

Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins de Lorraine 2012-2017

SOMMAIRE	Page
1) Le contexte législatif et réglementaire	3
2) Le cadre du PRAPS	
A) Finalité	4
B) Public-cible	4
3) Les freins à l'accès à la prévention et aux soins.	6
A) Les freins liés aux conditions de vie et aux évènements de vie des personnes	6
B) Les freins économiques à l'accès aux soins et à la prévention	7
C) Les freins liés aux pratiques professionnelles	8
D) Les freins liés aux dispositifs institutionnels	8
4) L'importance de la population concernée par le PRAPS en Lorraine	10
5) La santé du public-cible du PRAPS	13
6) Les dispositifs spécifiques d'accès à la santé existant en Lorraine	17
A) Les actions de santé publique	17
B) Les dispositifs spécifiques d'accès à la santé	19
➤ Dans le secteur sanitaire	19
➤ Dans le secteur médico-social	20
C) La politique de la ville	22
D) De nombreux acteurs et partenaires	23
7) Présentation du PRAPS	24
A) Processus d'élaboration	24
B) Contenu du programme	24
C) Leviers de mise en œuvre	26
D) Mise en œuvre territoriale du PRAPS	27
E) Pilotage et suivi	27
8) Fiches –Action	29
9) Glossaire	58

1) Le contexte législatif et réglementaire

Le PRAPS a été institué par la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Il est inscrit dans les objectifs de la politique nationale de santé et dans les missions des Agences Régionales de Santé qui la mettent en œuvre, conformément aux articles suivants du Code de Santé Publique :

- Art L 1411-1-1 : « L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. »
- Art L 1431-2 : « Les ARS veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité et d'exclusion. »
- Art L 1434-2 : « Le projet régional de santé est constitué :
1° D'un plan stratégique régional de santé (PSRS), qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;
2° De schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;
3° De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. »
- Art R 1434-7 : « Des programmes prévoient les actions et les financements permettant la mise en œuvre du projet régional de santé. Un même programme peut prévoir des mesures relevant de plusieurs schémas.
Chaque programme détermine les résultats attendus, les indicateurs permettant de mesurer leur réalisation et le calendrier de mise en œuvre des actions prévues. Il fixe les modalités de suivi et d'évaluation de ces actions (...). »
- Art D 1411-27 : « Le PRAPS a pour objet d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. A partir d'une analyse préalable des difficultés d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité, il fixe des actions prioritaires et détermine les modalités de leur mise en œuvre au niveau régional et aux niveaux des départements de la région. »

Le PRAPS s'appuie sur la dynamique régionale transversale constituée par le rapprochement au sein de l'ARS des secteurs de la prévention, du soin, de l'accompagnement médico-social et de l'assurance maladie. Il est conçu en déclinaison du PSRS et des trois schémas régionaux d'organisation.

Il s'inscrit plus particulièrement en Lorraine dans la priorité n° 2 du PSRS « Réduire les inégalités d'accès à la santé en lien avec les partenaires de l'ARS » et ses objectifs :

- « Promouvoir des actions de prévention pour les populations en difficultés sociales »
- « Développer des modalités d'intervention des professionnels de santé à l'égard des publics en difficulté ».
- « Informer les usagers sur le système de santé et leurs droits »
- « Former les usagers au bon usage du système de santé »

et dans les objectifs de la priorité 4 « Promouvoir une organisation régionale de santé et de qualité » :

- « Améliorer les coordinations et coopérations entre les acteurs de santé »
- « Veiller à une prise en charge globale de la personne ».

2) Le cadre du PRAPS

A) Finalité du PRAPS

Le PRAPS a pour finalité d'améliorer l'état de santé des personnes en situation de précarité en permettant aux personnes les plus démunies d'accéder au système de droit commun dans les domaines de la couverture sociale, de la prévention et des soins:

- par une meilleure connaissance des questions de santé liées à la précarité
- par le repérage des difficultés d'accès aux droits, à la prévention et aux soins
- par la mise en œuvre de soutien et d'accompagnement et le développement de dispositifs « passerelles » de nature à éviter le recours tardif ou le non-recours aux soins
- par une meilleure coordination des acteurs concernés, notamment à travers le décloisonnement des champs sanitaire et social en vue d'assurer le relais entre les différentes prises en charge.

La notion de précarité :

Définition de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion sociale : « La précarité, c'est la fragilité, l'instabilité des situations. La notion de précarité englobe celle de pauvreté. Elle fait référence aux incertitudes et aléas qui pèsent sur les individus au-delà même de leurs ressources du moment ».

La précarité ne concerne donc pas qu'une seule catégorie de population. Elle est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, familiale et sociale.

Les situations de vulnérabilité peuvent résulter d'une multitude de facteurs :

- d'ordre économique : bénéficiaires de minimas sociaux, travailleurs pauvres, personnes surendettées, emplois précaires, absence d'emploi
- d'ordre culturel : personnes illettrées, personnes d'origine étrangère
- d'ordre relationnel : parents isolés, jeunes en rupture familiale, grands marginaux
- liés à une rupture : veuvage, divorce, licenciement, sortie de prison, sortie d'établissement de santé sans solution d'accueil, étrangers en situation irrégulière
- relevant d'un manque de qualification : jeunes en échec scolaire ou sortis du dispositif de formation sans qualification
- d'ordre matériel : personnes sans logement ou en logement précaire.

Le concept de santé :

L'OMS a retenu une définition de la santé admise par tous :

« Un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ».

La charte d'Ottawa en 1986 précise que la santé exige un certain nombre de conditions préalables :

« L'individu doit pouvoir se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources et avoir droit à la justice sociale et un traitement équitable ».

Le PRAPS a pour vocation de proposer des solutions pragmatiques visant l'autonomie sociale pour faciliter l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des personnes les plus éloignées du système de santé et de droits sociaux.

Le PRAPS est ainsi un outil de pilotage et de planification de l'ARS qui a pour objectif de contribuer à réduire les inégalités sociales de santé.

B) Public-cible du PRAPS

Le public-cible du PRAPS est constitué des personnes qui rencontrent des difficultés importantes d'accès à la santé : n'étant pas en demande et s'inscrivant difficilement dans un parcours de soins de droit commun, ces personnes n'ont pas recours aux droits dont elles pourraient bénéficier, renoncent aux soins dont elles auraient besoin (sauf dans l'urgence), ont des difficultés de repérage dans le système de santé, sont peu réceptives aux actions de prévention.

Ces situations ont été objectivées par de nombreuses études nationales parmi lesquelles peuvent être mentionnées :

- Sur le non-recours aux droits : selon l'Observatoire des Inégalités (29 septembre 2011), une étude du fonds CMU estimait que le nombre de personnes n'ayant pas recours à la CMU-C était en France de 1,7 millions, soit un taux de non-recours de 20 %.
Trois facteurs de non-recours se combinent :
 - La non connaissance : manque d'information ou de compréhension sur les droits
 - La non réception : droits connus, demandés mais pas obtenus (par difficulté à mener une démarche administrative ou du fait des procédures)
 - La non demande : droits connus mais pas demandés (par désintérêt, lassitude des « gymkhanas » administratifs ou même perte de l'idée d'avoir des droits)

- Sur les difficultés d'accès à une couverture maladie complémentaire :
Selon l'enquête ESPS (Enquête Santé protection Sociale) menée par l'IRDES en 2006, le taux d'effort consacré à l'achat d'une complémentaire santé varie de 2,9 % pour les ménages les plus riches à 10,3 % pour les ménages les plus pauvres ; les sommes consacrées par ces derniers à cet achat sont cependant moindres que pour les ménages les plus aisés et les garanties offertes sont en conséquence moins importantes. Si 7 % des Français déclarent en 2006 ne pas avoir de complémentaire santé, ce taux passe à 14,4 % des personnes vivant au sein des ménages les plus modestes. Or, l'absence de couverture complémentaire est un facteur important de renoncement aux soins.
Le dispositif de l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé mis en place le 1^{er} janvier 2005 pour favoriser l'adhésion à une complémentaire santé n'a pas donné les résultats escomptés puisqu'en 2010 au niveau national, 535 000 personnes en bénéficiaient sur une population ciblée de 2 millions de personnes, soit un taux de non-recours de près de 75 % ; différentes raisons peuvent expliquer cette situation : déficit d'information sur le dispositif, complexité et difficulté de choisir une mutuelle, importance encore du reste à charge et du taux d'effort financier.

- Sur le renoncement aux soins (enquête CETAF- Fonds CMU auprès de consultants en centres d'exams de santé-2010) : près de la moitié des bénéficiaires de la CMU-C a renoncé à au moins un soin au cours des 12 mois précédant l'enquête. Plus du tiers des bénéficiaires a renoncé pour des raisons financières, principalement en raison de produits ou soins non remboursés (dentaire, médicaments, optique, spécialistes) mais aussi, par manque de connaissance sur les prestations prises en charge et presque un quart a renoncé pour des raisons autres que financières, que telles le manque de temps, un refus du professionnel, l'éloignement, les délais de rendez-vous, la peur du résultat, les soins jugés peu utiles.
Deux études de l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé in Questions d'économie de la santé n° 169 d'octobre 2011 et n° 170 de novembre 2011) analysent finement ce renoncement aux soins dans une approche économétrique et une approche socio-anthropologique

- Sur le problème de l'accessibilité financière aux soins : Une étude de la CNAMTS, parue dans le n° 35 de sa revue « Points de repère », montre qu'un quart des bénéficiaires de la CMU-C ont eu un reste à charge en 2010 d'un montant moyen de 66 €. Pour 5 % d'entre eux, le reste à charge moyen était de 280 € et atteint 690 € pour 1%. Ces restes à charges sont composés pour 44 % de frais d'optique, 15 % d'honoraires médicaux et 13 % de soins dentaires.

- Sur l'intérêt d'un accompagnement aux soins : une étude de la DREES publiée fin mai 2011 met en évidence que les bénéficiaires de l'AME ont davantage recours aux soins quand ils peuvent être épaulés à la fois par l'entourage familial et le milieu associatif pour effectuer démarches et formalités.

- Sur les refus de soins : le rapport annuel sur le droit des usagers du système de santé de la conférence nationale de santé du 10 juin 2010 intitulé « résoudre les refus de soins » rassemble plusieurs études attestant de la persistance de refus de soins à l'égard de personnes en situation de précarité économique, les professionnels les plus concernés étant les dentistes et certains spécialistes.

Nota : les personnes fragiles du seul fait de leur âge ou de leur handicap ne constituent pas un public cible du PRAPS (Cf. guide méthodologique national PRAPS - mars 2011).

3) Les freins à l'accès à la prévention et aux soins

Une enquête menée en région Lorraine par l'ARS en fin d'année 2010, auprès des acteurs de la région en lien avec les personnes en difficulté, a permis de mettre en évidence et de synthétiser les différents freins à l'accès aux droits, à la prévention et aux soins que rencontrent ces personnes et d'avoir un éclairage sur les raisons pour lesquelles elles n'ont pas recours au système de santé de la même manière que la population générale.

Les actions définies par le PRAPS devront contribuer à surmonter les obstacles identifiés afin de permettre au public cible d'intégrer un parcours de soins de droit commun et de réduire ainsi les inégalités sociales de santé.

Les obstacles à l'accès à la santé mis en lumière dans ce recueil d'expériences d'acteurs de terrain sont de natures diverses et relèvent de plusieurs champs :

- **les conditions de vie et les évènements de vie.**
- **les freins d'ordre économique**
- **les pratiques des professionnels de santé et sociaux**
- **l'organisation des institutions.**

A) Les freins liés aux conditions de vie et aux évènements de vie des personnes

- Face aux multiples difficultés que doivent affronter les personnes en situation de précarité au quotidien pour répondre aux besoins vitaux essentiels, considérés comme élémentaires, tels que l'hébergement et les besoins alimentaires, **la santé n'est pas une priorité et passe souvent au second plan des préoccupations.**
- La situation de pauvreté et de précarité peut provoquer un **sentiment de dévalorisation**, de mauvaise image de soi, de honte, de mal-être, source de **démotivation** à s'occuper de sa santé, qu'il s'agisse d'entreprendre des démarches administratives, d'effectuer des soins nécessaires ou de s'inscrire dans une démarche de prévention. Le **manque de confiance en soi, le déficit de compétences psychosociales** sont aussi de nature à entraver l'entrée dans une démarche de soins.
- Des expériences passées mal vécues ou incomprises, l'illisibilité des dispositifs de prévention et de soins donnent une **image négative du système de santé** et favorisent le développement d'une **appréhension vis-à-vis du monde médical et administratif**. **La peur** est souvent citée comme un frein, peur de l'inconnu, peur du regard des autres, peur du dépistage qui pourrait révéler une pathologie à laquelle il serait difficile de faire face, peur des effets secondaires des traitements.
- Des **problèmes de compréhension** pouvant être liés à des difficultés de lecture ou d'écriture, une **gestion du temps** peu maîtrisée, un **comportement parfois déroutant** (non-respect des rendez-vous par exemple), la **barrière de la langue** pour les étrangers, compliquent les relations avec le système de santé et les différents services administratifs permettant d'accéder aux soins et aux droits.
- Les **conditions de vie liées à la précarité** telles que l'instabilité sur le plan de l'activité ou du **logement**, la qualité du logement, les problèmes de **mobilité ou de transport**, la nécessité de trouver des solutions de **garde des enfants**...ont également un impact important sur les possibilités d'accéder aux soins, (que ce soit, par exemple, pour l'accès physique des personnes aux établissements et structures de prévention et de soins ou pour l'intervention de professionnels de santé auprès de personnes sans domicile, en habitat vétuste ou en structures d'hébergement social) ou pour l'accès aux droits avec, par exemple, des problèmes liés à la **réception et à la conservation des papiers justificatifs** exigés pour l'ouverture des droits. **En milieu rural, les difficultés sont majorées** par les problèmes d'éloignement et d'isolement géographique.
- Un **état de santé dégradé** du fait de pathologies physiques ou mentales, surtout en l'absence de soutien familial ou social, rend plus difficile l'entrée et le maintien dans des démarches d'accès aux droits et aux soins.

- En raison du cumul de difficultés rencontrées, des situations de détresse vécues et de l'incapacité ressentie d'y faire face, des personnes vont s'installer dans une situation de **déni ou de minimisation des problèmes de santé** ou alors **d'abandon et de rejet de toute démarche de soins et d'accès aux droits**.

B) Les freins économiques à l'accès aux soins et à la prévention

Le **coût des soins** constitue un obstacle récurrent pour des personnes ne disposant pas ou de peu de revenus, qui, même quand elles disposent d'une couverture maladie, ne peuvent pas toujours faire face aux **déremboursements de médicaments**, aux soins dispensés par des médecins en **secteur 2**, à **l'avance des frais, aux dépenses d'optique ou de prothèses dentaires**.

S'agissant de la **prise en charge financière des soins**, l'instauration, après la loi de lutte contre l'exclusion de 1998 de la **CMU, CMU-C, AME, ACS** a permis d'améliorer l'accessibilité financière aux soins des personnes les plus pauvres, mais des difficultés subsistent, le non-recours à ces droits demeure important :

- Il y a une grande **méconnaissance** de la part des personnes en précarité, et plus particulièrement des jeunes en rupture sociale, concernant le système de sécurité sociale (ticket modérateur, tiers payant, remboursement à 100%...), les droits sociaux, leurs conditions d'obtention, les démarches à accomplir, les aides existantes et les dispositifs mis en place pour faciliter l'accès à une couverture maladie (PASS, associations..)
- Suivant les termes employés dans plusieurs réponses à l'enquête, l'obtention des droits sociaux ressemble à un « **parcours du combattant** ». Il apparaît ainsi une contradiction entre la notion de « couverture maladie universelle » instaurée par la loi et la **complexité des dossiers et la lourdeur des démarches** devant conduire les personnes les plus en difficultés à en bénéficier : dossiers de demande compliqués à remplir, pièces justificatives nombreuses et difficiles à fournir eu égard aux parcours de vie souvent faits de ruptures, délais de traitement des dossiers estimés trop longs, renouvellement annuel des droits source d'oublis et donc de rupture dans les droits.
- Du fait de l'ignorance concernant cet accès aux droits, de la complexité des dossiers nécessaires et des difficultés liées au vécu des personnes à s'inscrire dans un projet de santé, à entreprendre des démarches administratives et à les mener à leur terme, de **nombreuses personnes, potentiellement bénéficiaires de droits, ne les font pas valoir**. Les droits ne seront ouverts, souvent, qu'à la suite de **l'intervention de professionnels ou de bénévoles amenés à accompagner** ce public lors d'événements heureux ou malheureux de la vie : hospitalisation, naissance, insertion professionnelle, hébergement social, incarcération...
- De nombreuses personnes ou ménages ont des **revenus faibles mais supérieurs aux plafonds** fixés pour l'obtention de ces droits (travailleurs « pauvres », personnes âgées ou handicapées isolées...). Parmi ceux-ci, certains, disposent d'une couverture maladie de base mais font l'impasse sur l'adhésion à une mutuelle pour des raisons de budget, ce qui peut les amener à **renoncer aux soins ou à les différer ou à se retrouver en situation de surendettement** du fait de dépenses de santé.
- **L'accès à une couverture complémentaire** à la couverture maladie de base n'est pas évident : les personnes concernées n'ont pas la culture de la « mutualisation » et sont perdues dans la complexité des complémentaires santé ; il est **difficile de se repérer dans les prestations offertes et les coûts correspondants**. **Les aides légales (ACS) et extralégales** des caisses d'assurance maladie pour l'accès à une mutuelle sont **méconnues et sous-utilisées**.

