnelles

• Un recours facilité aux soins spécialisés des populations en grande vulnérabilité

- Étendre les visites à domicile et sur les lieux de vie, au-delà de la médecine générale, aux médecins spécialistes, à condition que le recours à des équipements spécialisés ne soit pas indispensable.
- Créer des structures d'accueil adaptées aux personnes présentant des troubles psychiques sous forme de lieux d'accueil et d'hébergement polyvalents (collectif comme logements individuels), avec une équipe pluridisciplinaire proposant un accompagnement supervisé par des professionnels en psychiatrie.
- Engager un travail pluridisciplinaire sur les addictions en milieu carcéral, avec les différentes structures spécialisées (*Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires UCSA, Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues - CAARUD, Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation SPIP...*).
- Développer des solutions de transport pour accéder aux cabinets médicaux spécialisés.
- Mettre en place des codes couleur au sol des hôpitaux pour aider les personnes à se diriger dans le bon service, avec une feuille de soins de la même couleur.
- Développer des plans d'hôpitaux en différentes langues, voire mettre une personne à l'accueil pour accompagner les personnes qui ne comprennent pas le français.
- Développer des outils de communication : pictogrammes, schémas, graphiques, plaquettes en

différentes langues, schéma du corps humain pour échanger avec la personne migrante.

- Proposer un service d'interprétariat médical professionnel sur l'ensemble des territoires de santé facilitant l'accès aux soins des migrants et les consultations des médecins y compris spécialisés.
- **Des réponses attendues pour les soins dentaires et optiques**
- Créer des structures de soins dentaires sous forme de permanences, rattachées à un centre hospitalier avec du personnel formé à la précarité.
- Développer les PASS dentaires dans les hôpitaux et promouvoir des permanences décentralisées de l'école dentaire de Nantes.
- Étudier la faisabilité de la mise en place d'une plateforme d'achat pour favoriser l'obtention de prothèses (dentaires ou autres) moins chères.
- Développer des cellules mobiles dentaires et optiques itinérantes dans les lieux fréquentés par les publics permettant de faire le lien vers les structures de soins.
- Renforcer la formation des professionnels dentaires pour mieux informer (notamment à travers des affiches, des flyers en plusieurs langues dans les cabinets) et favoriser l'orientation vers les structures d'aide.

Avis sur le rapport de l'ARS sur la politique Régionale de la santé des populations en grande vulnérabilité

CRSA du 12 mai 2014

Concernant la méthode et les constats

La CRSA a pris connaissance avec intérêt du travail engagé par l'ARS dans le cadre de l'évaluation intermédiaire du PRS.

Elle se félicite que la politique en faveur de la santé des populations en grande vulnérabilité ait constitué une priorité de cette démarche globale.

Le rapport est complet, il illustre une analyse de terrain étayée appuyée sur diverses sources complémentaires d'informations.

La CRSA est en accord avec les modalités de la démarche d'évaluation engagée qui a permis :

- une réelle concertation avec les acteurs agissant en direction des populations en grande vulnérabilité d'une part et l'expression de la parole des usagers, notamment par l'intermédiaire du CCRPA dont certaines propositions sont prises en compte,
- Une analyse de l'état des lieux qui objectivent la complexité de la question de la santé des populations en grande vulnérabilité dûe notamment :
 - à l'hétérogénéité des publics visés,
 - à la multiplicité des acteurs
 - à la complexité administrative du système et à sa lisibilité pour les personnes
 - A la difficulté de la mobilisation de la parole des personnes
 - aux enjeux d'inter-institutionnalité qu'elle recèle
- De mettre en avant le déficit d'exploration et d'analyse des connaissances, voire de priorisation de cette question à tous les niveaux (décideurs publics, instances de coordination des politiques publiques, instances de démocratie sanitaire sur les territoires),

Elle remarque cependant que cette évaluation ne peut s'appuyer sur des données qui pourraient mesurer:

- L'amélioration ou la dégradation de l'état de santé de cette population
- les budgets consacrés par l'ARS aux questions de précarité et à la lutte contre les inégalités sociales de santé

Concernant les préconisations:

La CRSA est particulièrement favorable aux éléments suivants

- Le triptyque observation, modélisation, action décloisonnée
- L'approche de type « parcours

- La nécessité du décloisonnement des politiques publiques visant à celui des prises en charge
- La nécessité de mieux articuler les travaux du CCRPA et ceux de l'ARS
- L'orientation vers le droit commun,
- La formation des accompagnants aux problématiques spécifiques de ces publics,

Elle souhaite que les points suivants soient intégrés dans les préconisations :

- Améliorer la connaissance des publics concernés, notamment par le biais d'une étude actualisée régionale, après une réflexion collective sur leur périmètre,
- Favoriser les liens avec les associations caritatives qui accompagnent quotidiennement les publics visés par le rapport d'évaluation.
- Soutenir et développer les initiatives qui visent à développer la coordination médico-psychosociale « hors les murs ». Il s'agit de situer l'accompagnement dans le lieu de vie de la personne et de prévenir les ruptures de parcours. L'enjeu majeur de cette proposition est le maintien des personnes dans les dispositifs de droit commun.
- Structurer une offre d'interprétariat professionnel sur l'ensemble du territoire régional pour garantir l'accès et la compréhension des soins pour tous
- Clarifier les fonctions d'orientation et d'accompagnement
- Faire émerger la question de la santé des personnes en grande vulnérabilité de manière homogène sur les territoires dans chaque instance de la démocratie sanitaire
- Favoriser un dialogue constructif entre personnes en grande vulnérabilité et représentants des professionnels de santé pour faire évoluer positivement les représentations réciproques

Au terme de cette intéressante démarche d'évaluation, notre Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie constate que les pistes d'actions et les recommandations opérationnelles sont nombreuses. Elle souhaite que l'ARS indique un calendrier, les priorités et les moyens budgétaires mobilisés pour les intégrer.