C) Les freins liés aux pratiques professionnelles

Les réponses à l'enquête ont mis en évidence que les pratiques professionnelles pouvaient être de nature à freiner l'accès à la prévention et aux soins des personnes très vulnérables :

- L'attitude des professionnels

Face au vécu des personnes en précarité qui est de nature à induire des difficultés spécifiques d'accès à la santé, **l'attitude des professionnels** peut se révéler **inadaptée** pour répondre aux besoins spécifiques de ce public. Ont été relevés :

- **Le manque de disponibilité** (pouvant provenir d'un manque de moyens) des professionnels alors que les prises en charge aussi bien en matière de soins que de prévention nécessitent de se développer sur la durée ; **le facteur temps** joue un rôle très important dans l'accès à la santé des personnes en précarité.
 - **L'accueil parfois désagréable** réservé aux populations en précarité et le **manque d'écoute**.
 - **Les idées reçues** sur l'approche de la précarité qui peuvent être liées à un **manque d'information et de formation** des personnels au repérage et à la prise en charge du public en difficulté
 - **L'absence de travail en partenariat** entre les professionnels de santé ou sociaux intervenant auprès de la même personne et **le manque de coordination** préjudiciables à la prise en compte globale de la situation de la personne et à la continuité des soins.
- La pratique des professionnels de soins libéraux

Certaines pratiques des professionnels de santé sont de nature à exclure ou éloigner des soins les populations les plus en difficulté :

- **l'absence ou le refus de tiers payant**
 - les **dépassements d'honoraires**
 - les **refus de soins** parfois « cachés » derrière la fixation de **délais de rendez-vous très longs** ou la présentation de **devis exorbitants** (pour des soins dentaires par exemple)
- La conception des actions de prévention :

Les messages de prévention primaire ont peu d'écho sur les personnes en précarité qui n'arrivent à se mobiliser qu'une fois en mauvaise santé. En effet, comment se projeter dans le futur quand il faut faire face au jour le jour à de grandes difficultés ?

Dans ces conditions, la conception des campagnes de prévention « tout public » est estimée inadaptée au public en précarité pour diverses raisons :

- **La conception très descendante** des campagnes de prévention peu ancrées dans le quotidien et les préoccupations des personnes
- **Le manque de clarté des messages** de prévention, la multitude d'informations et leur illisibilité
- **L'inadaptation des supports** pour des personnes peu sensibles à l'écrit ou souffrant d'illettrisme,
- **L'absence d'implication et de participation** active du public-cible à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des actions menées.

D) Les freins liés aux dispositifs institutionnels

Les difficultés d'accès à la santé des personnes vulnérables peuvent résulter d'un déficit de structure de santé sur un territoire ou d'un fonctionnement inadapté de structures existantes (dysfonctionnement ou saturation de certains dispositifs).

Les freins suivants ont été relevés :

- **L'absence de prise en compte dans l'organisation d'une institution des besoins spécifiques du public précaire** peut générer un obstacle important à l'accès à la santé : l'exemple des CPAM est souvent cité, le passage obligé par la plate-forme téléphonique ou par l'accueil « tout public » pour les personnes ayant des difficultés (et pour les professionnels qui les accompagnent) ne permettant plus d'apporter à ces personnes une aide spécifique nécessaire dans leurs démarches complexes d'accès aux droits, avec le risque de les décourager de mener ces démarches à leur terme.

- **Le manque de connaissance réciproque des acteurs sociaux et de santé** sur un territoire et du périmètre de leur intervention diminue l'efficacité de l'action de chacun d'entre eux auprès du public en difficulté.
- Le fonctionnement de certains dispositifs ne correspond pas toujours de façon optimum aux missions qui leur ont été confiées **et n'apporte pas en conséquence la réponse attendue aux besoins**, avec l'exemple de PASS peu ouvertes sur l'extérieur de l'établissement.
- **Le déficit en professionnels de santé sur certains territoires**, notamment en psychiatrie, ou le **manque de moyens disponibles** retarde l'entrée dans les soins en raison des délais d'attente imposés (or, il est important de permettre aux personnes de se soigner dès qu'elles sont motivées pour le faire) ou de la nécessité de déplacements importants pour accéder aux soins.
- **L'éloignement géographique** de dispositifs spécifiques tels que les PASS, CSAPA CAARUD corrélé aux **difficultés de transports** nécessiterait de réfléchir à des modalités de rapprochement à mettre en place entre ces services et le public concerné.
- Le manque de possibilité de recours à des **solutions d'interprétariat** rend difficile l'accès à la santé des personnes étrangères.

4) L'importance de la population concernée par le PRAPS en Lorraine

Il est difficile de déterminer précisément le nombre de personnes rencontrant des difficultés d'accès à la santé dans la région, ces difficultés d'accès ayant des causes multifactorielles. Les indicateurs de précarité économique apportent un éclairage sur l'importance de la population pouvant être concernée par ces difficultés.

- **Une personne sur 7 en Lorraine, vit en-dessous du seuil de pauvreté** (indicateur de pauvreté monétaire fixé à 60 % de la médiane des niveaux de vie), soit 326 144 personnes représentant **13,9 %** de la population, contre 13 % au niveau national (source INSEE au 31/12/2008). Les taux sont variables selon les départements : **13,3 %** en Meurthe et Moselle, **14,5 %** en Meuse, **14,1 %** en Moselle et **14,1 %** dans les Vosges.
- **Une personne sur 10 en âge de travailler en Lorraine est demandeur d'emploi** au 31 décembre 2010, à savoir 105 088 personnes dans la région, soit un taux de 9,9 %, contre 9,3 % en France métropolitaine, ce taux variant de 9,4 % en Meurthe et Moselle à 10,7 % dans les Vosges (source INSEE).

Les jeunes et les demandeurs d'emploi de longue durée sont les catégories de population les plus affectées par le chômage.

Demandeurs d'emploi au 31 décembre 2010 (source INSEE)						
	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France
Demandeurs d'emploi	31 324	8 485	47 772	17 507	105 088	2 884 644
Taux de chômage	9,4	10,1	9,9	10,7	9,9	9,3
Bénéficiaires de l'ASS au 31 12 2009	3659	1 133	5 637	3 185	13 614	

13 614 personnes bénéficiaient au 31 décembre 2009 de l'Allocation de Solidarité Spécifique destinée aux chômeurs de longue durée ayant épuisé leurs droits à l'assurance chômage

- **Une personne sur 20 âgée de 25 à 64 ans en Lorraine bénéficiait du Revenu de Solidarité Active** en 2010 en Lorraine, soit 69 806 personnes, avec le taux plus faible en Moselle (5,2%) et le plus élevé en Meurthe et Moselle (6,3 %).

Mis en place en juin 2009, le RSA remplace le RMI, l'API et englobe des aides supplémentaires permettant aux bénéficiaires d'atteindre un seuil minimum de revenu

Allocataires du RSA						
Année 2010	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France
Allocataires du RSA	23 593	5 955	29 376	10 882	69 806	1 797 714
Taux pour 100 pers. de 25 à 64 ans	6,3	5,9	5,2	5,5	5,5	5,6

source CAF, MSA

- **Une personne sur 20 en Lorraine était bénéficiaire de la CMU-Complémentaire** au 31 décembre 2009. La Couverture Maladie Universelle garantit à toute personne résidant en France de façon stable et régulière, non-couverte par un régime obligatoire d'assurance maladie, de bénéficier de la prise en charge de ses dépenses de santé ; la Couverture Maladie Universelle-Complémentaire permet de bénéficier gratuitement d'une couverture maladie complémentaire, sous condition de ressources, et assure une prise en charge des soins à 100 % sans avance des frais.

Le taux de couverture régional de la CMU-C (5,2 %) est plus faible que le taux français (6,4%), le régime local d'assurance maladie ayant sans doute un impact sur le taux mosellan de 4,3 %.

Bénéficiaires de la CMU						
Année 2009	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France
CMU de base	18 099	4 460	17 987	8 177	48 723	2 042 601
CMU complémentaire	44 342	11 134	45 803	22 082	123 361	4 111 816
Taux de couverture de la population par CMU-C (en %)	6	5,6	4,3	5,6	5,2	6,4

Sources : CCMSA ; CNAMTS ; Régime social des indépendants.

- **L'Aide Médicale Etat**, instaurée par la loi n° 99-641 de juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle, est accordée, sous condition de ressources, aux étrangers en situation irrégulière, résidant effectivement sur le territoire français depuis plus de trois mois.

Bénéficiaires de l'AME					
Année 2010	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine
AME	960	153	847	118	2 078

Source Médiam

- **L'Aide à l'Acquisition d'un Complémentaire Santé (ACS)** mise en place le 1^{er} janvier 2005 est accessible aux ménages modestes dont le niveau de vie se situe entre le plafond CMU-C et ce plafond majoré de 26 % (entre 634 € et 799 € pour une personne seule). Elle ouvre droit à une déduction sur la cotisation auprès d'un organisme de protection complémentaire et permet également de bénéficier de la dispense d'avance de frais, pour la partie obligatoire, pour les consultations médicales réalisées dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Bénéficiaires de l'ACS					
Année 2010	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine
ACS	6 932	1 282	5 902	3 586	17 702

Source SIAM-ERASME

- **La population immigrée en lorraine représente 7,7 %** de la population régionale (source PRIPI, recensement 2006 INSEE), soit 179 228 personnes. Le taux de chômage y atteint 18,5% ; près de 30% des personnes immigrées n'ont aucun diplôme, 32 % ont 60 ans et plus.

5) La santé du public cible du PRAPS

De nombreuses études ont montré que la situation socio-économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé et que les populations en situation de précarité cumulent les problèmes de santé. Les différents processus de précarisation s'accompagnent bien souvent d'une souffrance psychique et peuvent conduire à une dégradation de la santé.

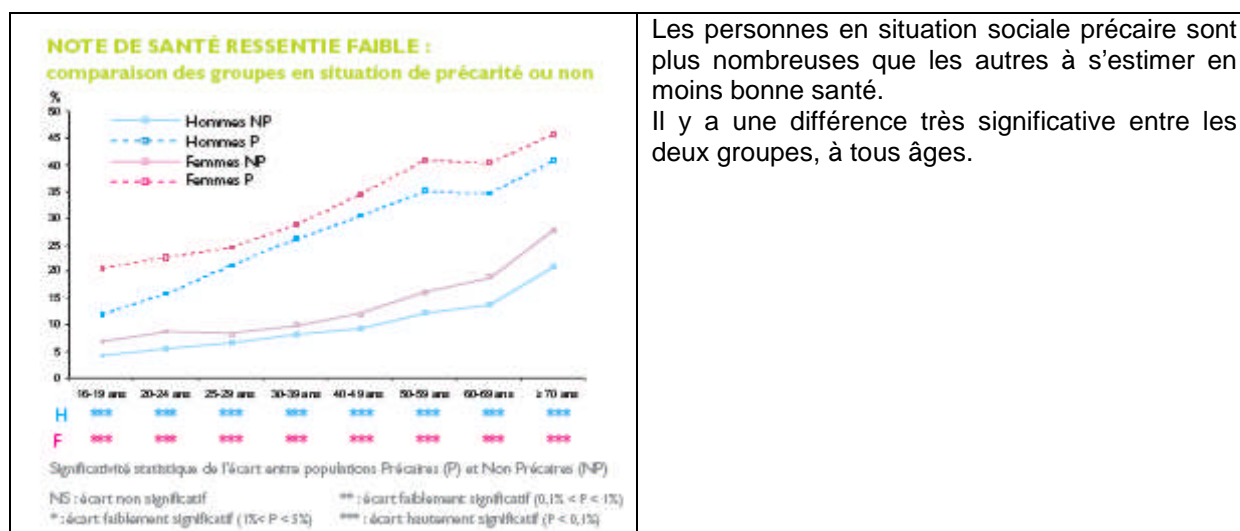
Il n'existe pas de pathologie spécifique de la pauvreté ou de la précarité, mais un plus grand risque face aux pathologies de la population générale. Les ruptures et conditions de vie qui caractérisent la précarité sociale induisent ou révèlent des problèmes de santé, parfois aussi elles en découlent.

Le recours aux soins est souvent plus tardif et il est constaté un recours plus fréquent à l'hôpital qui, face à l'urgence des situations pouvant résulter d'un accès retardé aux soins, permet une prise en charge globale du patient et évite l'avance des frais.

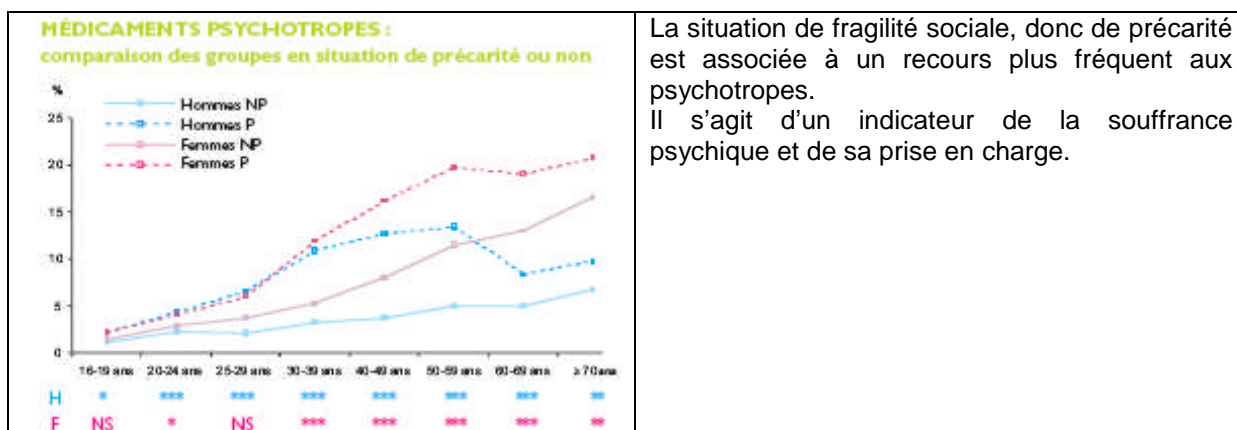
Les illustrations suivantes des différences constatées entre l'état de santé des populations le plus en difficulté et la population non précaire sont issues du tableau de bord de la santé en Lorraine 2004-2008 élaboré par l'UC-Centre de Médecine Préventive de Vandoeuvre en partenariat avec le Centre d'Examens de Santé de Moselle, les données ayant été recueillies auprès de 150 000 consultants de plus de 16 ans. La situation de précarité des personnes a été évaluée au moyen du score EPICES utilisé par les Centres d'Examens de Santé.

(figure, en traits pleins, la population générale et en traits pointillés, la population en situation de précarité ; en bleu, les hommes et en rose, les femmes)

a. La santé ressentie

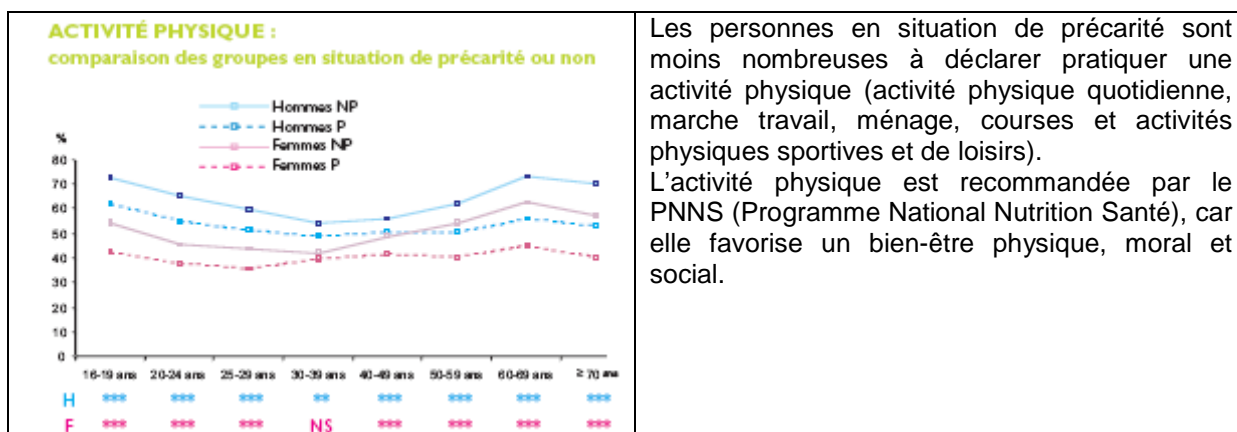


b. La consommation de médicaments psychotropes



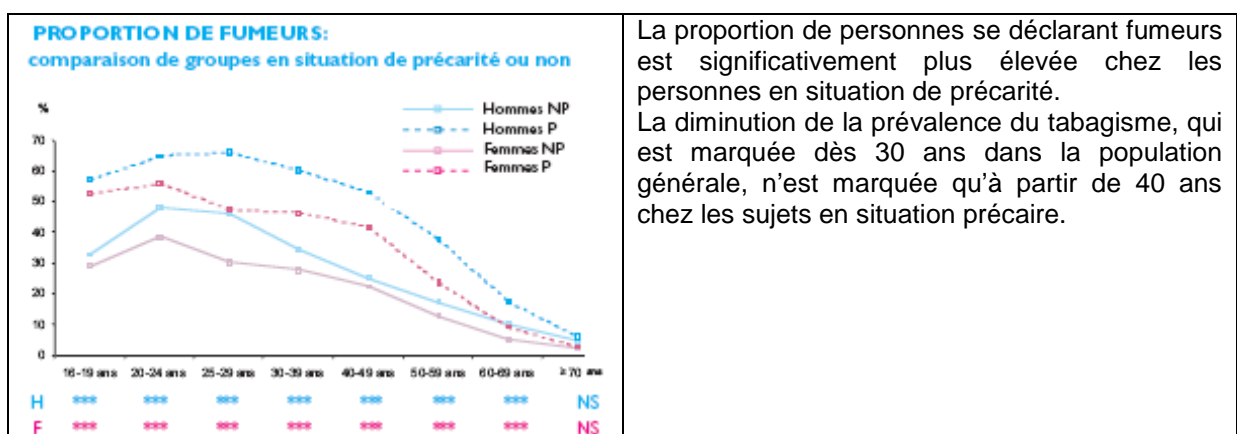
La situation de fragilité sociale, donc de précarité est associée à un recours plus fréquent aux psychotropes. Il s'agit d'un indicateur de la souffrance psychique et de sa prise en charge.

c. La pratique de l'activité physique



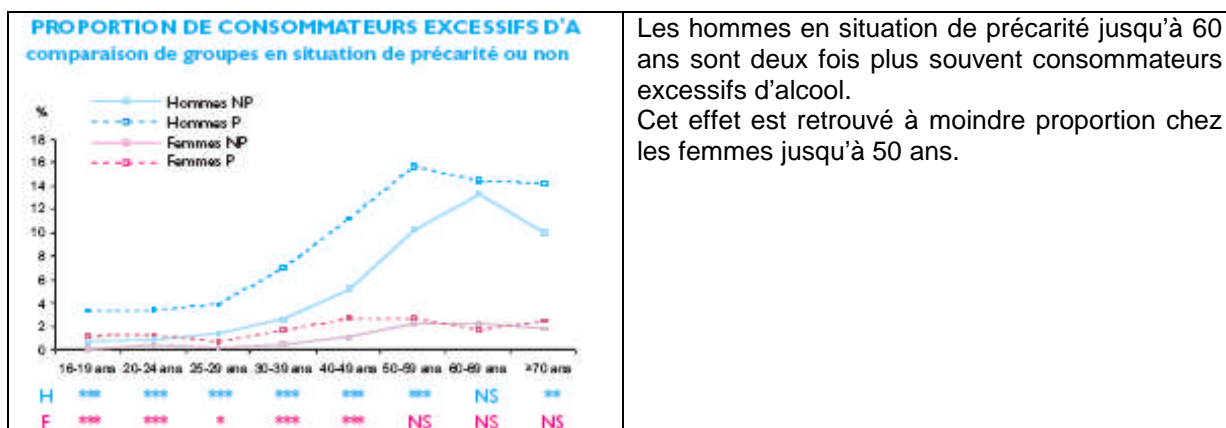
Les personnes en situation de précarité sont moins nombreuses à déclarer pratiquer une activité physique (activité physique quotidienne, marche travail, ménage, courses et activités physiques sportives et de loisirs). L'activité physique est recommandée par le PNNS (Programme National Nutrition Santé), car elle favorise un bien-être physique, moral et social.

d. La consommation de tabac

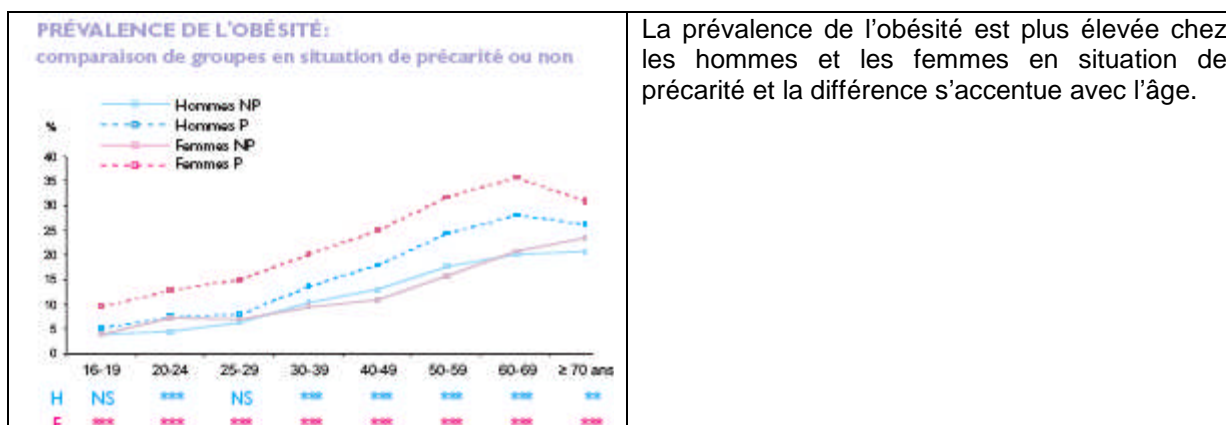


La proportion de personnes se déclarant fumeurs est significativement plus élevée chez les personnes en situation de précarité. La diminution de la prévalence du tabagisme, qui est marquée dès 30 ans dans la population générale, n'est marquée qu'à partir de 40 ans chez les sujets en situation précaire.

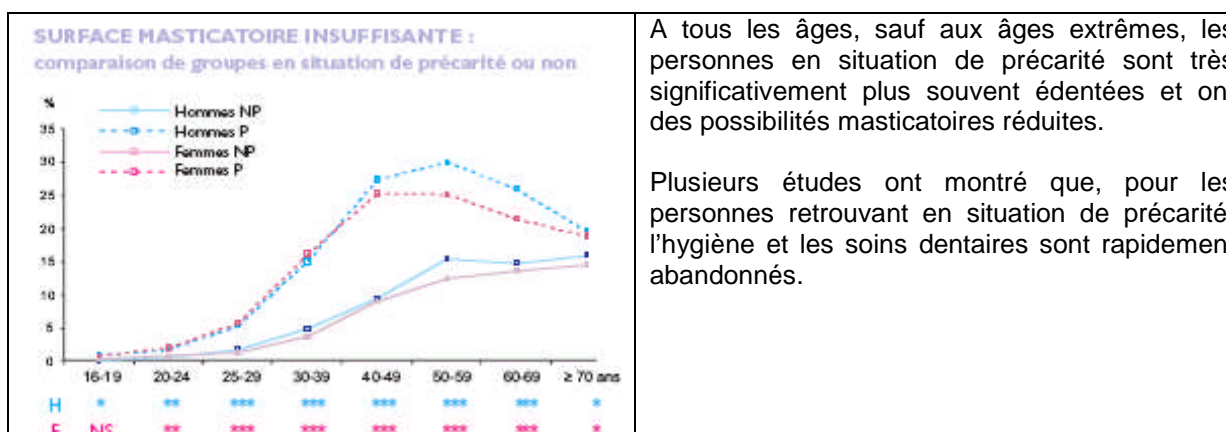
e. La consommation excessive d'alcool



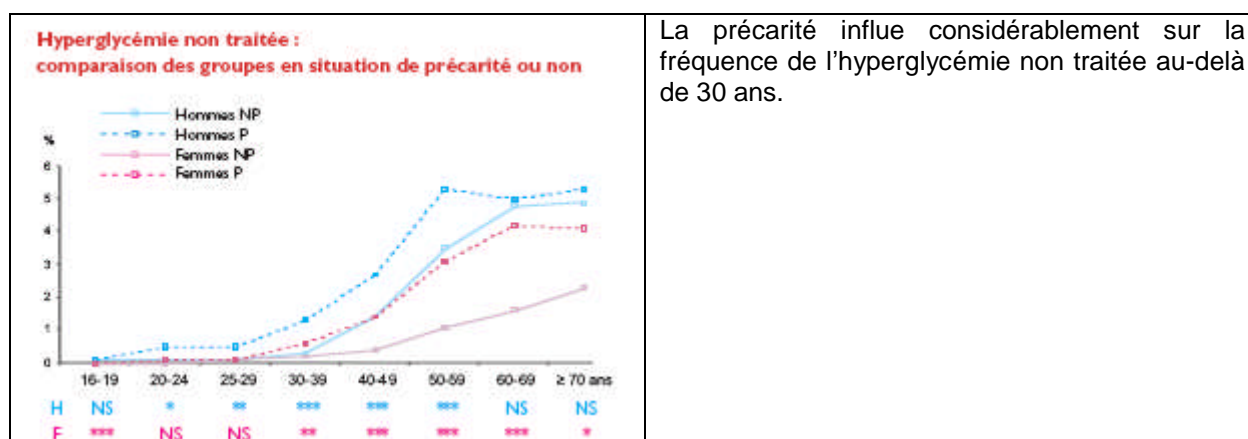
f. La prévalence de l'obésité



g. La surface masticatoire insuffisante



h. L'hyperglycémie non traitée



La précarité influe considérablement sur la fréquence de l'hyperglycémie non traitée au-delà de 30 ans.

Pour parvenir à une amélioration de l'état de santé des personnes les plus défavorisées et, par voie de conséquences, à une réduction des inégalités de sociales de santé, il importe de parvenir à mieux connaître et prendre en compte les déterminants sociaux qui interagissent fortement sur l'état de santé des personnes.

6) Les dispositifs spécifiques d'accès à la santé existant en Lorraine

Pour répondre aux difficultés identifiées d'accès à la santé, la loi de lutte contre l'exclusion de 1998 a prévu l'élaboration des premiers PRAPS et la mise en place de dispositifs spécifiques favorisant l'accès à la santé des plus démunis.

A) Les actions de santé publique

En Lorraine, les PRAPS 2000-2002 et 2003-2006 ont impulsé de nombreuses actions dans la région de nature à permettre l'accès aux droits pour tous et à favoriser l'accès à la prévention et aux soins, actions financées par des crédits spécifiques du Ministère de la Santé alloués dans le cadre du PRAPS et pouvant être cofinancées par l'Assurance Maladie (FNPEIS) et les collectivités. Les priorités retenues, à savoir la santé des jeunes et la souffrance psychique, se sont traduites par le développement d'une dynamique forte en faveur de la prise en compte de la santé en particulier dans les missions locales ou autre dispositifs d'accueil et d'insertion des personnes vulnérables.

A partir de 2007, la mise en œuvre de ces actions s'est poursuivie dans le cadre du Groupement Régional de Santé Publique de Lorraine, GIP regroupant les moyens de l'Etat, de l'Assurance Maladie et des collectivités. L'enveloppe financière relative aux actions « PRAPS » n'y était plus individualisée, mais une priorité était accordée aux actions touchant les populations en situation de précarité dans l'ensemble des thématiques de prévention ciblées par le Plan Régional de Santé Publique de Lorraine auxquelles a été ajoutée le thématique « accès aux soins ».

L'appel à projets lancé par l'Agence Régionale de Santé de Lorraine en 2010 et 2011 a, de même, permis de subventionner un nombre important d'actions en direction de ce public.

La diminution en 2011 du nombre de projets financés et du montant de l'enveloppe résulte, d'une part, d'une diminution de l'enveloppe disponible et, d'autre part, du fait que certaines actions financées en 2010 dans le cadre de l'appel à projets n'émargent plus à l'appel à projets 2011, ayant été intégrées dans des conventions passées entre l'ARS de Lorraine et des organismes régionaux.

Le montant total des actions à destination des personnes vulnérables représentait 38 % de l'enveloppe affectée à l'appel à projets en 2010 et 48 % en 2011.

Il conviendrait de compléter cet état des lieux par les nombreuses actions menées dans la région sur fonds propres par certains acteurs (par exemple, les actions de santé menées auprès de bénéficiaires du RSA par des Conseils Généraux ou les actions de prévention développées par les CPAM ou les Centres d'Examens de santé auprès de publics en difficulté) ainsi que les actions financées sur d'autres enveloppes comme les actions des volets santé des CUCS bénéficiant d'un cofinancement ACSé- collectivités locales.

Projets en direction des publics vulnérables financés en Lorraine en 2010 et 2011
dans le cadre de l'appel à projets ARS

Population cible	Nb 2010	Montant AAP 2010*	Nb 2011	Montant AAP 2011*	Actions menées
1) Personnes hébergées en établissements sociaux (CHRS...) et résidences sociales	15	154 322	11	93 386	Ateliers et animations thématiques : nutrition-activités physiques, addictions, estime de soi, bien-être, sexualité, santé mentale Développement des compétences psychosociales Ateliers de création artistique Orientation vers des structures de prise en charge, accompagnement vers les soins
2) Population précaire non hébergée suivie par des CCAS, association caritatives, associations du secteur social, médico-social ou d'insertion	28	283 538	23	256 310	Ateliers et animations thématiques : nutrition- activités physiques, addictions, VIH/SIDA/hépatites, prévention des situations de violence Développement des compétences psychosociales et de l'estime de soi Accueil, accompagnement vers les soins, aide à l'accès aux droits
3) Jeunes de 16-25 ans accueillis en missions locales, PAIO, associations d'insertion, FJT, CCAS	26	294 890	18	234 115	Ateliers, groupes de paroles, animations thématiques : bien-être, addictions, nutrition-activités physiques, sexualité, tabac, violences, hygiène, SIDA, conduites à risques, Animation d' Espaces-Santé Développement des compétences psycho-sociales et de l'estime de soi Accompagnements dans la démarche de soins, vers les bilans de santé
4) Habitants de quartiers prioritaires, Usagers de centres sociaux, Associations de quartier	28	117 468	20	113 674	Thématique "nutrition" dominante dans les actions de prévention mises en place (14 actions) Autres ateliers thématiques : bien-être, addictions, dépistage des cancers, développement des compétences psycho sociales, Accompagnement dans l'accès aux droits
5) Personnes sous main de justice	15	220 299	9	55 544	De l'obligation de soins à l'accompagnement individualisé Ateliers et activités thérapeutiques : art thérapie, vie affective et sexuelle, activités physiques, relaxation Renforcement des compétences psychosociales et de l'estime de soi
TOTAL	112	1 070 517	81	753 029	*Y compris Conseil Régional et Régime local

B) Les dispositifs spécifiques d'accès à la santé

➤ Dans le secteur sanitaire

- **Les PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé)**

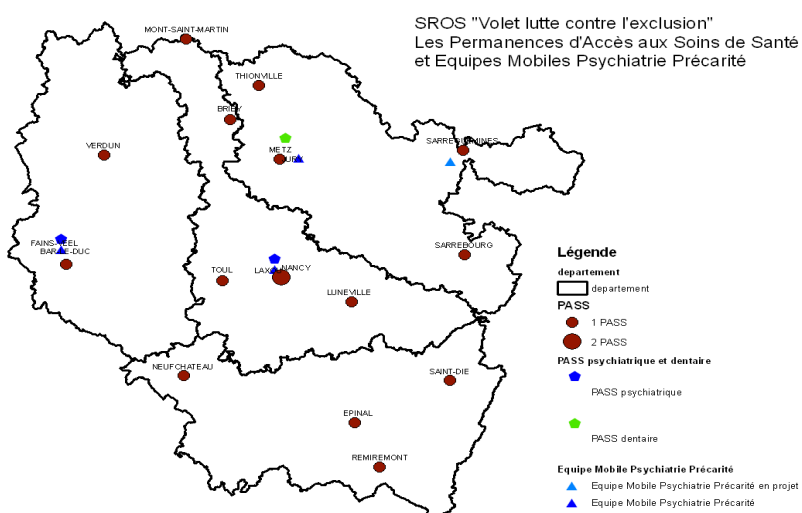
La loi de lutte contre l'exclusion a confié aux établissements de santé une « mission de lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination » (Art L 6112-1 CSP).

Eléments-clé de cette mission, les **PASS** se définissent comme des « cellules de prise en charge médicale et sociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social » (Art L6112-6 CSP).

Les PASS assurent une mission de repérage des personnes en difficulté, de prise en charge ambulatoire sans délai, de récupération de droits sociaux, avec comme objectif, la réintégration au plus tôt dans le système de droit commun.

Avec 19 PASS, la Lorraine dispose d'une bonne couverture territoriale concernant ces dispositifs, excepté dans le Bassin Houiller qui concentre pourtant une population importante en situation de précarité. Par ailleurs, la réponse en matière de soins dentaires pour les plus démunies doit être améliorée dans la région.

Une enquête régionale menée auprès des PASS en avril 2011 a fait apparaître la nécessité de travailler sur l'optimisation de leur fonctionnement, afin de les rendre plus visibles aussi bien en interne que vis-à-vis du public-cible et de leurs partenaires extérieurs et de développer leur rôle moteur dans l'accès aux soins des personnes qui en sont le plus éloignées.



- **Les Equipes Mobiles de Psychiatrie Précarité (EMPP)**

Elles ont été instaurées par la circulaire n° 2005- 521 du 23 novembre 2005. Elles ont pour objet d'intervenir, tant auprès des personnes en situation de précarité et d'exclusion, qu'auprès des personnels travaillant avec elles, là où se trouvent les personnes en difficulté : dans la rue, en lieux d'accueil social ou d'hébergement, isolées en milieu rural... Elles constituent un dispositif complémentaire, intersectoriel, situé à l'interface du dispositif de soins de droit commun et du dispositif social, afin de mieux appréhender la spécificité des besoins des publics concernés, tout en veillant à respecter le libre choix de ces patients.

En Lorraine, 3 équipes mobiles de psychiatrie précarité ont été créées : au CPN de LAXOU (54), au CHS de FAINS-VEEL (55) et au CHS de JURY les METZ (57). Une équipe est en cours de création au CHS de Sarreguemines (57). Aucune équipe n'existe dans les Vosges.

- Les équipes mobiles précarité MCO

Il n'y a pas en Lorraine d'équipe mobile précarité MCO pouvant assurer le suivi et les soins des personnes en situation de précarité dans leur lieu de vie. Or, il y aurait besoin, pour un véritable accès aux soins, d'aller au-devant de personnes très marginalisées, très éloignées du système de santé, qui n'ont recours aux soins qu'en cas d'extrême urgence. C'est pourquoi, le volet SROS « lutte contre l'exclusion » a reconnu l'opportunité de créer de telles équipes, en articulation avec une PASS existante, et par redéploiement de moyens existants.

Secteur sanitaire : dispositifs spécifiques d'accès à la santé

Au 31 décembre 2011	54	55	57	88	Région Lorraine
Permanence d'Accès aux Soins de Santé	CHRU Nancy Maternité régionale de Nancy CH Lunéville CH Toul CH Briey Alpha-Santé à Mont-Saint-Martin	CH Bar le Duc CH Verdun	CHR Metz CHR Thionville CH Sarrebourg CH Sarreguemines	CH Epinal CH Remiremont CH Saint-Dié CH Neufchâteau	16
PASS psychiatrique	CPN Laxou	CHS Fains-Veel			2
PASS dentaire			CHR Metz-Thionville		1
Equipe Mobile Psychiatrie Précarité	CPN Laxou	CHS Fains-Veel	CHS Jury les Metz CHS Sarreguemines		3 + 1

➤ Dans le secteur médico-social

- Les Lits Halte Soins Santé (LHSS)

Créés par la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la sécurité sociale, les LHSS permettent aux personnes de recevoir des soins médicaux et paramédicaux qui leur seraient dispensés à domicile s'ils en disposaient. Ils constituent une modalité de prise en charge globale articulant une dimension sociale avec hébergement temporaire de personnes sans domicile et une dimension de soins et de prévention pour une durée moyenne de prise en charge fixée à deux mois.

En Lorraine, 35 LHSS sont ouverts ou en cours de création, 20 en Meurthe et Moselle et 15 en Moselle. Il n'en existe aucun dans la Meuse et les Vosges.

La faiblesse des dispositifs spécifiques existants en matière de soins des personnes très défavorisées et/ou les difficultés d'accueil dans les structures de droit commun (SSR, HAD) peuvent conduire à admettre en LHSS des personnes dont l'état de santé ne correspond pas au cahier des charges de ces structures, d'où un risque d'engorgement du dispositif et de mise en difficulté du personnel qui y exerce.

- Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)

Instaurés par le décret 2002-1227 du 3 octobre 2002, les ACT hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale, nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. Initialement réservés aux malades atteints par le VIH-VHC, ils sont désormais rendus accessibles, par la circulaire DGAS/DGS/DSS/SDJ/2008 2 janvier 2008, aux personnes souffrant de maladies chroniques invalidantes.

35 ACT sont ouverts en Lorraine en 2011, 15 en Meurthe et Moselle et 20 en Moselle. Un appel à projets est lancé pour la création de 12 ACT supplémentaires, dont 6 seront réservés à des personnes sortant de prison.