Elle souhaite également formuler une recommandation, qui rejoint celles de ce rapport : que soit retenue comme une priorité de tenter de mesurer l'impact de la politique définie par le PRS et mise en œuvre dans le cadre du PRAPS à partir d'une population cible et donc délimitée, à définir, tant en termes d'accès aux soins et à la prévention qu'en termes de continuité des parcours.

LISTE DES SIGLES UTILISES

AAP : Appel A Projet
ACS : Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé
ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural
ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique
AM : Assurance Maladie
AME : Aide Médicale de l'État
ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
APTIRA : Association pour la Promotion et l'Intégration dans la Région d'Angers
ARIFTS : Association Régionale des Instituts de Formation en Travail Social
ARS : Agence Régionale de Santé
ASAMLA : Association Santé Migrants Loire Atlantique
ASV : Atelier Santé Ville
CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues
CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
CAE : Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CASO : Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation
CATS : Comité d'Accompagnement Territorial des Soins de 1er recours
CCAS : centre Communal d'Action Sociale
CCPP : Commission de Coordination des Politiques Publiques
CCRPA : Conseil Consultatif Régional des Personnes Accueillies ou Accompagnées
CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CES : Centre d'Examen de Santé
CFPD : Centre Fédératif de Prévention et Dépistage
CG : Conseil Général
CH : Centre Hospitalier
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
CISS : Collectif Interassociatif Sur la Santé
CLAT : Centre de Lutte Anti Tuberculeuse
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CLS : Contrat Local de Santé
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
COPIL : COmité de PILotage
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPH : Centre provisoire d'hébergement

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
 CR : Compte-Rendu
 CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
 CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
 CSG : Contribution Sociale Généralisée
 CT : Conférence de Territoire
 CUCS : Contrats Urbains de Cohésion Sociale
 DAMS : Département Accompagnement Médico-Social
 DAS : Direction de l'Accompagnement et des Soins
 DASP : Département Accès aux Soins de Proximité
 DASR : Département Accès aux Soins de Recours
 DCPS : Département Coopérations et Parcours de Santé
 DDCS : Direction Départementale de Cohésion Sociale
 DEO : Direction de l'Efficiace de l'Offre
 DEPS : Département d'Évaluation des Politiques de Santé et des dispositifs
 DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
 DOA : Département Observation et Analyses
 DOP : Document d'Objectifs Partagés
 DPC : Développement Professionnel Continu
 DPPS : Département de la Promotion de la Santé et de Prévention
 DPRS : Direction du Projet Régional de Santé
 DPSP : Direction de la Prévention et de la Protection de la Santé
 DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
 DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
 DRUP : Direction des Relations avec les Usagers et les Partenaires
 DT : Délégation Territoriale
 EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
 ELPP : Équipe de Liaison Psychiatrie Précarité
 EMPP : Équipe Mobile Psychiatrie Précarité
 EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
 EPCI : Établissement Public de Coopération Intercommunale
 ESMS : Établissement social et médico-social
 ESO : Espaces et SOciétés
 ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
 ETP : Équivalent Temps Plein
 FIR : Fonds d'Intervention Régional
 FNARS : Fédération Nationale des associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale
 FTM : Foyer de Travailleurs Migrants
 GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
 GT : Groupe de Travail
 HAD : Hospitalisation A Domicile
 HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
 IDE : Infirmier Diplômé d'État
 IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
 InCA : Institut national du Cancer
 InPES : Institut national de Prévention et d'Éducation à la Santé
 INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
 IREPS : Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé
 IRSA : Institut inter Régional pour la SAnté

LAM : Lits d'Accueil Médicalisés
LHSS : Lits Halte Soins Santé
MDA : Maison Départementale des Adolescents
MDM : Médecins Du Monde
MIG : Mission d'Intérêt Général
ML : Mission Locale
MSA : Mutualité Sociale Agricole
MSP : Maison de Santé Pluri-Professionnelle
ODENORE : Observatoire DEs NON-REcours aux droits et services
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OPAH : Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat
ORS : Observatoire Régional de la Santé
OSCARs : Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé
PAIO : Permanences d'Accueil, d'Information et d'Orientation
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PDAHI : Plan Départemental d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion
PDALPD : Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées
PDL : Pays de la Loire
PGV : Personne en Grande Vulnérabilité
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI : protection Maternelle et Infantile
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRGDR : Programme Régional de Gestion Du Risque
PRIPI : Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées
PRS : Projet Régional de Santé
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
PSP : Pôle de Santé Pluri-professionnel
PTS : Programme Territorial de Santé
PV : Procès Verbal
RHF : Revue Hospitalière de France
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
RSA : Revenu de Solidarité Active
RSI : Régime Social des Indépendants
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SCAMPS : Service de Coordination et d'Accompagnement Médico-Psycho-Social
SDF : Sans Domicile Fixe
SIAO : Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation
SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
SRP : Schéma Régional de Prévention
STATISS : STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
UD : Usager de Drogue
URACCS : Union Régionale Action Communautaire des Centres de Santé
URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
ZUS : Zone Urbaine Sensible

Agence régionale de santé Pays de la Loire

17 boulevard Gaston Doumergue

CS 53233

44262 NANTES cedex 2

02 49 10 40 00

www.ars.paysdelaloire.sante.fr