- **Un Foyer d'Accueil Médicalisé**

Il est à noter l'ouverture à Nancy en Meurthe et Moselle en septembre 2011 d'un Foyer d'Accueil Médicalisé de 30 places accueillant spécifiquement des personnes handicapées en situation de grande précarité.

- **les Lits d'Accueil Médicalisé (LAM)**

En raison des problèmes constatés en matière de soins de longue durée de personnes en grande difficulté, l'ARS Lorraine attend avec intérêt l'évaluation concernant l'expérimentation de LAM, initiée par la Ministère de la santé dans trois régions, pour s'inscrire, le cas échéant, dans cette nouvelle démarche et être en mesure de compléter l'offre médico-sociale existante dans la région pour la prise en charge des plus défavorisés.

Secteur médico-social : dispositifs spécifiques d'accès à la santé

Au 31 décembre 2011	54	55	57	88	Région Lorraine
Lits Halte Soins Santé (LHSS)	ARS Nancy : 20 lits		Le Relais Metz: 5 lits AIEM Metz: 4 lits Horizon Stiring-Wendel : 6 lits (en cours)		35 lits
Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)	ARS Nancy : 15 places		FOMAL Metz: 20 places		35 places
<i>Appel à projets 2011 ACT- dépt ciblés :</i>					6 places
<i>Appel à projets 2011 ACT sortant de prison – dépt ciblés :</i>					6 places
Foyer d'Accueil Médicalisé	ARS Nancy : 30 places				30 places

- **Les structures médico-sociales en addictologie** ne sont pas spécifiquement dédiées à un public en difficulté sociale, mais leur file active comprend pour une part importante un tel public.

Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), issus de la loi du 9 août 2004, s'adressent à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins ou à celles dont les modes de consommation ou les drogues consommées exposent à des risques majeurs (infections, notamment hépatite C, accidents, etc.). Une attention particulière est portée aux usagers les plus marginalisés.

L'article R.3121-33-1 CSP fixe aux CAARUD les missions suivantes : l'accueil, l'information et le conseil personnalisé des usagers de drogues, l'aide à l'accès aux soins (hygiène, soins de première nécessité, dépistage des infections transmissibles...), le soutien dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou à la réinsertion professionnelle, la mise à disposition de matériel de prévention des infections, l'intervention de proximité en vue d'établir un contact avec les usagers, le développement d'actions de médiation sociale.

Il existe 5 CAARUD en Lorraine : 2 à Nancy (gérés par AIDES et l'AGU), 2 à Metz (gérés par AIDES et le CMSEA) et un à Epinal (géré par l'AVSEA).

Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), créés par les décrets 2007-877 du 14 mai 2007 et du 24 janvier 2008, accueillent les personnes en difficulté avec leur consommation de substances psycho actives licites ou non avec pour missions: l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne concernée ou de son entourage, la réduction des risques liés à la consommation, la prise en charge médicale et psychologique, la prise en charge sociale et éducative, qui comprend l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

11 CSAPA sont ouverts en Lorraine:

- 2 en Meurthe et Moselle : CSAPA alcool-toxicomanie, gérés par le CHU à Nancy et ALPHA-SANTE à Mont Saint-Martin
- 2 en Meuse : un CSAPA alcool géré par l'ANPAA 55 et un CSAPA toxicomanie géré par CENTR'AID à SAINT-MIHIEL
- 3 en Moselle : un CSAPA alcool géré par le CDPA en Moselle, un CSAPA toxicomanie géré par le CMSEA en Moselle et un CSAPA toxicomanie géré par le CHS de JURY (Beaudelaire à Metz et à Thionville)
- 4 dans les Vosges : un CSAPA alcool géré par l'ANPAA à Neufchâteau, un CSAPA alcool géré par la FMS à Epinal, Remiremont, Saint-Dié, un CSAPA toxicomanie géré par l'AVSEA La Croisée à Epinal, Remiremont, Saint-Dié et un CSAPA toxicomanie avec hébergement « les Hauts des Frêts » à GERBEPAL.

C) La politique de la ville

La loi du 1 août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine prévoit qu'en vue de réduire les inégalités sociales et les écarts de développement entre les territoires, l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics élaborent et mettent en œuvre des programmes d'action dans les zones urbaines sensibles

L'article L 1435-1 CSP prévoit que l'Agence Régionale de Santé est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'action prévus par l'article 1er de la loi du 1er août 2003 dans le domaine de la santé.

En Lorraine, 22 **Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS)** ont été signés, soit :

- 4 en Meurthe et Moselle : (Grand Nancy, Longwy, Toul, Lunéville)
- 2 en Meuse : (Vallée de l'Ornain, Verdun)
- 13 en Moselle : (Forbach Porte de France, Agglomération du Val Fensch, Pays Naborien, Agglomération Portes France Thionville, Hombourg-Haut-Farebersviller-Freymin-Merlebach, Creutzwald, Guénange, Metz, Montigny-les-Metz, Moyeuvre-Grande, Sarrebourg, Sarreguemines, Woippy)
- 3 dans les Vosges : Epinal-Golbey-Chantraine, Remiremont, Saint-Dié.

La santé constitue une des thématiques prioritaires des CUCS. Les moyens mobilisés au titre des crédits de l'ACSé pour la mise en œuvre d'actions concernant la santé s'élevaient à 264 562 € en 2010 soit 100 019 € en Meurthe et Moselle, 46 140 € en Meuse, 89 003 € en Moselle et 29 700€ dans les Vosges.

Les **Ateliers Santé Ville (ASV)** constituent un outil spécifique de mise en œuvre des volets santé des CUCS, lieu de mobilisation et de concertation des acteurs et point de convergence entre deux politiques, fondé sur le volet santé de la politique de la ville et le volet santé de la loi de lutte contre les exclusions. Les objectifs de l'ASV sont de favoriser l'accès à la prévention et aux soins et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé avec une méthodologie structurante :

- un diagnostic partagé
- une programmation annuelle des actions et des modes d'intervention
- la participation des habitants
- des actions produites et des actions induites
- une évaluation de l'ASV et des actions soutenues.

En Lorraine, 10 ASV sont identifiés et présentent des niveaux différents de mise en place et de développement :

- 5 en Meurthe et Moselle : Nancy-Haut-du-Lièvre, Nancy-Haussonville, Saint-Max-Malzéville (Quartier Saint-Michel Jéricho), Jarville la Malgrange, Vandoeuvre
- 2 en Meuse : Bar-le Duc et Verdun
- 1 en Moselle : Metz
- 2 dans les Vosges : Epinal-Golbey-Chantraine et Saint-Dié.

D) De nombreux acteurs et dispositifs

Au-delà des dispositifs et actions ci-dessus mentionnés, dans lesquels l'ARS de Lorraine est plus directement impliquée, de nombreux acteurs interviennent pour améliorer l'accès à la santé des plus démunis et seront mobilisés pour la mise en œuvre des actions du PRAPS :

- L'assurance Maladie (Régime général, MSA, RSI et les centres d'examen de santé)
- Les Caisses d'Allocations Familiales
- Les Conseils Généraux,
- Les communes, en particulier celles ayant mis en place un ASV, les CCAS
- Les établissements de santé
- Les établissements médico-sociaux
- Les établissements et services sociaux et d'insertion sociale et professionnelle (CHRS, CADA, maisons-relais, résidences sociales, missions locales...)
- Les professionnels de santé, les structures d'exercice coordonné, les réseaux de santé...
- Les associations de quartier, les associations caritatives
- Les services de l'Etat : DRJSCS, DDCS(PP), DIRECCTE...

Il convient de noter le travail de partenariat enclenché localement entre ces acteurs au sein de réseaux plus ou moins formalisés suivant les secteurs, souvent dénommés réseaux « santé précarité », qui ont été lancés dans le cadre de la dynamique soutenue par les premiers PRAPS.

Ces « réseaux informels » permettent aux acteurs d'un territoire de se rencontrer, d'échanger des informations sur leurs missions et leurs pratiques, de mutualiser des expériences et de définir des actions communes sur leur secteur géographique. Ils sont, par conséquent, de nature à optimiser la réponse de chacun des participants concernant l'accès à la santé des plus démunis.

Le maintien dans la durée de tels lieux d'échange est parfois difficile, il est dépendant de la mobilisation des acteurs et du temps que chacun peut y consacrer.

On peut citer, sans que cette liste soit exhaustive :

- le réseau Nancy Santé Précarité, sur l'agglomération nancéienne (54)
- le collectif « Prévention santé » à Toul (54)
- le réseau santé insertion du Barrois (55)
- la Charte UTOPIA (union territoriale pour une optimisation des pratiques inter-associatives) à Thionville (57)
- le GASS (groupe d'accompagnement social et de santé) à Metz (57)....

7) Présentation du PRAPS de Lorraine

A) Processus d'élaboration du PRAPS

- Diagnostic

Pour identifier la problématique de l'accès à la prévention et aux soins des publics les plus démunis en Lorraine, différents types d'approche ont été conjugués :

- une enquête sur l'accès à la santé des populations en situation de précarité menée auprès d'acteurs institutionnels et associatifs de tous les secteurs concernés par l'accueil et la prise en charge de ce public.
- une vingtaine de rencontres individuelles d'acteurs des champs de la santé, de la protection sociale, du secteur social, associatif pour compléter et illustrer les résultats de l'enquête régionale
- une enquête sur le fonctionnement des PASS de la région menée dans le cadre de l'élaboration du volet « lutte contre l'exclusion » du SROS-PRS
- la prise en compte des éléments de diagnostic réalisés pour l'élaboration des différents schémas du PRS concernant plus particulièrement le public visé par le PRAPS : schéma de prévention, schéma médico-social, volets du SROS-PRS addictologie, psychiatrie, détenus, périnatalité-enfance-adolescence, ambulatoire.

- Elaboration d'un cadre de travail recensant les actions qu'il conviendrait de mettre en œuvre au sein du PRAPS
- Réunion le 21 octobre 2011 du groupe expert rassemblant des acteurs de tous les champs concernés, pour présentation et discussion du cadre de travail : DT-ARS, DRJSCS, DDSCS(PP), Conseils Généraux, Assurance Maladie, usagers, FNARS, ATD Quart Monde, Médecins du Monde, missions locales, professionnels de santé, établissements de santé, établissements médico-sociaux, collectivités locales, CCAS
- Réunion entre le 14 novembre et le 2 décembre 2011 de groupes de travail en vue d'échanger sur le contenu des actions sur quatre thématiques :
 - Accès aux droits et au tiers-payant
 - Sensibilisation-formation des professionnels à la problématique santé-précarité
 - Prise en compte par les professionnels de santé en ambulatoire des besoins spécifiques des personnes démunies
 - Prise en compte de la dimension santé au sein des établissements et services sociaux et des structures de quartier
- Elaboration des fiches-action

B) Contenu du PRAPS

Il ressort du diagnostic régional et des études nationales que les freins rencontrés par les personnes vulnérables aussi bien pour leur accès aux droits sociaux, préalable indispensable à l'accès aux soins, que pour l'entrée et le maintien dans une démarche de soins ou de prévention sont de même nature.

Ces freins sont fortement liés à la situation socio-économique des personnes qui ont d'importantes difficultés à se mobiliser pour leur santé et à entreprendre les démarches nécessaires pour l'accès aux droits et/ou aux soins. En effet, la santé n'est pas une priorité face au cumul de difficultés à surmonter dans la vie courante.

Par ailleurs, les personnels administratifs qui accueillent ces personnes, ceux qui les accompagnent dans le champ social et de l'insertion ainsi que les professionnels de santé peuvent être déroutés par la prise en charge de ce public dont ils connaissent mal les difficultés particulières. Ces professionnels indiquent être démunis quant aux réponses à y apporter, par manque de connaissance des dispositifs et droits existants et en raison de l'insuffisance de liens existants entre les nombreux acteurs intervenant auprès de ce public.

Enfin, l'accès des personnes vulnérables aux établissements et dispositifs divers de soins ou de prévention peut être contrarié par de nombreux facteurs, tels que l'appréhension vis-à-vis du monde médical et administratif (liée parfois à de mauvaises expériences antérieures), les difficultés de compréhension du système, la complexité des situations, sans oublier la barrière de la langue ou les problèmes d'accessibilité géographique.

Le PRAPS sera donc structuré autour des trois axes d'intervention suivants :

Axe 1 : Actions en direction des populations vulnérables

Le premier axe d'intervention du PRAPS porte sur les actions à mener avec les personnes en vue de :

- leur (re)donner envie de se soigner, c'est-à-dire de « prendre soin » d'elles,
 - restaurer leur confiance dans leur capacité à le faire,
 - leur donner les moyens d'adopter des comportements favorables à la santé,
 - lever les appréhensions pouvant exister vis-à-vis du système de santé, notamment en permettant l'accès à une information adaptée,
 - les accompagner, si nécessaire, dans leur démarche vers la prévention et les soins.
- Fiche-action n° 1 : Prise en compte de la situation de précarité du public dans la conception et la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé et de prévention
 - Fiche-action n° 2 : Développement de l'information sur la couverture sociale et adaptation des supports de communication à un public peu réceptif aux messages destinés à la population générale
 - Fiche-action n° 3 : Accompagnement des personnes en difficulté dans leur démarche vers la prévention et les soins
 - Fiche-action n° 4 : Accès des personnes en situation de précarité aux dispositifs de prévention : vaccination, dépistage, bilans de santé.

Axe 2 : Actions auprès des professionnels de la santé, du secteur social et de la protection sociale

Le deuxième axe d'intervention du PRAPS vise à donner aux professionnels de tous champs les moyens de prendre en compte les besoins particuliers des personnes en situation de précarité par des actions de sensibilisation et de formation à la problématique santé précarité. Il convient par ailleurs d'inciter les professionnels de la prévention et des soins à adapter leurs pratiques en vue de répondre à ces besoins spécifiques par la mise en œuvre d'actions volontaristes en direction des personnes pour qui l'accès à la santé n'est pas une priorité et par le développement du travail en partenariat et le décloisonnement des acteurs des champs sanitaire, médico-social et social.

- Fiche-action n° 5 : Sensibilisation et formation des professionnels à la problématique santé-précarité
- Fiche-action n° 6 : Prise en compte des besoins spécifiques des personnes vulnérables par les professionnels de santé en ambulatoire
- Fiche-action n° 7 : Développement de l'action hors les murs par les professionnels des établissements de soins et médico-sociaux
- Fiche-action n° 8 : Développement du travail en partenariat et formalisation des coopérations entre les acteurs sociaux et de santé d'un territoire.

Axe 3 : Actions concernant les structures institutionnelles et associatives

Le troisième axe d'intervention incite les établissements, organismes, associations et services de tous champs à définir une organisation interne qui, sans stigmatiser le public rencontrant des problèmes d'accès à la santé, permette de prendre en compte ses difficultés particulières et favorise ainsi l'accès aux droits sociaux, la mise en route des soins nécessaires, l'accès à la prévention et la continuité du parcours de santé entre les différents dispositifs de santé ou médico-sociaux pouvant être sollicités. Il est important que les mesures prises ou les dispositifs spécifiques ainsi mis en place soient visibles et largement connus du public cible et de tous les acteurs afin qu'ils puissent donner la pleine mesure de leur efficacité.

Le PRAPS cible trois types de structures suivant le public accueilli :

- Les établissements et services accueillant tous publics
 - Fiche-action n° 9 : Facilitation des procédures d'ouverture des droits sociaux mises en œuvre au sein des organismes d'assurance maladie
 - Fiche-action n° 10 : Organisation par les établissements et services de santé et médico-sociaux d'un accueil et d'une prise en charge adaptés aux difficultés spécifiques des populations vulnérables
- Les établissements et services du domaine social et de l'insertion
 - Fiche-action n° 11 : Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie régionale concernant la prise en compte de la santé au sein des structures sociales et d'insertion
- Les dispositifs spécifiques « passerelles vers les soins »
 - Fiche-action n° 12 : Optimisation de la réponse apportée par les dispositifs « passerelles vers les soins » (PASS, EMPP, LHSS, ACT...) pour l'accès à la santé des personnes les plus défavorisées.

C) Leviers pour la mise en œuvre du PRAPS

Le PRAPS définit dans ses fiches-actions les actions, dispositifs et bonnes pratiques préconisés pour permettre un réel accès aux soins des personnes en situation de précarité qui ont besoin de bénéficier de passerelles vers les soins et de soutien et d'accompagnement dans leur cheminement vers la santé. Plutôt que de créer des services ou structures supplémentaires, il importe davantage pour chacun des acteurs impliqués de :

- faire évoluer les mentalités
- adapter les pratiques professionnelles et institutionnelles
- développer les partenariats et les collaborations
- donner de la lisibilité à l'ensemble des dispositifs et pratiques déjà mis en place pour favoriser l'accès à la santé des plus démunis.

Le PRAPS est porteur d'enjeux de transversalité au sein comme en dehors de l'ARS. L'accès à la prévention et aux soins repose sur des dispositifs visant à accompagner et faciliter la cohérence du parcours de vie et de soins. La réussite du PRAPS relèvera d'une volonté commune d'agir et de se coordonner pour l'ensemble des intervenants :

- organisations et professionnels concernés par les trois schémas du PRS : Schéma Régional de l'Organisation des Soins (hospitaliers et ambulatoire), Schéma Régional Médico-social, Schéma Régional de Prévention,
- organismes d'Assurance Maladie,
- secteurs de la cohésion sociale, de l'intégration des personnes immigrées
- collectivités locales
- représentants d'usagers.

Au niveau de l'ARS de Lorraine, la mise en œuvre du PRAPS ne fait pas l'objet de fonds spécifiques mais s'inscrit dans les différentes sources de financement existantes.

L'Agence Régionale de Santé pourra utiliser différents leviers pour permettre l'atteinte des objectifs visés :

- la fixation, au sein des conventions et contrats liant l'ARS aux établissements et services des secteurs de la santé et du médico-social, d'objectifs spécifiques relatifs à la prise en compte de la précarité au sein de ces structures et l'évaluation de l'atteinte des objectifs.
Sont concernés par exemple, les CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens) conclus avec les établissements de santé, les établissements médico-sociaux, les réseaux de santé, les centres de santé ou les conventions annuelles de financement de différents dispositifs tels que les Centres de vaccination, CIDDIST, CDAG, CLAT, structures de dépistage des cancers...
- l'appel à projets pour la mise en place de structures ou de places nouvelles du secteur médico-social (LHSS, ACT) ou sanitaire (PASS, équipes mobiles précarité) dans la limite des enveloppes financières pouvant être mobilisées par l'ARS à cet effet

- le subventionnement d'actions de santé publique au moyen de l'enveloppe annuelle de crédits « promotion de la santé-prévention ».

L'ARS pourra aussi faire appel au volontariat pour mener des expérimentations sur un territoire, en vue d'en mutualiser ensuite les résultats à d'autres secteurs.

D) Mise en œuvre territoriale du PRAPS

Il est constaté des disparités dans la région entre les territoires, s'agissant aussi bien des publics pouvant rencontrer des difficultés d'accès aux soins que des réponses qui y sont apportées, en termes de dispositifs présents sur le territoire, de fonctionnement de ces dispositifs et de pratiques des acteurs concernés par l'approche du public-cible.

Les travaux préparatoires au PRAPS ont mis, par ailleurs, en évidence, un manque de connaissance réciproque des nombreux acteurs intervenant auprès d'un même public sur un territoire et le déficit de coordination entre eux, source de rupture dans les parcours de soins des personnes le plus en difficulté.

Dans une perspective d'opérationnalité, il sera donc nécessaire, une fois le PRAPS arrêté, de le décliner à un niveau territorial ou infra départemental, tel que celui des secteurs d'animation territoriale de l'ARS.

Les conférences de territoire pourront être associées aux travaux menés localement.

Il conviendra sur chacun des secteurs :

- d'identifier les freins et les leviers propres au territoire concerné
- de solliciter les acteurs des champs de la santé, du médico-social, du social et de l'accès aux droits pouvant être impliqués dans l'accès à la santé des populations en situation de précarité
- de s'appuyer sur les dynamiques de coordination existantes ou de développer le partenariat pour travailler à une déclinaison territoriale des différentes fiches-actions du PRAPS en partant des particularités du secteur concerné, de ses forces et de ses faiblesses, en vue d'aboutir à l'élaboration d'une feuille de route définissant des objectifs d'amélioration de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins et les modalités de mise en œuvre définies sur le territoire pour atteindre ces objectifs.

Ainsi, dès 2012, l'ARS de Lorraine a prévu de rencontrer et de développer un travail de fond avec chacun des dispositifs spécifiques d'accès à la santé (PASS, EMPP, LHSS, ACT), en vue d'améliorer leur lisibilité interne et externe et leur articulation avec les professionnels et institutions de leur circonscription géographique.

Ces objectifs et axes de travail pourront être déclinés localement au sein de contrats locaux de santé passés entre l'ARS de Lorraine et les collectivités locales volontaires dans la perspective de mobiliser les acteurs et de consolider les partenariats locaux autour d'un projet commun.

E) Pilotage et suivi du programme

Le pilotage, la mise en œuvre et le suivi du programme sont confiés au département « Ambulatoire et Accès à la Santé » de l'ARS de Lorraine, en étroite articulation avec le Comité de Pilotage du Projet Régional de Santé de l'ARS de Lorraine composé de :

- les copilotes des fiches-actions (*des propositions de co-pilotage sont émises dans ce projet de PRAPS et sont soumises à la concertation*)
- la direction de la stratégie de l'ARS
- les directions thématiques de l'ARS qui conduisent les politiques régionales en matière d'offre de soins hospitalière et ambulatoire, d'offre médico-sociale, de prévention et de gestion du risque
- les délégations territoriales de l'ARS chargées de l'animation territoriale et de l'interface avec les acteurs locaux.

Il s'agira de :

- assurer l'articulation du PRAPS avec les schémas et les autres programmes de santé
- veiller à la déclinaison du programme dans le respect des objectifs énoncés et en s'appuyant sur les compétences et dynamiques de santé présentes sur les territoires
- accompagner sur les territoires et localement la mise en œuvre du PRAPS
- mobiliser les compétences et les moyens financiers
- procéder à un suivi régulier de la mise en œuvre du PRAPS.

Le groupe expert mis en place dans le cadre de l'élaboration du PRAPS est composé de représentants des acteurs et partenaires des champs de la santé, du social et de la protection sociale :

- DRJSCS, DDCS(PP)
- Conseils généraux, communes
- Assurance Maladie (Echelon Régional du Service Médical, CPAM, MSA, RSI, CAF) et de la Mutualité Française
- Professionnels de santé : représentants des URPS et des Ordres
- Etablissements de santé et médico-sociaux : FHF, FEHAP, FHP, URIOPSS
- Structures du domaine social et de l'insertion (FNARS, Association Régionale des Missions locales, Union Régionale de l'Habitat des Jeunes, Fédération régionale des centres sociaux)
- Associations caritatives et usagers : ATD Quart Monde, Médecins du Monde, CISS
- Des acteurs de terrain : professionnels de PASS, EMPP, structures d'addictologie.

Le groupe expert a pour mission de contribuer à la définition des actions à promouvoir au sein du PRAPS, à la réflexion sur les modalités de déclinaison opérationnelle de ces actions et au suivi du programme.

8) Fiches-action

Liste des fiches-action	Lien avec les schémas
Axe d'intervention 1 : Actions en direction des populations vulnérables	
Fiche action 1 : Prise en compte de la situation de précarité du public dans la conception et la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé et de prévention Page : 31	Schéma de prévention SROS-PRS volet addictologie
Fiche action 2 : Développement de l'information sur la couverture sociale et adaptation des supports de communication à un public peu réceptif aux messages généralistes Page : 34	SROS-PRS volet lutte contre l'exclusion
Fiche action 3 : Accompagnement des personnes en difficulté dans leur démarche vers la santé Page : 36	Schéma Médico-social SROS-PRS volet lutte contre l'exclusion
Fiche action 4 : Amélioration de l'accès des personnes vulnérables aux dispositifs de prévention : vaccinations, dépistage, bilans de santé Page : 39	Schéma de prévention SROS-PRS volets lutte contre l'exclusion, détenus
Axe d'intervention 2 : Actions en direction des professionnels de la santé, du secteur social et de la couverture sociale	
Fiche action 5 : Sensibilisation-formation des professionnels à la problématique santé-précarité Page : 41	SROS-PRS volets addictologie, psychiatrie, lutte contre l'exclusion, Schéma de prévention
Fiche action 6 : Prise en compte des besoins spécifiques des personnes vulnérables par les professionnels de santé en ambulatoire Page : 44	SROS-PRS volets ambulatoire, addictologie, psychiatrie
Fiche action 7 : Développement de l'action hors les murs par les professionnels d'établissements de santé et médico-sociaux Page : 47	SROS-PRS, volets lutte contre l'exclusion, addictologie, psychiatrie
Fiche action 8 : Développement du travail en partenariat et formalisation des coopérations entre les acteurs de santé et sociaux d'un territoire Page : 49	SROS-PRS volets ambulatoire, addictions, psychiatrie, détenus, lutte contre l'exclusion Schéma prévention

Axe d'intervention 3 : Actions concernant les structures institutionnelles et associatives	
<p>➤ Les établissements et services accueillant tous publics</p> <p>Fiche action 9 : Facilitation des procédures d'ouverture des droits sociaux mises en œuvre par les organismes de protection sociale Page : 52</p>	SROS-PRS volet détenus
<p>Fiche action 10 : Organisation par les établissements et services de santé et médico-sociaux d'un accueil et d'une prise en charge adaptés aux difficultés spécifiques des personnes vulnérables Page : 54</p>	SROS-PRS volets addictologie, psychiatrie, lutte contre l'exclusion, détenus Schéma Médico-social
<p>➤ Les établissements et services du domaine social et de l'insertion</p> <p>Fiche action 11 : Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie régionale concernant la prise en compte de la santé au sein des structures sociales et d'insertion Page : 57</p>	SROS-PRS volets addictologie, psychiatrie, lutte contre l'exclusion
<p>➤ Les dispositifs spécifiques « passerelles vers les soins »</p> <p>Fiche action 12 : Optimisation de la réponse apportée par les dispositifs passerelles pour l'accès à la santé des personnes les plus éloignées des soins : PASS, EMP, EMPP, LHSS, ACT Page : 59</p>	SROS-PRS volet lutte contre l'exclusion

Axe d'intervention 1 : Actions en direction des populations vulnérables

Fiche action 1	Prise en compte de la situation de précarité du public dans la conception et la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé et de prévention
-----------------------	--

Justification de l'action	
<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté du public à s'inscrire dans un processus d'accès à la santé et, en particulier, à la prévention, pour de multiples raisons : <ul style="list-style-type: none"> - La santé n'est pas une priorité pour les personnes en situation de précarité qui doivent faire face aux besoins vitaux essentiels (hébergement, besoins alimentaires...). - La situation de pauvreté et de précarité peut provoquer un sentiment de dévalorisation, un manque de confiance en soi, un déficit de compétences psychosociales - « Prévention sous entend prévenir » : la question de préserver son capital « santé » paraît secondaire et loin des réalités du quotidien, les publics les plus fragilisés ne trouvent pas d'intérêt à prévenir les risques, ni de sens à des actions de prévention. • Difficulté à faire passer auprès du public les messages de promotion de la santé : Les modalités des campagnes ou des actions de prévention « tout public » sont inadaptées aux personnes vulnérables qui n'y sont pas réceptives du fait : <ul style="list-style-type: none"> - d'une conception très descendante des campagnes de prévention peu ancrées dans le quotidien et préoccupations des personnes, - du manque de clarté des messages, de la multitude d'informations et de leur illisibilité, de l'inadaptation supports pour des personnes peu sensibles à l'écrit ou souffrant d'illettrisme, - d'une implication limitée et d'une insuffisance de participation active du public-cible à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des actions menées. 	

Objectif	
<p>Objectif général : Assurer l'accès à la prévention de toutes personnes en situation de vulnérabilité</p> <p>Objectifs spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser les personnes à l'intérêt et à la nécessité de prendre en charge leur santé - Permettre l'accès et promouvoir la participation des personnes à des actions de promotion, d'éducation pour la santé et de prévention adaptées 	

Public concerné	
<p>Tous publics en situation de précarité et de vulnérabilité, en particulier les personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prises en charge par des structures sociales et d'insertion (CHRS, CADA, missions locales, résidences sociales....) - habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville - accueillies par des associations caritatives ou d'aide alimentaire - détenues ou sous main de justice - bénéficiaires du RSA - suivies en établissements de santé (PASS, EMPP...) ou médico-sociaux (CSAPA, CAARUD, LHSS, ACT...) 	

actions associées	Libellé
Action n° 1-1	Mise en place d'actions individuelles (entretiens, discussions informelles...) et collectives (séances d'information, groupes de paroles...) sur les représentations de la santé, des prises de risque, du rapport au corps, du rapport à la maladie...
Action n° 1-2	Mise en place d'actions visant à développer l'estime de soi et les compétences psychosociales, dès le plus jeune âge. <i>Liste des compétences psychosociales établie par l'OMS :</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Savoir résoudre les problèmes - savoir prendre des décisions</i> - <i>Avoir une pensée créatrice - avoir une pensée critique</i> - <i>Savoir communiquer efficacement - être habile dans les relations interpersonnelles</i> - <i>Avoir conscience de soi - avoir de l'empathie pour les autres</i> - <i>Savoir gérer son stress - savoir gérer ses émotions</i>
Action n° 1-3	Mise en place d'actions individuelles et collectives de promotion de la santé adaptées aux besoins particuliers des personnes vulnérables en vue de l'adoption de comportements favorables à la santé, en priorité sur les thématiques de prévention : nutrition et activités-physiques, addictions, vie affective et sexuelle, toujours en partant des préoccupations des personnes et en abordant la santé dans sa globalité par la notion de « bien-être » plutôt que par la lutte contre des pathologies
Action n° 1-4	Adaptation des programmes d'éducation thérapeutique aux populations les plus défavorisées, avec une démarche s'inscrivant dans le quotidien des personnes afin de les guider dans la modification souhaitée des comportements
<i>Modalités préconisées de mise en œuvre des actions</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>implication des usagers dans toutes les étapes de l'action (construction du programme, élaboration des messages, évaluation)</i> - <i>actions de proximité menées dans des lieux bien connus des participants</i> - <i>appui sur des relais à même de motiver leurs pairs à l'intérêt de participer à des actions de prévention</i> - <i>inscription des actions dans la durée pour que les publics prennent confiance en eux et parviennent à exprimer leurs besoins, les questions de santé ne pouvant pas toujours facilement être abordées d'emblée.</i> - <i>actions réalisées en petits groupes</i> - <i>définition d'objectifs simples et précis, concrets, en lien avec les besoins fondamentaux des personnes et inscrits dans une perspective d'insertion sociale durable</i> - <i>messages adaptés au niveau de compréhension du public : sélection de quelques messages-clé à faire passer, mots simples, support d'images ou de schémas, traduction pour les personnes étrangères,</i> - <i>messages adaptés aux besoins du public : information liée aux aspects concrets de la vie courante, évitant les connotations moralisatrices ou culpabilisantes, s'appuyant sur les bénéfices individuels et familiaux attendus</i> - <i>profiter de circonstances particulières où se trouve le public, pour apporter le bon message au bon moment (par exemple, information tabac pour les futures mamans)</i> - <i>interventions interactives (échanges, mises en situation, ateliers pédagogiques) privilégiées à des exposés ou monologues</i> - <i>élaboration d'actions à caractère ludique, attrayant et convivial permettant d'associer le plaisir à l'action</i> - <i>utilisation de moyens de communication innovants (outils multimédia et nouvelles technologies) en particulier en direction des jeunes</i>

Conditions favorables à la mise en œuvre des actions	<ul style="list-style-type: none"> - établissement d'un lien de confiance entre les accompagnants et le public-cible permettant d'engager le dialogue sur les questions de santé, de lever les appréhensions vis-à-vis du système de santé et de rendre crédibles les messages délivrés - démarche menée dans la durée - bonne connaissance du public et de ses besoins par les intervenants, - implication et compétence des intervenants - implication des structures support dans les démarches de santé - travail en réseau entre partenaires locaux de tous champs - mise en œuvre de solutions de transport pour les personnes éloignées des dispositifs, en particulier en milieu rural
Co pilotage des actions (proposé)	ARS Délégués territoriaux de l'ACSé
Partenaires pressentis	Tous organismes accueillant des personnes vulnérables Organismes prestataires d'actions de prévention et d'actions de promotion de la santé Organismes agréés pour la réalisation de programmes d'éducation thérapeutique Assurance Maladie : CPAM, MSA, RSI

Moyens ou leviers à mettre en œuvre	Intégration des modalités préconisées de mise en œuvre des actions dans les procédures de financement des actions par : <ul style="list-style-type: none"> - ARS de Lorraine, crédits de santé publique - FICQS - ACSé - Collectivités territoriales - dans le contrat ARS- Assurance Maladie
--	---

Résultat attendu	Conception d'actions individuelles ou collectives sur les représentations, sur les compétences psycho sociales, sur des thématiques de prévention et d'éducation thérapeutique adaptées aux publics cibles	Indicateur n°
Indicateur d'évaluation	Pourcentage d'actions de promotion de la santé ou d'éducation thérapeutique menées auprès d'un public en situation de précarité intégrant les modalités préconisées de mise en œuvre	

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Schéma de prévention, SROS-PRS volet addictologie

Axe d'intervention 1 : Actions en direction des populations vulnérables

Fiche action 2	Développement de l'information sur la couverture sociale et adaptation des supports de communication à un public peu réceptif aux messages généralistes
-----------------------	--

Justification de l'action	
<p>La méconnaissance par les personnes en situation de précarité des dispositifs de couverture sociale est un des obstacles à l'accès aux droits sociaux, constitutif d'un frein financier à l'accès aux soins. Il est constaté ainsi, au niveau national, un taux de non-recours à la CMU-C qui s'élève à 20 % des personnes potentiellement bénéficiaires de ce droit.</p> <p>La méconnaissance porte sur le système de Sécurité Sociale (coût et remboursement des soins), sur les droits spécifiques attribués aux personnes les plus défavorisées (CMU-C, AME...), sur les démarches à accomplir pour les obtenir, sur l'intérêt d'une complémentaire santé et les modalités d'adhésion, sur les aides financières existantes (ACS, autres aides financières) et sur les dispositifs pouvant apporter une aide à l'ouverture des droits.</p> <p>La complexité du système de droits sociaux rend d'autant plus impérieuse la nécessité de délivrer une information pertinente aux destinataires de ces droits et, en particulier, aux jeunes en rupture sociale qui ont très peu de connaissances sur ces dispositifs.</p>	

Objectif	
<p>Objectif général : Améliorer le taux de recours aux droits sociaux et aux complémentaires santé des personnes en situation de précarité</p> <p>Objectif spécifique : Informer de manière adaptée les personnes vulnérables sur le système de santé et les droits sociaux</p>	

Public concerné	
<p>Tous publics en situation de précarité et de vulnérabilité, en particulier les personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prises en charge par des structures sociales et d'insertion (CHRS, CADA, missions locales, résidences sociales....) - habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville - accueillies par des associations caritatives ou d'aide alimentaire - détenues ou sous main de justice - bénéficiaires du RSA - suivies en établissements de santé (PASS, EMPP...) ou médico-sociaux (CSAPA, CAARUD, LHSS, ACT...) 	

actions associées	Libellé
Action n° 2-1	<p>Elaboration de documents destinés à servir de supports aux actions d'information sur les droits sociaux, sur la couverture maladie complémentaire et sur le système de santé :</p> <p><i>Modalités : élaboration avec le public-cible de documents d'information tels que des dépliants, affiches, expositions, comprenant des termes compréhensibles, des pictogrammes, des formes attrayantes, traduits si besoin en plusieurs langues....</i></p>
Action n° 2-2	<p>Mise à disposition des acteurs réalisant des actions d'information, de documents d'information adaptés existants dans la région, au moyen d'un site internet par exemple</p>

Action n° 2-3	Diffusion d'information sur les droits sociaux aux professionnels des établissements de santé, des établissements sociaux et médico-sociaux, des structures d'insertion, des CCAS, des Conseils Généraux, aux associations de quartier, aux professionnels de santé ambulatoires (pharmaciens, médecins, IDE), aux adultes-relais...qui constituent des relais d'information auprès du public-cible, par des moyens à déterminer : site internet, lettre d'information de la CPAM, rencontres territorialisées des acteurs, actions d'information des organismes de protection sociale auprès des professionnels, des bénévoles des associations caritatives et dans les centres de formation (IRTS, IFSI...)
Action n° 2-4	Réalisation d'actions individuelles ou collectives d'information sur les droits sociaux, les complémentaires santé et le système de santé, dans les lieux de vie des personnes (CHRS, résidences sociales) ou dans des endroits qu'elles ont l'habitude de fréquenter (missions locales, épicerie sociale, associations de distribution alimentaire, associations de quartier, structures sociales et de santé...), par des professionnels spécialisés (CPAM, PASS, mutuelles...) ou par des personnels de la structure organisant l'action d'information. <i>Il peut être important, pour la réussite de ces actions, de profiter de la réunion du public autour d'autres sujets pour aborder ces questions qui peuvent être difficilement mobilisatrices en elles-mêmes.</i>
Action n° 2-5	Tenue de permanences d'information par des organismes spécialisés dans l'ouverture des droits (CPAM, PASS, Associations...) dans des lieux accueillant un public vulnérable (CCAS, CHRS, associations caritatives, centres sociaux, missions locales, résidences sociales...)
Co Pilotage des actions (proposé)	ARS CPAM, MSA, RSI
Partenaires pressentis	Tous acteurs impliqués dans l'accompagnement et l'information des personnes en situation de précarité

Moyens ou leviers à mettre en œuvre	Contrat ARS–Assurance Maladie Formalisation des coopérations entre Assurance Maladie et acteurs impliqués dans l'accompagnement et l'information des personnes en situation de précarité
--	---

Résultat attendu	Amélioration de l'autonomie des populations vulnérables dans les démarches administratives et dans la valorisation de leurs droits	Indicateur n°
Indicateur d'évaluation	Nombre de documents d'information adaptés sur les droits sociaux partagés au niveau régional Nombre d'actions d'informations menées par des CPAM dans des lieux accueillant des personnes en situation de précarité (permanences, séances d'information...)	

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS-PRS volet lutte contre l'exclusion

Axe d'intervention 1 : Actions en direction des populations vulnérables

Fiche action 3	Accompagnement des personnes en difficulté dans leur démarche vers la santé
-----------------------	--

Justification de l'action	
<p>L'absence de démarche de soins ou de prévention ou d'accès aux droits, le renoncement aux soins peut résulter d'une pluralité de facteurs liés à la situation de pauvreté ou de précarité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situation de fort isolement, de grande détresse et/ou de souffrance mentale - Absence de motivation à entamer une démarche de soins, face aux difficultés financières et matérielles de la vie courante - Dénî ou minimisation des problèmes de santé, en particulier, négation de problèmes de santé mentale ou de dépendance - Difficulté à se projeter dans le temps, à programmer des soins et à les poursuivre, à anticiper le renouvellement des droits - Difficulté de repérage dans le système complexe de santé et d'ouverture des droits - Peur du monde médical, des soins à effectuer (soins dentaires en particulier), peur des résultats d'examen ou de dépistage qui pourraient révéler une pathologie - Représentation négative du système de santé pouvant faire suite à des expériences passées mal vécues ou incomprises, image négative de certains professionnels de santé (psychiatres, gynécologues...) - Indifférence aux démarches, boîtes aux lettres non relevées, courriers non-traités, absence d'intérêt pour la question de l'assurance maladie de base et complémentaire tant que les personnes ne sont pas malades - Eloignement géographique des dispositifs de prévention et de soins - Barrière de la langue - Freins culturels ou religieux <p>Constat : l'ouverture des droits se fait souvent dans l'urgence lors d'une hospitalisation ou d'un évènement autre de la vie : maternité, incarcération, entrée dans un CHRS, dans une démarche d'insertion ou de formation...</p> <p>Il est donc nécessaire que les professionnels et bénévoles en lien avec les personnes en difficulté prennent en compte ces facteurs et s'organisent pour apporter aux personnes un soutien dans leur parcours, passerelle pour un meilleur accès aux droits et aux soins.</p>	

Objectif	
<p>Objectif général : Permettre l'accès à la prévention, aux soins et aux droits sociaux de personnes qui, du fait de leur situation de vulnérabilité, en sont le plus éloignées</p> <p>Objectif spécifique : Accompagner les personnes dans leur démarche concernant l'accès à la santé.</p>	

Public concerné	
<p>Les publics en situation de précarité et de vulnérabilité, en particulier les personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prises en charge par des structures sociales et d'insertion (CHRS, CADA, missions locales, résidences sociales....) - habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville - accueillies par des associations caritatives ou d'aide alimentaire - détenues ou sortant de prison - bénéficiaires du RSA - suivies en établissements de santé (PASS, EMPP...) ou médico-sociaux (CSAPA, CAARUD, LHSS, ACT...) - les futures mères isolées - les personnes âgées ou handicapées isolées, - les étrangers âgés en foyer - les jeunes en grande difficulté sortant de l'ASE ou de PJJ <p>qui ont des difficultés à aller, seuls, vers les soins ou à entreprendre les démarches nécessaires à leur protection sociale.</p>	

actions associées	Libellé
Action n° 3-1	<p>Mise en place d'actions de soutien et d'accompagnement, modulées en fonction des besoins spécifiques des personnes.</p> <p><u>Contenu de ces actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sensibilisation sur l'importance de la santé et l'intérêt d'une couverture sociale de base et complémentaire, travail sur les freins et les leviers à une bonne santé - point sur la problématique santé spécifique à la personne par rapport à la mise à jour de ses droits, aux vaccinations, dépistages, aux difficultés observées... - information sur les dispositifs de prévention, de soins et de couverture sociale - invitation, motivation et encouragement à l'accomplissement des démarches d'accès aux droits, à la prévention et aux soins - orientation vers les structures compétentes avec passage de relais en ne se contentant pas d' « envoyer vers » - rappel des échéances - aide à la régularisation des droits sociaux : rassemblement des pièces justificatives, aide au remplissage des dossiers et à l'accomplissement des démarches, le cas échéant, prise de contact téléphonique avec la CPAM ou un référent désigné - accompagnement à l'accès à une complémentaire santé - aide à la prise de rendez-vous - accompagnement physique auprès de professionnels de santé et structures de soin - mobilisation de solutions de transport et d'interprétariat. <p><u>Modalités :</u></p> <p>Lorsque cela est nécessaire, il convient de faire « pour » et « avec » la personne avant qu'elle ne puisse faire seule. Cependant, toute démarche de santé doit s'appuyer sur l'adhésion de la personne.</p> <p>L'accompagnement doit être assuré sur la durée, l'instauration d'une relation de confiance entre les personnes vulnérables et leurs accompagnants permettant aux personnes d'exprimer leurs difficultés.</p> <p>Ces actions peuvent s'effectuer sous forme individuelle pour rassurer et épauler les personnes dans leurs démarches vers les soins, ou collective, s'appuyant alors sur une dynamique de groupe tendant au partage du vécu et à la recherche collective de réponses.</p> <p>L'accompagnement doit faire partie de la prise en charge globale des personnes qui sont suivies par des établissements de santé et médico-sociaux et des structures sociales et d'insertion (CHRS, missions locales...).</p> <p>L'accompagnement vers la prévention et les soins peut également être assuré par des associations de bénévoles favorisant l'accès à la santé des personnes présentant les plus grandes difficultés à se rendre dans des lieux de soins ou qui en sont exclues du fait de leur situation juridique.</p> <p>Une réflexion devra être menée concernant les modalités d'accompagnement à promouvoir pour des personnes en difficulté non prises en charge par des structures institutionnelles ou associatives : quelles sont les possibilités de mobilisation sur ce sujet de professionnels ou dispositifs proches du quotidien des personnes tels que les services sociaux, les structures ou associations de quartier, les adultes-relais, les structures d'aide alimentaire ?</p>
Co Pilotage des actions (Proposé)	ARS DRJSCS, DDCS(PP), délégués territoriaux de l'ACSé Conseils Généraux
Partenaires pressentis	Professionnels et bénévoles en contact avec les personnes vulnérables : structures sociales et d'insertion (CHRS, missions locales...), chantiers d'insertion, associations caritatives, associations de quartier, associations d'addictologie, CCAS, établissements de santé (PASS, EMPP...) et médico-sociaux, adultes-relais, services sociaux, réseaux de santé de proximité, CLIC, MDPH...

Moyens ou leviers à mettre en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> - CPOM des établissements de santé, médico-sociaux, réseaux de santé et contractualisation Etat-secteur Accueil Hébergement Insertion, prenant en compte les modalités de mise en œuvre et le temps passé à l'accompagnement - Plan Départemental d'Insertion - ARS, crédits de santé publique, pour la mise en œuvre d'actions d'accompagnement : <ul style="list-style-type: none"> - menées par des bénévoles - menées par des structures sociales ou d'insertion, mais n'entrant pas dans le cadre de leur fonctionnement habituel. - Crédits ACSé : adultes-relais, actions santé des CUCS
--	---

Résultat attendu	Intégration de la mise en œuvre opérationnelle de l'accompagnement dans les schémas et plans du secteur social (PDAHI, PDI...) et dans les projets d'établissements de santé et médico-sociaux accueillant des populations vulnérables	Indicateur n°
Indicateur d'évaluation	Actions d'accompagnement financées par l'ARS Actions d'accompagnement figurant dans les rapports d'activité des établissements sociaux	

Lien avec les autres thématiques des différents schémas	
Schéma Médico social	SROS-PRS Volet lutte contre l'exclusion

Axe d'intervention 1 : Actions en direction des populations vulnérables

Fiche action 4	Amélioration de l'accès des personnes vulnérables aux dispositifs de prévention : vaccinations, dépistage, bilans de santé
-----------------------	---

Justification de l'action	
<p>Faible participation des personnes en situation de précarité au dépistage organisé des cancers Faible visibilité des structures assurant des activités de prévention (CV, CIDDIST, CLAT, CDAG...) Intérêt de développer l'accès aux bilans de santé qui permettent d'approcher le secteur médical en dehors de l'urgence et de motiver les personnes à s'inscrire dans un parcours vers la santé. Problèmes de mobilité et de transport pour les personnes vulnérables éloignées géographiquement des structures de prévention, en particulier en milieu rural, n'ayant pas d'aide ou de moyen de locomotion pour y accéder</p>	

Objectif	
<p>Objectif général : Améliorer le recours des personnes en situation de précarité aux actions de prévention secondaire Objectif spécifique : Adapter l'action des structures de prévention en direction du public-cible</p>	

Public concerné	
<p>Tous publics en situation de précarité et de vulnérabilité, en particulier les personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prises en charge par des structures sociales et d'insertion (CHRS, CADA, missions locales, résidences sociales....) - habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville - accueillies par des associations caritatives ou d'aide alimentaire - détenues ou sous main de justice. - bénéficiaires du RSA - suivies en établissements de santé (PASS, EMPP...) ou médico-sociaux (CSAPA, CAARUD, LHSS, ACT...) 	

actions associées	Libellé
Action n° 4-1	<p>Amélioration de la communication par les structures assurant des activités de prévention (vaccinations, dépistage, bilans de santé) sur leurs missions auprès du public en situation de vulnérabilité, là où il se trouve. Adaptation des outils et moyens d'information au public cible en vue de rendre compréhensibles les messages de promotion des actions de prévention et de faire valoir l'intérêt des démarches.</p>
Action n° 4-2	<p>Développement et formalisation des relations des structures de dépistage des cancers, des centres de vaccination, des Centres d'Information et de Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles, des Centres de Dépistage Anonymes et Gratuits, des Centres de Lutte Antituberculeuse, des Centres d'Examens de Santé avec les structures sociales et d'insertion et autres dispositifs accueillant des personnes vulnérables de leur territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1) identification des partenaires locaux : CHRS, maisons-relais, résidences sociales, CADA, foyers de jeunes travailleurs, missions locales, CCAS, centres sociaux, associations-relais, UCSA, Centres Hospitaliers Spécialisés en Psychiatrie, PASS, association de lutte contre le cancer... - 2) définition de modalités de travail en commun : appui sur des dynamiques existantes au sein des structures accueillant des personnes vulnérables ou au sein des quartiers pour y mettre en place des temps de sensibilisation, si nécessaire dans les lieux de vie des personnes, organisation matérielle de la participation aux dispositifs de prévention (transports...), soutien pour la mise en œuvre des soins et démarches éventuellement préconisées à la suite des dépistages (passage de relais à des professionnels de santé, au service social, à la PASS....) - 3) formalisation du partenariat par des conventions

Action n° 4-3	Actions d'information et de sensibilisation menées par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie auprès des assurés les plus éloignés des soins et des professionnels, en vue de faire progresser le taux de participation à l'examen de prévention MT'dents, le taux de dépistage organisé des cancers (sein, colorectal), le taux de participation aux campagnes de vaccination et le dépistage de l'obésité.
Co Pilotage des actions (proposé)	ARS CPAM, MSA, RSI
Partenaires pressentis	Structures de dépistage organisé des cancers, Centres d'examen de santé, CV, CIDDIST, CLAT, CDAG, CHS, PASS Structures sociales et d'insertion, structures de quartier, associations d'usagers

Moyens ou leviers à mettre en œuvre	Conventions annuelles de financement des CV, CLAT, CIDDIST Conventions annuelles de financement des structures de dépistage des cancers CPOM des établissements de santé (CDAG, UCSA, PASS, CHS) Contrat ARS-Assurance Maladie
--	---

Résultat attendu	Amélioration du taux de dépistage des cancers chez les personnes en situation de précarité	Indicateur n°
Indicateur d'évaluation	Nombre de bénéficiaires de la CMU-C ayant participé au dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colo-rectal Nombre d'actions hors les murs réalisées par les CV, CLAT CIDDIST auprès de personnes en situation de précarité Pourcentage de conventions de financement intégrant des objectifs de prise en compte spécifique du public-cible	

Lien avec les autres thématiques des différents schémas	
Schéma de prévention SROS-PRS volet lutte contre l'exclusion, volet détenus	

Axe d'intervention 2 : Actions en direction des professionnels de la santé, du secteur social et de la couverture sociale

Fiche action 5	Sensibilisation-formation des professionnels à la problématique santé-précarité
-----------------------	--

Justification de l'action	
<p>Manque de connaissance des professionnels sur un système complexe : les droits à couverture sociale (CMU, CMU-C, AME, ACS...), les démarches pour les obtenir et les dispositifs spécifiques d'accès à la santé concernant les personnes en situation de précarité</p> <p>Manque de connaissance des caractéristiques du public vulnérable et de ses besoins spécifiques, difficultés de repérage des personnes en situation de précarité, absence de prise en compte des conditions de vie précaires par les professionnels</p> <p>Existence d'idées reçues sur l'approche de la précarité pouvant avoir un impact sur l'accueil et la prise en charge des personnes vulnérables</p> <p>Manque de connaissance réciproque des missions des professionnels, nombreux à intervenir dans le champ social et la santé auprès des mêmes personnes, pouvant entraîner des ruptures dans les parcours de santé des personnes vulnérables</p>	

Objectif	
<p><u>Objectif général</u> : Permettre l'émergence d'une culture partagée entre les professionnels des différents champs pour améliorer l'accueil et la prise en charge des personnes vulnérables, notamment dans les moments-clé (hospitalisation, hébergement...)</p> <p><u>Objectif spécifique</u> : Apporter et échanger de l'information sur les différentes dimensions de la précarité (caractéristiques du public...), sur les modalités d'intervention des différents professionnels ou de saisine des différents dispositifs et sur les droits existants, en vue de favoriser la prise en charge globale des personnes en situation de précarité et les passages de relais.</p>	

Public concerné	
<p>Les professionnels des établissements de santé et médico-sociaux, des organismes d'Assurance Maladie, des services et structures sociales et d'insertion, des collectivités locales, les professionnels de santé, les associations de bénévoles ...</p>	

actions associées	Libellé
Action n° 5-1	<p>Organisation, sur un même territoire, en s'appuyant sur les dynamiques locales, telles que les réseaux informels santé –précarité, les COPIL PASS, les réseaux de santé de proximité, les Ateliers Santé Ville..., de rencontres pluri professionnelles comprenant des apports d'information, des temps d'échanges sur les missions et les pratiques, des projets de réflexions-actions...</p> <p>Information sur ces rencontres pluri professionnelles diffusées sur un site internet</p>
Action n° 5-2	<p>Inclusion de sessions de formation sur la thématique santé-précarité dans les plans de formation des établissements et structures de tous champs</p>
Action n° 5-3	<p>Sensibilisation des professionnels aux questions de « santé-précarité », au sein d'un établissement ou d'une structure sociale ou d'insertion, par le référent santé (en structure sociale) ou par le référent précarité (PASS en établissement de santé)</p>
Action n° 5-4	<p>Mise en place de coformations rassemblant des professionnels et des personnes en situation de précarité pour favoriser la connaissance réciproque des difficultés et contraintes de chacun et élaborer en commun des pistes de solutions</p>

Action n° 5-5	Organisation, par un établissement ou une structure, de formations sur la thématique santé-précarité ouverte aux professionnels d'autres structures ou établissements, favorisant les partages de pratiques
Action n° 5-6	Organisation de temps d'échanges de pratiques, notamment sur les thématiques des addictions et de la psychiatrie
Action n° 5-7	Autres modalités préconisées de sensibilisation-formation : <ul style="list-style-type: none"> - Organisation, pour des professionnels, de stages d'immersion dans un établissement hospitalier, un établissement social ... - Interventions de professionnels spécialisés ou de personnes en précarité sur la thématique santé-précarité dans la formation initiale ou continue des professionnels de santé et sociaux - Formation à la méthodologie de projets de promotion de la santé
<i>Eléments de contenu des actions de formation/sensibilisation sur la thématique « santé-précarité »</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Travail sur les représentations de la santé : santé « bien-être »/ santé « soins »</i> - <i>Informations sur les inégalités sociales de santé afin de sensibiliser les professionnels à l'importance de développer une action volontariste concernant la santé auprès des personnes socialement défavorisées.</i> - <i>Informations sur la notion de précarité : qui est concerné, quelles sont les difficultés rencontrées, comment accueillir et prendre en charge les personnes les plus vulnérables, dans l'objectif de lever les a priori, appréhensions, jugements de valeur des professionnels sur les personnes en précarité.</i> - <i>Informations sur les droits sociaux et démarches spécifiques d'accès aux droits</i> - <i>Apprendre aux professionnels de santé à repérer les difficultés d'accès aux soins et à prendre en compte, dans la démarche de soins proposée, l'environnement et les conditions de vie des personnes, pour faire en sorte que les soins ou les actions de prévention puissent effectivement être réalisés</i> - <i>Informations et échanges entre professionnels de tous champs en vue de mieux connaître les missions et compétences de chacun, de faciliter le conseil et l'orientation, de favoriser les passages de relais entre eux et d'éviter ainsi les ruptures dans les parcours de santé</i> - <i>Formation à la méthodologie des actions de promotion de la santé pour améliorer la prise en compte globale des personnes, l'expression de leurs besoins spécifiques et la participation du public aux actions de santé les concernant</i>
<i>Modalités de mise en œuvre des actions</i>	<p><i>Intérêt des actions pluri professionnelles rassemblant les acteurs des différents champs d'un secteur géographique en vue de les faire bénéficier d'un même apport d'informations et de favoriser le travail en partenariat sur le territoire</i></p> <p><i>Importance des informations apportées par les personnes en difficulté elles-mêmes</i></p>
Co Pilotage des actions (proposé)	ARS FNARS
Partenaires pressentis	FHF, FEHAP, FHP, URIOPSS, CREAM Tous organismes et collectivités locales accueillant des personnes vulnérables Organismes de formation CPAM, MSA, RSI URPS

Moyens et/ou leviers à mettre en œuvre	<p>Dispositif de formation continue des établissements et structures des champs de la santé, du médico social, du social et de l'Assurance Maladie</p> <p>Définition d'objectifs de formation dans les CPOM des établissements de santé et médico-sociaux</p> <p>Convention IREPS-ARS sur la formation et l'aide méthodologique</p> <p>Contrat ARS-Assurance Maladie</p> <p>Développement et accompagnement de la vie associative (DRJSCS)</p>
---	--

Résultat attendu	Mise en œuvre sur tous les territoires de la région d'actions pluri professionnelles de formation ou de sensibilisation	Indicateur n°
Indicateur d'évaluation	<p>Nombre d'actions de formation pluri professionnelles sur la thématique santé précarité réalisées dans la région</p> <p>Nombre de personnes formées sur la thématique « santé précarité » dans les services d'accueil, d'urgence et les PASS des établissements de santé</p>	

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
<p>SROS-PRS volets addictologie, psychiatrie, lutte contre l'exclusion, Schéma de prévention</p>

Axe d'intervention 2 : Actions en direction des professionnels de la santé, du secteur social et de la couverture sociale

Fiche action 6	Prise en compte des besoins spécifiques des personnes vulnérables par les professionnels de santé en ambulatoire
-----------------------	---

Justification de l'action	
<p>Manque d'information des professionnels de santé sur les questions liées à la précarité Professionnels confrontés à des comportements déroutants (difficultés de compréhension, manque d'observance, problèmes d'hygiène, agressivité, gêne dans la salle d'attente lors de la présence de patients en situation de précarité) Difficultés d'exercer un suivi médical (manque d'assiduité des personnes aux rendez-vous, nomadisme médical) Manque de temps à consacrer aux patients Isolement dans la pratique professionnelle en cabinet Barrière de la langue Souhait des professionnels de santé d'être en mesure de mieux repérer les difficultés que rencontrent certains patients pour la mise en œuvre des soins et de disposer de solutions de recours et d'orientation de ces patients Difficultés pour les personnes en situation de précarité de faire l'avance des frais, de payer un reste à charge en particulier pour des médicaments mal remboursés ou déremboursés, les dépassements d'honoraires, manque de visibilité des patients sur d'éventuels dépassements d'honoraires Refus explicites ou détournés de prise en charge de personnes en situation de précarité par des professionnels de santé</p>	

Objectif	
<p>Objectif général : Faciliter l'accès des personnes vulnérables aux professionnels de santé en ambulatoire Objectifs Spécifiques : Donner les moyens aux professionnels de santé en ambulatoire de mieux connaître et prendre en compte les difficultés spécifiques d'accès à la santé des personnes en situation de précarité et les outils et dispositifs existants en réponse à ces difficultés Promouvoir une action volontariste des professionnels de santé en direction des populations vulnérables, en vue de favoriser la prise en compte globale de la personne, de limiter les ruptures dans le parcours de soins et de passer le relais, y compris à des professionnels du champ social</p>	

Public concerné	
<p>Tous professionnels de santé exerçant en ambulatoire : professionnels libéraux, professionnels des réseaux de santé, des structures de soins d'exercice coordonné, des centres de santé, SSIAD Toutes professions concernées : pharmaciens, médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, dentistes, masseurs kinésithérapeutes, sages-femmes...</p>	

actions associées	Libellé
Action n° 6-1	Développement d'une information pratique des professionnels de santé libéraux sur la CMU, CMU-C, AME, ACS et les partenaires locaux ressources pour la prise en charge des personnes en situation de précarité (lettre de la CPAM, bulletins ordinaires, site internet...)
Action n° 6-2	<p>Incitation des professionnels de santé à s'assurer que les patients pourront mettre en œuvre la démarche de soins nécessaire (tant sur le plan financier, géographique et culturel) et, si besoin, à les orienter vers un dispositif-relais :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise à disposition des professionnels d'un mémento sur les dispositifs dédiés des secteurs de la santé et du social du territoire, outil destiné à leur permettre de passer le relais à des professionnels plus spécifiques : PASS, Médecins du Monde, CSAPA, CAARUD, EMPP, CMP, réseaux de santé, Service social, SIAO (Système Intégré d'Accueil et d'Orientation)... - Formation continue des professionnels, en profitant de leur réunion sur d'autres thèmes pour aborder le sujet de la précarité

Action n° 6-3	Adaptation des modalités d'intervention des réseaux de santé de proximité à la prise en compte des difficultés spécifiques des personnes vulnérables en développant le soutien et l'accompagnement pour la mise en œuvre des soins Positionnement des réseaux de santé comme interface entre les différents intervenants médicaux et sociaux dans la perspective d'assurer un maillage opérationnel des prises en charge autour de la personne Communication par les réseaux de santé auprès des médecins généralistes sur cette mission spécifique de relais
Action n° 6-4	Intégration d'une dimension sociale dans les structures de soins d'exercice coordonné (MSP, Pôles de santé, Centres de Santé) et les réseaux de santé en développant et formalisant les liens entre ces structures et le service social de secteur, la CPAM, la PASS, ...
Action n° 6-5	Amélioration de l'accès à des professionnels de santé (généralistes, spécialistes, médico-techniques) pratiquant le tiers payant, en particulier, sur les secteurs géographiques concentrant une population précaire importante : mise en place d'un groupe de travail avec les professionnels de santé et l'Assurance Maladie pour définir les possibilités de développement de la pratique du tiers payant
Co Pilotage des actions (proposé)	ARS URPS
Partenaires pressentis	CPAM, MSA, RSI, CARMi-Est FEMALOR PASS

Moyens ou leviers à mettre en œuvre	CPOM des réseaux de santé, des centres de santé Cahier des charges des structures de soins d'exercice coordonné Contrat ARS-Assurance Maladie
--	---

Résultat attendu	Diminution des appréhensions et des freins des personnes en situation de précarité vis-à-vis des professionnels de santé Diminution des appréhensions et idées reçues des professionnels de santé vis-à-vis des personnes en situation de précarité	Indicateur n°
Indicateur d'évaluation	Création d'un support d'information sur les questions liées à la précarité à destination des professionnels de santé Accord intervenu entre les professionnels de santé et l'Assurance Maladie pour le développement du tiers payant	

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS-PRS volets addictologie, psychiatrie, ambulatoire

Axe d'intervention 2 : Actions en direction des professionnels de la santé, du secteur social et de la couverture sociale

Fiche action 7	Développement de l'action hors les murs par les professionnels d'établissements de santé et médico-sociaux
-----------------------	---

Justification de l'action	
<p>Peu de recours aux soins, si ce n'est souvent dans l'urgence, et difficultés à poursuivre dans la durée une démarche de soins entamée, pour des personnes très marginalisées, en raison de divers facteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - manque de motivation à s'inscrire dans une démarche de santé, déni des problèmes de santé - réticence et peur des personnes en situation de précarité à aller vers les structures de santé - isolement social et relationnel - expériences antérieures négatives concernant le système de santé - éloignement physique des structures de prévention et de soins, concentrées dans les grands centres urbains, pour des personnes ayant des difficultés à mobiliser des moyens de transport, en particulier en milieu rural <p>Il convient donc de développer une action volontariste des professionnels de santé pour aller au-devant de ces personnes très éloignées des soins.</p> <p>L'action « hors les murs » des professionnels permet de mettre en œuvre un suivi et des soins de personnes en grande difficulté et concomitamment d'apporter un soutien à la pratique des professionnels sociaux qui les prennent en charge et qui peuvent être démunis face aux problèmes induits par les soucis de santé existants.</p>	

Objectif	
<p>Objectif général : Permettre l'accès à la santé pour des personnes très éloignées des soins</p> <p>Objectif spécifique : Développer des modalités de suivi et de soins des personnes en situation de précarité et d'exclusion au plus près de leur lieu de vie</p>	

Public concerné	
<p>Professionnels d'établissements de santé et médico-sociaux (CSAPA, CAARUD) impliqués dans les soins de personnes en situation de grande précarité</p>	

actions associées	Libellé
Action n° 7-1	<p>Développement de l'action « hors les murs » des professionnels en Centre Médico-Psychologique, CSAPA, CAARUD, PASS, EMPP, EMP, CV, CLAT, CIDDIST, CDAG, LHSS...selon des modalités variables à définir en fonction des dispositifs concernés, des besoins locaux et des moyens disponibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - visites à domicile ou au substitut de domicile - interventions mobiles ou dans la rue, y compris en urgence - tenue de permanences, mise en place de consultations avancées, réalisation d'actions collectives d'information et de sensibilisation dans les structures accueillant des personnes en situation de précarité ou dans des structures de quartier - définition de protocoles pour le développement de collaborations et de la coordination entre structures sociales et de santé ayant pour objectif de favoriser les démarches de prévention, la mise en route et la poursuite de soins dans le lieu de vie de personnes marginalisées (par exemple, convention CHU-LHSS), tant dans le cadre du fonctionnement habituel des structures que pour des situations individuelles complexes.
Pilotage des actions (proposé)	ARS
Partenaires pressentis	Structures sociales et collectivités locales accueillant des personnes en grande précarité DDCS(PP), DRJSCS FHF, FEHAP, URIOPSS

Moyens ou leviers à mettre en œuvre	CPOM des établissements de santé et médico-sociaux Conventions de financement des CSAPA, CAARUD, CV, CLAT, CIDDIST	
--	---	--

Résultat attendu	Accès effectif aux soins de personnes en situation de grande précarité	Indicateur n°
Indicateur d'évaluation	Nombre de CPOM d'établissements de santé ou médico sociaux prévoyant des modalités d'exercice de professionnels « hors les murs »	

Lien avec les autres thématiques des différents schémas	
SROS-PRS volets lutte contre l'exclusion, addictologie, psychiatrie	

Axe d'intervention 2 : Actions en direction des professionnels de la santé, du secteur social et de la couverture sociale

Fiche action 8	Développement du travail en partenariat et formalisation des coopérations entre les acteurs de santé et sociaux d'un territoire
-----------------------	--

Justification de l'action	
<p>Multiplicité d'intervenants auprès d'une personne en situation de précarité, qui développent chacun une action parcellaire en fonction de son champ de compétence propre, chaque intervention ne pouvant résoudre à elle seule les problèmes multifactoriels rencontrés.</p> <p>Pour la prise en charge globale de la personne, nécessité en conséquence d'une coordination des différents intervenants. Ceux-ci expriment souvent leur manque de connaissance des missions des autres acteurs d'un même territoire et donc leur difficulté à orienter la personnes vers le service ou l'établissement le plus en capacité d'apporter une réponse adaptée aux besoins de la personne.</p> <p>Ruptures fréquents dans les parcours de vie et de soins des personnes en situation de précarité, nécessitant une coordination des professionnels en vue d'assurer les relais de prise en charge et l'accompagnement dans la démarche de santé.</p> <p>Le travail en réseau favorise le recensement et la mutualisation des interventions de l'ensemble des acteurs agissant directement ou indirectement auprès des publics en précarité (santé, sociaux, médico-sociaux, associations, professionnels de santé libéraux, collectivité, assurance maladie...), le partage des savoirs entre professionnels, la multiplication des approches sur un même sujet. Il contribue à changer les représentations sociales des professionnels. Il permet d'assurer au niveau local la coordination des différents acteurs concernés et de promouvoir un continuum d'actions de la prévention vers les soins.</p>	

Objectif	
<p>Objectif général : Améliorer l'efficacité des actions menées par chacun des professionnels auprès des personnes vulnérables et assurer une continuité dans les parcours de vie et de soins.</p> <p>Objectif spécifique : Développer le travail en partenariat et la mise en réseau des différents acteurs d'un territoire en décloisonnant les secteurs sanitaire, médico-social, social et d'accès aux droits</p>	

Public concerné	
Professionnels de tous champs : sanitaire, médico-social, social et d'accès aux droits.	

actions associées	Libellé
Action n° 8-1	Réalisation d'un recensement des acteurs par territoire de proximité : acteurs des champs de la santé, du médico-social, du social, de l'insertion, de la protection sociale, des administrations, des collectivités locales en préalable au développement d'un travail territorial en partenariat
Action n° 8-2	Mise en place et poursuite de réseaux "informels" santé-précarité sur un territoire permettant la connaissance réciproque des acteurs, les échanges d'informations, la mutualisation des expériences, la formation pluri professionnelle, la définition d'actions communes socio-sanitaires sur un secteur géographique, le développement d'outils de passage de relais... Amélioration de l'opérationnalité et de la visibilité des réseaux par l'élaboration d'une charte liant les partenaires du réseau

Action n° 8-3	<p>Coordination des professionnels de la prévention et des soins travaillant en secteurs libéral, médico-social et/ou hospitalier et du secteur social, en vue d'assurer la continuité des prises en charge, d'organiser les relais entre les interventions des différents professionnels et, ainsi, d'éviter les ruptures de soins, en particulier durant les périodes pouvant accroître la vulnérabilité des personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entrée et sortie de logement, d'hébergement, d'hospitalisation, de détention - accidents de la vie (décès, séparations) - rupture scolaire ou familiale pour les jeunes - perte d'emploi - retraite - maladie <p>Si possible, identification d'un référent unique chargé de veiller à la continuité de la prise en charge d'une personne tout au long de son parcours de vie et de soins.</p>
Action n° 8-4	Collaboration d'acteurs de la santé et des secteurs sociaux et associatifs sur un même territoire rural, afin de définir des stratégies d'information et d'intervention auprès de populations démunies en milieu rural
Action n° 8-5	<p>Actions à promouvoir dans le secteur de l'addictologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - développement des relations entre les structures médico-sociales de prise en charge (CSAPA, CAARUD) et les structures d'hébergement, de logement intermédiaire et d'insertion des personnes vulnérables (CHRS, SIAO, maisons-relais, missions locales, clubs de prévention...), les UCSA, les médecins traitants - incitation de tous les professionnels ayant repéré une problématique d'addiction à s'impliquer dans l'accompagnement des personnes concernées vers une prise en charge spécifique : par exemple, professionnels des clubs de prévention, services des urgences, services hospitaliers, structures du domaine social et de l'insertion....
Action n° 8-6	<p>Actions à promouvoir pour la prise en charge des pathologies mentales et de la souffrance psychique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actions visant à démystifier la prise en charge psychiatrique - Accompagnement des personnes vers les soins en santé mentale, en proposant des actions « passerelles » qui suscitent l'expression du mal-être - Rapprochement des professionnels de la psychiatrie des populations vulnérables et des acteurs de terrain (CHRS...), y compris les médecins traitants, et formalisation de leur coordination, notamment en prévoyant des temps d'analyse de pratique.
Pilotage des actions (proposé)	ARS
Partenaires pressentis	Tous acteurs locaux en lien avec des personnes en situation de précarité

Moyens ou leviers à mettre en œuvre	Projets d'établissements
--	--------------------------

Résultat attendu	Amélioration de la fluidité des parcours des personnes en situation de précarité	Indicateur n°
Indicateur d'évaluation	<p>Effectivité du recensement des acteurs impliqués dans l'accueil et la prise en charge des personnes en situation de précarité sur les secteurs géographiques d'animation territoriale de l'ARS</p> <p>Elaboration d'une cartographie des réseaux informels « santé-précarité » fonctionnant en Lorraine</p>	

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS-PRS volets ambulatoire, addictions, psychiatrie, détenus, lutte contre l'exclusion Schéma de prévention

Axe d'intervention 3 : Actions concernant les structures institutionnelles et associatives

Sous-thème 1 : Structures accueillant tous publics

Fiche action 9	Facilitation des procédures d'ouverture des droits sociaux mises en œuvre par les organismes de protection sociale
-----------------------	---

Justification de l'action	
<p>Non recours à la CMU-C atteignant en France 20 % des bénéficiaires potentiels</p> <p>Complexité des dossiers et lourdeur des démarches devant conduire les personnes les plus en difficulté à bénéficier des droits sociaux spécifiques (CMU, CMU-C, AME, AME « soins urgents », ACS) : dossiers compliqués à remplir, pièces justificatives nombreuses et difficiles à fournir eu égard aux parcours de vie suivis par les personnes en précarité, délais de traitement des dossiers estimés trop longs, nécessité du renouvellement annuel des dossiers source d'oublis et donc de ruptures dans les droits.</p> <p>Difficultés de communication avec les organismes d'assurance maladie mentionnées par des acteurs locaux confrontés à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la multiplicité des interlocuteurs à la CPAM et des demandes itératives de pièces pouvant conduire les personnes à interrompre la constitution de leur dossier - l'obligation de passer par les guichets d'accueil « tous public » ou par la plate-forme téléphonique, difficile à joindre, ne permettant pas d'accéder directement au service d'accès aux droits-précarité, n'étant pas en mesure d'apporter les réponses adaptées aux situations exposées. - l'absence de référents identifiés pouvant être contactés directement et rapidement et à même d'apporter une aide ou une réponse aux demandes particulières sur les dossiers complexes traités. <p>Souhait exprimé d'une extension des pratiques adoptées par certains organismes : désignation de délégués sociaux référents des acteurs locaux prenant en charge des personnes vulnérables, communication de n° de téléphone directs ou d'adresses mail dédiées.</p>	

Objectif	
<p>Objectif général : Améliorer l'accès aux droits sociaux des personnes en situation de précarité</p> <p>Objectif spécifique : Rechercher, en partenariat avec les organismes sociaux, les possibilités d'amélioration de la communication avec ces organismes et de facilitation des procédures d'accès aux droits sociaux</p>	

Public concerné	
Organismes de protection sociale	

actions associées	Libellé
Action n° 9-1	Recherche, en lien avec les organismes de protection sociale, des possibilités d'adaptation des procédures d'ouverture des droits sociaux (CMU, CMU-C, AME, ACS) aux difficultés rencontrées par les personnes vulnérables : simplification des démarches à accomplir, des dossiers à remplir, des pièces justificatives à fournir, réduction du temps de traitement des dossiers, relances pour le renouvellement annuel des droits, accueil personnalisé des personnes en difficultés...

Action n° 9-2	Identification d'interlocuteurs référents "santé-précarité" au sein des organismes d'Assurance Maladie et de possibilité d'établir un contact téléphonique et/ou mail direct avec les services "précarité" en vue de faciliter les relations avec ces organismes, en particulier, pour le traitement de dossiers complexes d'accès aux droits
Action n° 9-3	Développement du partenariat entre les organismes de protection sociale et les organismes et associations accueillant des personnes en difficulté en particulier dans la perspective de la mise en place de parcours-santé pour les personnes vulnérables
Action n° 9-4	Organisation de l'articulation entre établissements pénitentiaires, CPAM et établissements de santé pour favoriser l'établissement des droits à l'Assurance Maladie des détenus et personnes sortant de prison
Co Pilotage des actions (proposé)	ARS CPAM, MSA, RSI
Partenaires pressentis	Etablissements de santé, médico-sociaux et sociaux Associations, structures sociales et de quartier

Moyens ou leviers à mettre en œuvre	Contrat ARS-Assurance Maladie
--	-------------------------------

Résultat attendu	Amélioration de l'accès aux droits sociaux des personnes en situation de précarité	Indicateur n°
Indicateur d'évaluation	Identification de contacts « précarité » au sein de chaque organisme de protection sociale Communication d'un n° de téléphone direct et/ou d'une adresse mail directe par les caisses à leurs interlocuteurs accompagnant les personnes en situation de précarité dans les démarches complexes d'accès aux droits	

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS-PRS volet détenus

Axe d'intervention 3 : Actions concernant les structures institutionnelles et associatives

Sous-thème 1 : Structures accueillant tous publics

Fiche action 10	Organisation par les établissements et services de santé et médico-sociaux d'un accueil et d'une prise en charge adaptés aux difficultés spécifiques des personnes en situation de précarité
------------------------	---

Justification de l'action	
<p>Difficultés des personnes vulnérables à accéder aux structures de santé pour diverses raisons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appréhension des personnes en situation de précarité vis-à-vis du système de santé et des professionnels de santé, expériences négatives antérieures, freins religieux ou culturels, représentation négative de certains professionnels de santé (en psychiatrie, par exemple) - Difficultés à se projeter dans le temps, à programmer des soins, à poursuivre les soins dans la durée - Barrière de la langue - Eloignement géographique <p>Saturation des dispositifs (Centres médico-psychologiques par exemple) impliquant des délais de rendez-vous très longs.</p> <p>Vulnérabilité accrue pour les personnes âgées ou handicapées en situation de précarité, impliquant que l'ensemble des lieux d'accueil, d'information (CLIC...), de gestion administrative (MDPH...) prennent en compte les freins d'accessibilité aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité.</p> <p>Difficultés pour le personnel des établissements et services de santé et médico-sociaux de repérer les personnes en situation de précarité, de prendre en charge ces personnes dont le comportement est parfois déroutant (non-respect des rendez-vous, problèmes de compréhension, agressivité...) et d'apporter une réponse en adéquation avec leurs besoins particuliers.</p> <p>Mission de service public confiée aux établissements de santé de « Lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination. » (Art L 6112-1 CSP)</p> <p>Nécessité en conséquence de la part des établissements et services de santé et médico-sociaux d'avoir une attention particulière aux besoins spécifiques des personnes en difficulté se traduisant par la mise en œuvre de modalités d'accueil, de soutien et d'accompagnement des personnes dans leurs démarches.</p>	

Objectif	
<p>Objectif général : Favoriser l'accès aux soins des personnes vulnérables au sein des établissements et services de santé et médico-sociaux et la continuité de la prise en charge en aval de l'accueil dans ces établissements</p> <p>Objectif spécifique : Faire prendre en compte dans l'organisation des établissements et services de santé et médico-sociaux les besoins et les difficultés particulières d'accès aux soins des personnes vulnérables</p>	

Public concerné	
<p>Etablissements de santé</p> <p>Etablissements médico-sociaux personnes âgées, personnes handicapées,</p> <p>Etablissements médico-sociaux « addictologie » : CSAPA, CAARUD</p> <p>MDPH</p>	

actions associées	Libellé
Action n° 10-1	<p>Mise en œuvre, au sein des établissements de santé et médico-sociaux, d'une réflexion de fond sur les conditions d'accueil, de prise en charge et de sortie des personnes en situation de précarité. Déclinaison des orientations retenues dans le projet d'établissement, élaboré conformément au CPOM conclu avec l'ARS.</p> <p>La définition dans l'organisation de l'établissement de modalités visant à améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité, pourra concerner notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la sensibilisation-formation du personnel à l'identification et la prise en charge des personnes vulnérables - la coordination des différents professionnels de l'établissement autour de la prise en charge (accueil, professionnels de santé, travailleurs sociaux, services social), en s'appuyant sur la PASS dans les établissements de santé qui en disposent - la possibilité de réponse rapide aux demandes de prise en charge (notamment, diminution des délais de rendez-vous permettant une prise en compte de la demande au moment où elle s'exprime, en particulier en psychiatrie et en addictologie) - les modalités d'accueil adaptées aux besoins des personnes (créneaux horaires, conception des locaux), avec en particulier une attention particulière à l'accueil du public « bas seuil » par les établissements et services d'addictologie - le développement de l'action hors les murs, au plus près des personnes en difficulté : mise en place de consultations avancées, de permanences, d'équipes mobiles, en particulier dans les secteurs de la psychiatrie, de l'addictologie (CSAPA, CAARUD) et des activités de prévention (vaccination, dépistage) - la coordination avec les partenaires extérieurs impliqués dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en difficulté : Lits Halte Soins Santé, Appartements de Coordination Thérapeutique, structures d'hébergement social ou de logement intermédiaire, Organismes d'Assurance Maladie, professionnels de santé..., en vue d'organiser les relais et d'éviter les ruptures dans les parcours de soins - participation à des temps d'échanges de pratiques - mise en place de solutions d'interprétariat
CO Pilotage des actions (proposé)	ARS FHF, FEHAP, FHP, URIOPSS, CREA
Partenaires pressentis	Lits Halte Soins Santé, Appartements de Coordination Thérapeutique, structures d'hébergement social ou de logement intermédiaire, Organismes d'Assurance Maladie, professionnels de santé

Moyens ou leviers à mettre en œuvre	CPOM établissements de santé et médico-sociaux
--	--

Résultat attendu	Implication volontariste des établissements dans l'accueil et la prise en charge des personnes en situation de précarité	Indicateur n°
Indicateur d'évaluation	<p>Pourcentage de CPOM d'établissements de santé incluant des objectifs sur la prise en charge des personnes en situation de précarité</p> <p>Pourcentage d'établissements de santé satisfaisant aux exigences de l'HAS pour la certification : critère 19.a (prise en charge particulière des personnes démunies)</p>	

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS-PRS volets addictologie, psychiatrie, lutte contre l'exclusion, détenus Schéma Médico-social

Axe d'intervention 3 : Actions concernant les structures institutionnelles et associatives

Sous-thème 2 : Les structures sociales, d'insertion et de logement intermédiaire

Fiche action 11	Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie régionale concernant la prise en compte de la santé au sein des structures sociales et d'insertion
------------------------	--

Justification de l'action	
<p>Les personnes prises en charge dans les structures sociales (CHRS, CADA, accueils de jour...), dans des logements intermédiaires (maisons-relais, résidences sociales, foyers de jeunes travailleurs...) ou dans des dispositifs d'insertion (missions locales, RSA...) sont nombreuses à présenter des pathologies somatiques, psychiques, de dépendance aux produits psychotoxiques et/ou des manifestations de souffrance psychique qui constituent un frein important à leur insertion sociale et professionnelle et à l'accès à un logement autonome.</p> <p>Il est par conséquent fondamental de prendre en compte la question de la santé dans la prise en charge globale des personnes accueillies dans ces dispositifs, l'accueil et l'hébergement pouvant constituer des périodes privilégiées pour rétablir les droits sociaux, remotiver les personnes à prendre soin d'elles et à adopter des comportements favorables à la santé et les accompagner dans leur démarche vers les soins.</p> <p>Les professionnels en lien avec les usagers de ces structures peuvent cependant rencontrer des difficultés pour aborder la question de la santé, qui relève de l'intime, et être démunis pour apporter aux usagers des réponses concernant leur cheminement vers la santé et l'accès aux droits.</p> <p>Il est donc important que l'institution intègre la question de la santé dans sa réflexion globale concernant la prise en charge des personnes et mette en place à la fois une organisation interne et un partenariat externe qui favorisent la prise en compte de cette problématique au sein de la structure.</p>	

Objectif	
<p>Objectif général : Améliorer l'insertion sociale et professionnelle et l'accès au logement, freinés par un état de santé dégradé, des personnes en difficultés sociales,</p> <p>Objectif spécifique : Inclure la dimension santé dans les schémas du secteur social et dans les projets d'établissements sociaux et d'insertion et les structures de logements intermédiaires.</p>	

Public concerné	
<p>Structures sociales du domaine de l'AHJ (CHRS, CADA, accueils de jour, Ateliers à la Vie Active, SIAO...),</p> <p>Logements intermédiaires (maisons-relais, résidences sociales, foyers de jeunes travailleurs...)</p> <p>Structures mettant en œuvre un dispositif d'insertion (missions locales, Conseils Généraux...)</p>	

actions associées	Libellé
Action n° 11-1	Sensibilisation des établissements et structures accueillant des personnes vulnérables pour la mise en œuvre d'une réflexion de fond sur la prise en compte de la problématique "santé" de ces personnes et la déclinaison dans les orientations de l'établissement (projet d'établissement ou projet social)
Action n° 11- 2	<p>Identification d'un référent "santé" au sein de chaque structure sociale ou d'insertion, pouvant être chargé d'un triple rôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - après recensement des besoins auprès des professionnels et des usagers de l'établissement, élaborer un programme d'actions "santé" collectives (actions d'information sur le système de santé et les droits sociaux, actions de remobilisation sur la santé, actions collectives vers les structures de prévention et de dépistage, ateliers-santé sur des thématiques ciblées...) - être l'interlocuteur des partenaires santé extérieurs à la structure (CPAM, PASS, CSAPA, CAARUD, Secteur de psychiatrie, EMPP...) - soutenir pour les questions de santé les professionnels de la structure dans leur pratique individuelle auprès des usagers

Action n° 11-3	Identification, par l'établissement social ou d'insertion, des structures de soins et de prévention du territoire susceptibles d'intervenir auprès des usagers et/ou en soutien à la pratique des professionnels ; Mise en place de relations formalisées avec ces dispositifs-ressources à même d'apporter une réponse aux problèmes de santé des usagers : PASS, EMPP, CSAPA, CAARUD, CV, CLAT, CIDDIST, CDAG, Centres d'examens de santé, réseau de santé de proximité, Hospitalisation à domicile, Services de soins à domicile....
CoPilotage des actions (proposé)	ARS DRJSCS, DDCS(PP) (structures sociales) DIRECCTE (missions locales)
Partenaires pressentis	FNARS AMILOR Union Régionale de l'Habitat des Jeunes Conseils Généraux

Moyens ou leviers à mettre en œuvre	Contractualisation Etat- secteur Accueil Hébergement Insertion
--	--

Résultat attendu	Partenariat effectif entre les structures d'accueil des personnes en difficulté et les structures de soins	Indicateur n°
Indicateur d'évaluation	Rédaction d'une charte formalisant l'engagement des copilotes de la fiche-action Adhésion des établissements sociaux et d'insertion à la stratégie régionale, traduite par l'inclusion de la thématique santé dans le projet d'établissement ou projet social	

Lien avec les autres thématiques des différents schémas	
SROS-PRS volets addictologie, psychiatrie, lutte contre l'exclusion	

Axe d'intervention 3 : Actions concernant les structures institutionnelles et associatives

Sous-thème 3 : Les dispositifs spécifiques « passerelles vers les soins »

Fiche action 12	Optimisation de la réponse apportée par les dispositifs passerelles pour l'accès à la santé des personnes les plus éloignées des soins : PASS, EMP, EMPP, LHSS, ACT
------------------------	--

Justification de l'action	
<p>Nécessité de l'intervention de dispositifs spécifiques pour permettre la réintégration dans un parcours de soins de certaines personnes en grande exclusion, très éloignées des soins pour diverses raisons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - absence de demande concernant des soins somatiques et/ou psychiques - absence de logement ou logement incompatible avec la mise en œuvre de soins - perte de repères, rupture de lien social - difficulté à poursuivre une démarche de soins dans la durée - problème de couverture sociale. <p>Nécessité d'optimiser la réponse aux besoins apportée par ces dispositifs dans la région :</p> <ul style="list-style-type: none"> - disparité de fonctionnement par rapport aux missions assignées - couverture géographique à améliorer sur certains territoires - positionnement de chacun des dispositifs à définir au sein d'un parcours de soin <p>Nécessité de mieux faire connaître l'existence et les missions de ces « passerelles vers les soins » aux acteurs locaux et au public cible</p>	

Objectif	
<p>Objectif général : Permettre aux personnes en situation de grande précarité de bénéficier d'une prise en charge médicale et sociale et accompagner le retour de ces personnes vers le système de droit commun</p> <p>Objectifs spécifiques :</p> <p>Permettre l'accès des populations les plus en difficultés à des "passerelles vers les soins" nécessaires en préalable à leur accès aux dispositifs de santé de droit commun</p> <p>Optimiser le fonctionnement de ces dispositifs de manière à ce qu'ils répondent aux cahiers des charges définissant leurs missions</p>	

Public concerné	
<p>Etablissements gérant des dispositifs « passerelles vers les soins » du secteur de la santé ou du secteur médico-social : PASS, EMPP, EMP, LHSS, ACT</p>	

actions associées	Libellé
Action n° 12-1	<p>Implantation de nouveaux dispositifs « passerelles vers les soins » en fonction des besoins recensés, des moyens mobilisables et de l'évolution de la réglementation, en particulier ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - PASS dans le bassin houiller - PASS dentaire à Nancy - Equipes Mobiles Précarité prolongeant hors les murs l'action de PASS - Lits d'Accueil Médicalisés, suivant les résultats de l'expérimentation nationale en cours et dans l'hypothèse ou celle-ci serait étendue à d'autres secteurs géographiques - LHSS et ACT sur les territoires de la région estimés déficitaires
Action n° 12-2	<p>Généralisation de la définition et de la mise en œuvre d'un socle minimum d'exigences de fonctionnement pour chacun des dispositifs (PASS, EMP, EMPP, LHSS, ACT, ...) comprenant, outre les exigences propres aux missions de chaque structure, des préconisations visant à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En améliorer la visibilité au moyen d'actions d'information sur son implantation et ses missions - La situer dans le parcours de prise en charge des personnes, en respectant les conditions d'admission prévues par la réglementation et en développant les liens avec les partenaires accueillant le public-cible en amont et en aval de son passage dans le dispositif

Pilotage des actions (proposé)	ARS
Partenaires pressentis	FHF, Structures sociales et associations prenant en charge des personnes en grande précarité

Moyens ou leviers à mettre en œuvre	Appels à projets pour la création ou l'extension des dispositifs « passerelles vers les soins » CPOM des établissements de santé Financement des établissements de santé (MIG, DGF) et des établissements médico-sociaux (ONDAM populations spécifiques)
--	--

Résultat attendu	Amélioration de l'accès aux soins des personnes en grande difficulté et en situation d'exclusion 2012 Mise en œuvre du socle minimum d'exigence de fonctionnement défini pour les PASS 2013 Définition et mise en œuvre du socle minimum d'exigence de fonctionnement pour les autres dispositifs (EMPP, LHSS, ACT)	Indicateur n°
Indicateur d'évaluation	Pourcentage d'établissements ayant transmis une auto-évaluation correspondant au socle minimum d'exigences de fonctionnement	

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS-PRS volet lutte contre l'exclusion

9) Glossaire

ACS : Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé
ACSé : Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des Chances
ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique
AHI : Accueil, Hébergement, Insertion
AME : Aide médicale Etat
AMILOR : Association des Missions Locales de Lorraine
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
API : Aide aux Parents Isolés
ARS Lorraine : Agence Régionale de Santé
ARS Nancy : Accueil et Réinsertion Sociale
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
ASV : Atelier santé Ville
AVSEA : Association Vosgienne de Sauvegarde de l'Enfance de l'Adolescence et des Adultes
CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CARMI-Est : Caisse Régionale de Sécurité Sociale dans les Mines de l'Est
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDPA : Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme de Moselle
CES : Centre d'Examens de Santé
CETAF : Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examens de santé
CV : Centres de Vaccinations
CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
CG : Conseil Général
CH : Centre Hospitalier
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CISS : Collectif Inter-Associatif sur la Santé
CLAT : Centre de Lutte Anti Tuberculeux
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination Gérontologique
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPN : Centre Psychothérapique de Nancy
CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP : Code de la Santé Publique
CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DDCS (PP) : Direction Départementale de la Cohésion Sociale (et de la Protection des Populations)
DGF : Dotation Globale de Fonctionnement
DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
EPICES (score) : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
EMP : Equipe Mobile Précarité
EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif
FEMALOR : Fédération des Maisons et Pôles de Santé de Lorraine
FHF : Fédération Hospitalière de France
FHP : Fédération de l'Hospitalisation Privée
FMS : Fédération Médico-sociale des Vosges
FNARS : Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale

FNPEIS : Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaires
FICQS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FJT : Foyer de Jeunes Travailleurs
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
HAS : Haute Autorité de Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
LAM : Lits d'Accueil Médicalisés
LHSS : Lits Halte Soins Santé
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MIG : Missions d'Intérêt Général
MSA : Mutualité Sociale Agricole
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ONZUS : Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles
PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé
PAIO : Permanence d'Accueil Information et Orientation
PDAHI : Plan Départemental d'Accueil Hébergement Insertion
PDI : Plan Départemental d'Insertion
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PNNS : Programme National Nutrition Santé
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRIPI : Programme Régional d'Insertion pour les Populations Immigrées
PRS : Projet Régional de Santé
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
RSI : Régime Social des Indépendants
RSA : Revenu de Solidarité Active
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
SIAO : Système Intégré d'Accueil et d'Orientation
UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé