

CONSULTATION PUBLIQUE



PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

CONSULTATION PUBLIQUE

Table des matières

PREAMBULE.....	6
ELEMENTS DE METHODE ET DE SUIVI	8
1 DEVELOPPER L'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE DES PERSONNES DEMUNIES ELOIGNEES DU SYSTEME DE SANTE	16
1.1 CONTEXTE/ENJEUX	16
1.2 OBJECTIFS ET STRATEGIES D'INTERVENTION.....	17
1.2.1 Développer la médiation en santé	17
1.2.2 Développer l'accès à l'interprétariat professionnel dans les services de santé	20
Point d'articulation avec le SRS	Erreur ! Signet non défini.
1.2.3 Développer les actions de « aller-vers » auprès des populations les plus éloignées du système de santé	21
2 FAVORISER ET RENFORCER L'ACCES A LA SANTE DES PERSONNES DEMUNIES	26
2.1 CONTEXTE/ENJEUX	26
2.2 OBJECTIFS ET STRATEGIES D'INTERVENTION.....	27
2.2.1 Repérer plus précocement les personnes en difficultés à accéder au système de santé et/ou à se maintenir dans un parcours de santé.....	27
2.2.2 Renforcer l'information en santé à destination des publics et des professionnels	29
2.2.3 Promouvoir la prise en soins des publics démunis.....	30
2.2.4 Renforcer l'accès à la prévention et à la promotion de la santé.....	33
2.2.5 Renforcer le rôle des PASS hospitalières au sein des territoires.....	36
2.2.6 Rechercher la simplification et l'harmonisation des démarches administratives pour accéder à une couverture maladie. Veiller à la bonne application du droit.....	40
3 INSCRIRE LES PERSONNES DANS UN PARCOURS DE SANTE	43
3.1 CONTEXTE/ENJEUX	43
3.2 OBJECTIFS ET STRATEGIES D'INTERVENTION.....	46
3.2.1 Faciliter les démarches coordonnées entre les intervenants sanitaires et sociaux	46
3.2.2 En lien avec le SRS, agir face aux tensions existantes sur les ressources humaines rencontrées dans les métiers sanitaires ou médico sociaux de l'accompagnement des publics les plus démunis.....	47
3.2.3 Améliorer la prise en charge des personnes hospitalisées, sécuriser les sorties et l'orientation d'aval. Contribuer à résoudre les situations de blocage pouvant exister au moment même des sorties.	49
3.2.4 Permettre aux personnes démunies d'être plus autonomes dans leur parcours de santé	52
3.2.5 Développer l'usage du numérique au bénéfice des populations démunies.....	53
3.2.6 Structurer et développer l'offre en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT), en Lits Halte Soins Santé (LHSS), en Lits d'Accueil Médicalisé (LAM) et en dispositif « Un chez soi d'abord » (UCSD).....	56

3.2.7	<i>Intervenir en direction des mineurs non accompagnés et des jeunes non reconnus comme mineurs.....</i>	57
4	MIEUX REpondre AUX PROBLEMATIQUES DE SANTE MENTALE ET DE TROUBLES PSYCHIQUES	59
4.1	CONTEXTE/ENJEUX	59
4.2	OBJECTIFS ET STRATEGIES D'INTERVENTION.....	62
4.2.1	<i>Consolider l'offre en EMPP afin de répondre aux besoins dans les territoires.....</i>	62
4.2.2	<i>Améliorer les pratiques de prise en charge globale des personnes en situation de grande exclusion au sein des services de psychiatrie</i>	63
4.2.3	<i>Renforcer les liens entre les services de psychiatrie et les structures de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'insertion (AHI),</i>	64
4.2.4	<i>Développer les interventions précoces auprès des enfants et de leur famille</i>	64
4.2.5	<i>Mieux coordonner l'intervention auprès des personnes migrantes primo-arrivantes</i>	65
5	RENFORCER LES REPONSES AUX CONDUITES ADDICTIVES	66
5.1	CONTEXTE/ENJEUX	66
5.2	OBJECTIFS ET STRATEGIES D'INTERVENTION.....	68
5.2.1	<i>Renforcer les compétences.....</i>	68
5.2.2	<i>Travailler l'articulation des acteurs de première ligne avec ceux de l'addictologie, et en lien si nécessaire avec ceux de la psychiatrie :</i>	68
5.2.3	<i>Approfondir et promouvoir les pratiques de réduction des risques et des dommages (RDRD) des addictions dans les lieux tenus par les professionnels du secteur d'accueil, d'hébergement et d'insertion (AHI)</i>	68
5.2.4	<i>Promouvoir et poursuivre le soutien aux expérimentations visant la mise en place d'actions de RDRD dans les structures sociales et d'hébergement et les structures de soins résidentielles.</i>	68
5.2.4	<i>Améliorer l'orientation des personnes placées sous-main de justice ou sortantes de prison présentant des pratiques addictives</i>	69
6	MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES SANS CHEZ-SOI EN PERTE D'AUTONOMIE (VIEILLISSANTES OU EN SITUATION DE HANDICAP).....	70
1.1	CONTEXTE/ENJEUX.....	70
6.1	OBJECTIFS ET INTERVENTIONS PRECONISES.....	73
6.1.1	<i>Améliorer le repérage des personnes en perte d'autonomie résidant dans les structures « non adaptées »</i>	73
6.1.2	<i>Favoriser la concertation partenariale sur la problématique de la perte d'autonomie des populations en errance</i>	73
6.1.3	<i>Informier/former les acteurs notamment sur les ressources et les orientations possibles en matière d'accueil, de prise en charge et d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.....</i>	75
6.1.4	<i>Favoriser l'accompagnement individualisé dans les structures d'hébergement sociales et de soin résidentiel, le temps d'une orientation adaptée</i>	77
6.1.5	<i>Simplifier les dispositifs et les démarches d'orientation</i>	79
6.1.6	<i>Développer des solutions d'accueil adaptées aux situations complexes</i>	81
7	AMELIORER LES SAVOIRS ET LES CONNAISSANCES SUR LA PRECARITE ET LES PROCESSUS D'EXCLUSION	84

7.1	CONTEXTE/ENJEUX	84
7.2	OBJECTIFS ET STRATEGIES D'INTERVENTION.....	84

Glossaire

ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique	CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
ADF : Assemblée des Départements de France	CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
AHI : Secteur d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion	CREDOC : Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
AME : Aide Médicale d'Etat	CRSA : Conférence régionale de santé et de l'autonomie
APUR : Atelier Parisien d'Urbanise	CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
AP- HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris	CSST : Centres spécialisés de soins aux toxicomanes
ARS : Agence régionale de santé	CTR : Centre thérapeutique résidentiel
ASE : Aide Sociale à l'Enfance	DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
ASH : Aide sociale à l'hébergement	DDCS (PP) : Direction Départementale de la Cohésion Sociale (et de la Protection des Populations)
ASV : Atelier Santé Ville	DDETS : Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités
AT : Appartement thérapeutique	DMS : Durée moyenne de séjour
BAPSA : brigade d'assistance aux personnes sans-abri	DPC : Développement Professionnel Continu
CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues	DRIEETS : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
CAES : Centres d'Accueil et d'Examen des Situations (pour migrants)	DRIHL : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale	EHPAD : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
CCPP : Commission de coordination des politiques publiques	ELSA : Equipe Liaison Soins Addictologie
CeGIDD : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles	EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale	EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs
CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence	EMSP : Equipe Mobile Santé Précarité
CHUM : Centre d'Hébergement d'Urgence pour migrants	ESI : Espace Solidarité Insertion
CLAT : Centre de lutte contre la tuberculose	ESSIP : Equipe Spécialisée de Soins Infirmiers Précarité
CLS : Contrat local de santé	ETECAF : Ensemble des Troubles causés par l'alcoolisation Foetale
CLSM : Conseil local de santé mentale	FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
COFIL : Comité de pilotage	FAS : Fédération des acteurs de la solidarité
CPA : Centre de Premier Accueil	
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie	

FémasIF : représente en Île-de-France la Fédération Française des Maisons et des Pôles de Santé

FNCS : Fédération Nationale des Centres de Santé

FIR : Fond d'Intervention Régional

GIP : groupement d'intérêt public

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ».

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IREPS : Instance Régionale d'Education Pour la Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

LAM : Lits d'Accueil Médicalisés

LAMPES : (mission de) Liaison et d'Appui Médico-Psycho-Educatif et Sociale

LAEP : lieux d'Accueil Enfants Parents

LHSS : Lits halte soins santé

LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé

MAS : maison d'accueil spécialisée

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MIG : Mission d'Intérêt Général

MNA : Mineurs non accompagnés

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OFPRUH : Observatoire Francilien des Personnes à la Rue ou Hébergées

ORS : Observatoire Régional de la Santé

ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie

ONDAM PDS : Objectif national de dépenses d'assurance maladie du champ Personnes en difficulté spécifiques

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PASS ambulatoire : Permanence d'Accès aux Soins de Santé dite « ambulatoire » ou de ville

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPS : Prévention Promotion de la Santé

PRAPS : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis

PRS : Projet régional de santé

PUMA : Protection Universelle Maladie

RASA : Rapport d'Activité Standardisé Annuel

RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaire

RDRD : Réduction des risques et des dommages

RÉMI : Réduire la Mortalité Infantile et périnatale (Projet pour)

RESAD : Réseau d'Evaluation des Situations d'Adultes en Difficulté

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SIAO : Service intégré de l'accueil et de l'orientation

SRS : Schéma régional de santé

SNS : Stratégie Nationale de Santé

SPIP : Services pénitentiaires d'insertion et de probation

SRAIOPS : Service régional d'accueil, d'information et d'orientation pour les personnes sortantes (de prison)

SRHH : Schéma Régional de l'Hébergement et du Logement

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SSR : Soins de suite et de réadaptation

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

UF : Unité de Fonctionnement

UD-DRIHL : Unité départementale de la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement.

USMP : Unité de soins en milieu pénitentiaire

VIH : Virus de l'immunodéficience humain

Préambule

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) est un programme qui cherche à améliorer l'accès à la prévention et aux soins ainsi que la prise en charge sanitaire et médico-sociale des publics très démunis, en situation de très grande vulnérabilité sociale.

C'est un des outils de concertation et de coordination mis en place par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Son objectif est de rendre moins insurmontable, et par là même plus égalitaire, l'accès au système de santé de ces personnes très démunies, de construire de la cohérence dans leurs parcours de vie et de santé et de les maintenir dans les soins en tant que de besoin.

Composante du Projet Régional de Santé (PRS), le PRAPS est un programme transversal, dont les modalités d'élaboration relèvent d'une concertation à la fois interne et externe, ainsi que d'une mise en cohérence et d'une approche intégrée avec les différents plans, programmes et schémas régionaux relatifs à la prévention, à l'organisation des soins et à l'organisation médico-sociale.

Il s'articule avec les autres outils dont dispose l'Agence Régionale de Santé (ARS), notamment les contrats locaux de santé (CLS) qui visent à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, en agissant au plus près des territoires et des populations concernées.

Les publics susceptibles de bénéficier des actions du PRAPS sont hétérogènes, recouvrant toutes les personnes situées au plus bas de l'échelle sociale, vivant avec des désavantages majeurs en termes de revenus, d'emploi, de logement, d'utilisation de services, de liens sociaux... et pour qui l'accès et l'usage de la prévention et des soins posent une difficulté - ce qui cible particulièrement les personnes sans chez soi.

La construction et la mise en œuvre du PRAPS demandent un véritable ancrage sur le terrain, pour pouvoir prendre en compte la particularité des situations locales et orienter les situations concrètes sur lesquelles travailler. L'opportunité d'agir sera forcément très différente selon les territoires, les contextes, l'état des ressources et des problématiques rencontrées. Le PRAPS s'appuie donc sur l'existant et se nourrit des expériences probantes pour susciter de nouvelles initiatives. Les avancées des actions locales lui permettent de repérer les manques, les obstacles, les atouts, les leviers de l'accès à la prévention et aux soins dans le cadre du droit commun. Les Délégations Territoriales de l'ARS ont là un rôle essentiel à jouer pour approfondir le diagnostic de leurs réalités locales, mobiliser les acteurs de terrain, décliner les orientations régionales en actions locales, réaliser des plaidoyers...

Par ailleurs le PRAPS, dans sa conception, vise à interroger l'ensemble des acteurs du système de santé sur les risques d'aggravation des inégalités de santé existant à chaque niveau d'intervention et pouvant produire de la précarité, voire de l'exclusion. Le PRAPS a un rôle d'interpellation, voire d'accompagnement, dans une approche préventive, pour éviter que le droit commun ne fabrique de lui-même cette grande vulnérabilité sociale.

Enfin, si ce programme se veut ambitieux, avec une démarche inscrite dans la durée, l'effectivité de sa réalisation dépendra de la capacité des acteurs à s'impliquer et à travailler ensemble. Devant l'augmentation, en Île-de-France, de la précarité et des situations complexes entravant la fluidité des parcours de santé et l'accès aux droits fondamentaux, le PRAPS s'impose comme un enjeu prégnant pour l'Agence et également pour l'ensemble des acteurs du système de santé francilien.

Quatre enjeux – qui s'inscrivent dans la continuité du PRAPS 2 – sont réaffirmés dans ce nouveau PRAPS 3 :

- L'inconditionnalité de l'accès aux soins et à la prévention, quelle que soit la situation et/ou les origines des personnes ;

- Les enseignements de ce qui se pense et qui se fait dans le champ de la grande précarité profite à l'ensemble du système de santé ;
- La déspecialisation de l'approche de la grande précarité, du fait que l'ensemble du système de santé doit prendre en charge les personnes les plus précaires ;
- L'alliance qui se construit – parfois aussi dans une confrontation exigeante et constructive - avec des acteurs différents et qui permet d'avancer.

Éléments de méthode et de suivi

Ce troisième PRAPS, depuis la création de l'Agence en 2010, s'inscrit dans la continuité du second, avec une approche déclinée à l'échelle opérationnelle permettant un meilleur suivi des préconisations sur les cinq années à venir.

De nombreux rapports et expertises attestent de la corrélation entre la vulnérabilité sociale et l'état de santé dégradé, dans un contexte de pauvreté en aggravation et de difficultés des populations concernées à trouver des réponses appropriées en termes d'orientation et de construction de parcours de santé - et ce en dépit d'avancées notables dans la lutte contre la pauvreté.

Dans ce cadre, les modalités opératoires à mettre en œuvre s'alignent dans la nécessité de poursuivre les travaux engagés sur :

- **l'accompagnement transversal, pluridisciplinaire et plurisectoriel des publics** les plus éloignés du système de santé,
- **les ponts à bâtir entre les professionnels** issus des trois secteurs d'intervention que sont le sanitaire (incluant la psychiatrie et le champ des addictions), le médico-social et le social,
- **la montée en compétence des acteurs** face à une pauvreté en aggravation.

Une approche commune adaptée à tous les publics sans chez soi

Dans sa forme, ce programme n'a pas été pensé et agencé à partir d'un abord populationnel ciblant les spécificités de chacun des publics concernés. Il s'adresse à l'ensemble des populations les plus vulnérables quelle que soit leur situation administrative, de genre ou de vie. Cependant, une attention spécifique a été portée à la déclinaison des actions vis-à-vis des enfants d'une part, des personnes migrantes primoarrivantes d'autre part.

Une structuration en sept axes

La structuration du PRAPS 3 comporte sept axes :

- Quatre axes transversaux portant sur :
 - L'accompagnement personnalisé
 - L'accès à la santé
 - Le parcours de santé
 - Les savoirs et la connaissance
- Trois axes spécifiques traitant de :
 - La santé mentale et les troubles psychiques
 - Les conduites addictives
 - La situation des personnes en perte d'autonomie

Une articulation avec le schéma régional de santé

Le PRAPS 3 ne développe pas un certain nombre de sujets traités par ailleurs, dans le cadre du schéma régional de santé ou de plans/schémas spécifiques, comme le sujet de l'habitat indigne ou la santé des personnes issues de la rue placées en centres de détention.

Il ne cherche pas non plus l'exhaustivité. Sa logique procède de l'identification collective d'un certain nombre de thématiques pouvant se révéler structurantes pour l'action partenariale des prochaines années.

Soulignons que les approches développées ici, centrées sur la très grande pauvreté (les personnes sans chez soi) ne doivent pas occulter la nécessité de prendre aussi en compte les besoins de l'ensemble des habitants franciliens défavorisés, vivant autour du seuil de pauvreté. Cela relève de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, un des grands objectifs du Projet régional de santé pris dans son ensemble. Une des préoccupations des acteurs du PRAPS est de prévenir les risques de basculement de ces populations pauvres (et parfois invisibles comme les personnes âgées résidant en logement diffus...) vers l'exclusion : un combat à l'intersection de multiples politiques.

Un PRAPS co-construit

Ce nouveau PRAPS continue de s'inscrire dans une logique partenariale impliquant autant la participation des acteurs des champs du sanitaire et du social que les usagers que sa conception a été mise en œuvre en associant et réaffirmant le rôle des acteurs dans l'identification des enjeux de mise en œuvre, des objectifs des programmes ainsi que des bonnes pratiques à diffuser.

Ainsi, un cycle de co-construction a été organisé mobilisant des groupes de travail pour mettre en discussion l'opérationnalité, l'efficacité et les opportunités d'amélioration des programmes et dispositifs du PRAPS. Trois prismes de lecture ont permis de questionner les conclusions et recommandations du bilan du deuxième PRAPS :

- *Dans quelle mesure les actions mises en œuvre par le PRAPS renforcent-elles la mobilisation des acteurs du droit commun ainsi que l'accès à celui-ci des personnes vivant dans des conditions précaires ?*
- *Comment orienter les mesures du PRAPS de manière à favoriser le pouvoir d'agir et l'empowerment des personnes précaires ?*
- *Quelles modalités de gestion et de mise en œuvre du PRAPS pourraient être adaptées afin de renforcer la coordination des acteurs face à la mobilité contrainte des personnes, à l'heure du virage numérique ?*

Cette démarche participative continuera au cours de la mise en œuvre du PRAPS, y compris avec l'intégration de représentants d'usagers issus notamment du Conseil Régional des Personnes Accueillies ou accompagnées (CRPA) dans des groupes de travail, afin de valoriser les paroles et expertises des acteurs du champ de la précarité et des populations concernées.

Suivi et gouvernance

La gouvernance et le suivi seront organisés, en continuité avec le dispositif mis en place au cours du programme précédent, avec :

- Un Groupe régional partenarial de suivi associant les différentes parties prenantes, qui se réunira au moins une fois par an, en relation avec le réseau des référents PRAPS internes à l'Agence et des représentants des personnes accueillies et hébergées ;
- Des Comités de suivi spécifiques aux programmes de mise en œuvre ;
- Des dynamiques de travail propres à chaque Délégation Départementale (Dd) de l'Agence, afin de tenir compte des spécificités des territoires.

Il s'agit d'autant d'espaces de concertation et de mobilisation de mise en œuvre du programme, permettant de suivre son adaptation aux besoins des territoires.

Par ailleurs, un comité de pilotage resserré, associant notamment des représentants de l'Assurance Maladie et de la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL), aura la mission d'analyser régulièrement l'état d'avancement des mesures préconisées. Il se réunira autant que nécessaire.

Concernant la méthodologie de suivi et de déclinaison opérationnelle du PRAPS, celle-ci se traduit essentiellement par l'élaboration d'un tableau de bord de suivi des indicateurs en collaboration avec l'ORS et les acteurs de terrain. Cet outil de suivi et de pilotage partagé, permettra de :

- Mettre en évidence et de comparer les apports des actions menées sur le terrain, leurs résultats ou les difficultés rencontrées
- Homogénéiser et structurer le mode de suivi, les procédures et les pratiques entre acteurs agissant dans le champ de la précarité
- Rationaliser l'utilisation des données de santé, mesurer l'état d'avancement des objectifs fixés et de contribuer à l'évaluation de l'impact des actions entreprises.

La communication régulière des avancées, le recensement continu de retours d'expériences sur les projets déployés et la capitalisation autour des expériences probantes sont autant de leviers pour structurer le portage stratégique des questions santé-précarité dans un cadre territorialisé et articulant les différents dispositifs et acteurs.

Diagnostic PRAPS île de France

1. Caractéristiques de la population

Générale :

L'île de France compte 12 millions d'habitants, et agrège 18% de la population française sur 2% du territoire national. La région est très contractée socialement puisqu'on y trouve les départements les plus riches de France Métropolitaine (Paris et hauts de Seine) mais également le département le plus pauvre (Seine Saint Denis). C'est également la région où l'on trouve les taux de mal logements, de population en grande précarité et de personnes immigrées les plus élevés.

a) Pauvreté, halo de pauvreté :

En 2018, en île de France, L'Insee évalue à 1,8 millions la population des ménages vivant en situation de pauvreté monétaire au regard du seuil national. Parmi elles, 35% sont des enfants. Pour tenir compte du coût de la vie plus élevé en Île de France, l'Insee ajoute un « halo » de 470 000 personnes dont le niveau est inférieur à ce que serait le seuil de pauvreté s'il était calculé au niveau régional. Ainsi,

Ainsi en 2018, 19,5% de la population des ménages franciliens est en situation de pauvreté monétaire ou dans son halo. Les taux de pauvreté varient du simple au triple en fonction des départements (tableau 1).

	nombre d'habitants 2018	Taux sous seuil pauvreté 2018
Paris	2 141 000	15,2
Hauts-de-Seine	1 606 000	11,9
Seine-Saint-Denis	1 654 000	28,4
Val-de-Marne	1 395 000	16,6
Petite couronne	4 655 000	19,1
Seine-et-Marne	1 422 000	11,8
Yvelines	1 436 000	9,7
Essonne	1 315 000	13,1
Val-d'Oise	1 244 000	17,2
Grande couronne	5 417 000	12,8
Île-de-France	12 213 000	15,6

Tableau 1 : Taux de pauvreté en Île-de-France en 2018, source Insee.

En Île-de-France, la pauvreté a augmenté de 3,5 points entre 2008 et 2014, soit trois fois plus qu'au niveau métropolitain. Elle s'est accentuée dans tous les départements et plus particulièrement en Seine-Saint-Denis (+ 7,1 points), qui était déjà le plus touché en 2008. La hausse a été plus modérée à Paris, dans les Yvelines et dans les Hauts-de-Seine (à peine plus de 2 points), ces deux derniers départements étant déjà les mieux lotis de la région en 2008. Ces évolutions n'ont fait qu'accroître les inégalités au sein du territoire francilien.

b) Grande pauvreté

Les personnes en situation de grande pauvreté sont définies comme celles qui cumulent pauvreté monétaire au seuil de 50 % du niveau de vie médian et privation matérielle et sociale sévère. Ce cumul témoigne de difficultés plus intenses, que celles-ci soient mesurées seulement par des critères de revenu et de patrimoine, ou par des critères fondés sur les privations matérielles.

En ce qui concerne les sans-abris, les dernières données statistiques exhaustives datent de 2012. L'enquête Insee/Ined, « sans domicile » recensait 12 015 personnes sans-abri, en habitation mobile ou marinières en Île-de-France. L'évolution entre 2001 et 2012 montre qu'en France, en 11 ans, cette population a augmenté de 50 %, s'est féminisée, a vieilli, comprend plus d'enfants (le nombre d'enfants sans domicile a augmenté de 85% dans les agglomérations de plus de 20 000 habitants) et comprend une proportion plus élevée de personnes nées à l'étranger (56%).

Depuis ce recensement, seules des enquêtes menées régulièrement lors de maraudes permettent de disposer d'informations. L'enquête régionale, coordonnée par l'Observatoire francilien des personnes à la rue et hébergées (OFPRUH), menée auprès de personnes en situation de rue, réalisée dans la nuit du 29 au 30 juin 2021 dans 433 communes des sept départements franciliens hors Paris, a par exemple permis de rencontrer 767 personnes.

Par ailleurs, un Baromètre « enfants à la rue » mis en œuvre par la Fédération des acteurs de la solidarité en partenariat avec l'UNICEF France, recense le nombre de familles qui n'ont pas pu être accueillies dans des structures d'hébergement adaptées malgré leur demande auprès du 115, le numéro d'appel d'urgence pour les sans-abris. Ainsi, en France, dans la nuit du 22 au 23 août 2022, 3 133 personnes en famille qui avaient sollicité le 115 n'ont pas pu être hébergées faute de places dans les structures d'hébergement pouvant les accueillir. Parmi elles, 1 658 étaient des enfants de moins de 18 ans dont 368 avaient moins de trois ans.

Fin 2017, le nombre de personnes hébergées chaque jour en Île-de-France par l'État dans le cadre de son dispositif d'hébergement et de logement adapté est de plus de 100 000 personnes. Le nombre de nuitées hôtelières quotidiennes atteint aujourd'hui le chiffre de 39 000.

La population hébergée à l'hôtel est presque exclusivement composée de familles (pour 95 %) et de personnes jeunes (50 % sont mineures).

En mai 2023, l'Île de France comptait 142 campements et bidonvilles où résidaient près de 4 213 personnes dont 1 284 enfants¹.

Population immigrée :

En Île de France, 24% des ménages ont une personne de référence immigrée. Près de 20% (19,8%) est immigrée contre 9,8% en France métropolitaine. Il est souvent souligné que les territoires les plus défavorisés sont aussi ceux qui concentrent beaucoup de population immigrée. De fait, en 2017, en reclassant les retraités selon leur ancienne catégorie professionnelle, 54 % des ménages immigrés ont une personne de référence « ouvriers » ou « employés » (contre 34 % pour les Français de naissance, les « natifs »). Inversement, 31 % sont cadres ou professions intermédiaires, contre 55 % pour les natifs.

Les personnes exilées cumulent les facteurs de vulnérabilité telles que faibles ressources financières, absence de logement, précarité de séjour, défauts de protection maladie, obstacles linguistiques, difficultés d'accès aux soins, à l'alimentation, isolement et détresse sociale.

2. Accès aux soins/recours aux soins

¹ Source : La plateforme numérique *Résorption-bidonvilles* portée par la Dihal (Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement)

Le déficit de bases de données relatives à l'accès et au recours aux soins ne permet pas d'établir une vision exhaustive de ces dimensions concernant les personnes en situation de grande pauvreté. Quelques proxy permettent de les approcher et d'en décrire le contour.

a) Qualité de l'assurance maladie

A l'échelle individuelle, les personnes étrangères peuvent bénéficier de l'Aide médicale d'état. Pour les autres, la complémentaire santé solidaire (CSS) participative (anciennement aide à la complémentaire santé) et non participative (anciennement CMUc) donnent une ouverture de droits qui permet un accès aux soins des bénéficiaires. L'ensemble de ces dispositifs est attribué sur conditions de ressources et permet de « suivre » les recours aux soins des bénéficiaires dans les bases de données médico-administratives.

En 2021, on compte 380 762 bénéficiaires de l'AME dont 190 159 sont en île-de-France. Parmi ceux-ci seuls 72% sont consommant de soins (au titre au moins une consultation dans l'année) en 2021.

En 2019 (Jusot et al), seuls 51% des ayant droits à l'AME en bénéficiaient effectivement.

La CSS est entrée en vigueur en 2019, elle devait faciliter l'accès aux deux anciens dispositifs et mieux couvrir le bénéficiaire.

En mai 2022, on compte en France, 7,19 millions de bénéficiaires dont 5,73 millions sans participation et 1,46 millions avec participation. L'augmentation du nombre de bénéficiaires entre octobre 2019 et mai 2022 est de 1,6%. Malgré cette légère augmentation, la DSS calcule que seuls 53% des ayant droits bénéficient de la CSS en 2020. Plus de la moitié (60%) des bénéficiaires sont constitués de familles de trois personnes et plus et les personnes de plus de 60 ans représentent 34,4% des bénéficiaires de la CSS non participative. On distingue 5 grands profils de bénéficiaires : les travailleurs précaires, les personnes récemment arrivées ou revenues en France, les femmes séparées ou divorcées, les retraités aux petites retraites et les jeunes rencontrant des problématiques de santé.

Pour les personnes souffrant de grande pauvreté, une enquête faite dans les centres d'accueil de médecins du monde montre que 78,8% des personnes ayant des droits théoriques n'ont pas de couverture maladie ; cette part monte à 88,7% pour les bénéficiaires de l'AME.

En Ile de France, en décembre 2021, 9% des parisiens bénéficient de la CSS, 7% des personnes du 92, 20% des habitants de Seine-Saint-Denis, 11% de la population du val de marne ; 11% des habitants du val d'oise, 7% des habitants des Yvelines, 9% pour les personnes habitant en Essonne et 8% des habitants de Seine et Marne.

b) Recours aux soins

L'analyse des consommations de soins en île-de-France des bénéficiaires de l'AME a permis de montrer en 2019 que ces derniers ont globalement moins recours aux soins que la population générale notamment pour les recours aux soins de second recours (cardiologue, endocrinologue, néphrologie, neurologie, psychiatrie), pour les soins de prévention type soins dentaires ou de rééducation (kinésithérapie) mais plus souvent recours aux soins primaires que la population générale et aux Infirmiers. Le recours aux soins inhérents à la périnatalité sont eux semblables à ceux de la population générale. Les taux de recours à l'hospitalisation sont eux plus bas que ceux de la population générale en particulier pour les hommes.

Un rapport récent de la Défenseuse des droits (2023) fait le point, au niveau national, sur les refus de soins vécus par les bénéficiaires de la C2S et surtout de l'AME

Les personnes sans domicile sont plutôt d'importants consommateurs de services en particuliers hospitaliers. Mais on observe une inadéquation entre la structure et l'objectif des soins hospitaliers d'une part, et les réalités cliniques et psychosociales des personnes sans domicile d'autre part. elles

sont en effet souvent prises en charge dans des services à visée biomédicale, quand les besoins psychosociaux sont essentiels.

Les urgences sont également un lieu de premier contact des personnes sans chez soi avec le soin.

Une étude sur un programme de recherche (un chez soi d'abord) a montré que 88% des personnes incluses avaient au moins une prescription inappropriée ; que 43,4% des personnes avec un trouble schizophrène n'avait pas de prescription d'antipsychotiques et que 81,9% des personnes présentant des troubles bipolaires n'avaient pas de stabilisateur d'humeur. Plus de la moitié ont un diagnostic de dépression sévère mais seules 13% ont des prescriptions d'antidépresseurs.

3. Etats de santé

La difficulté est une fois encore de pouvoir trouver des données permettant de caractériser les états de santé des personnes les plus précaires. En effet, ces personnes sont mal identifiées dans les systèmes d'information pour diverses raisons, la première étant leur difficulté d'accéder aux droits leur permettant d'avoir recours aux soins (et donc d'apparaître dans les principales bases de données de santé).

Néanmoins quelques études permettent de décrire partiellement l'état de santé des personnes souffrant de grande pauvreté. Des approches également (pas totalement satisfaisantes mais les seules possibles) via les consommations de soins montrent que :

- Toutes les dimensions de la santé sont concernées et les pathologies contractées découlent des conditions de vie
- La vie dans la rue aggrave les maladies chroniques (diabète, HTA, maladies cardiovasculaires, VIH, hépatites, cancers ; figure 1)
- La sur-morbidité psychiatriques et les addictions varient selon les conditions d'hébergement mais les prévalences sont bien supérieures à celles en population générale (figure 2)
- Les enfants sont plus fréquemment concernés par des retards de développement et des couvertures vaccinales très insuffisantes.
- Ces populations sont également fortement concernées par des états de stress post traumatiques, traumatismes complexe ou dépression (17%) et par des antécédents de violence (62% d'entre elles dans l'étude du COMEDE 2013-2016)

Figure 1 : Principales maladies chroniques chez les personnes sans domiciles en ODF en 2009

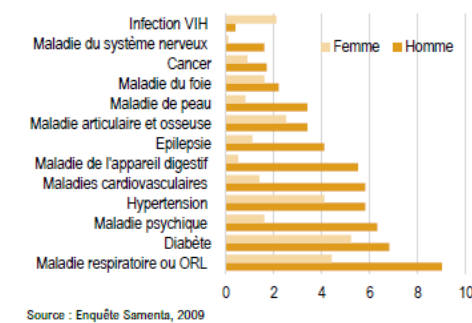
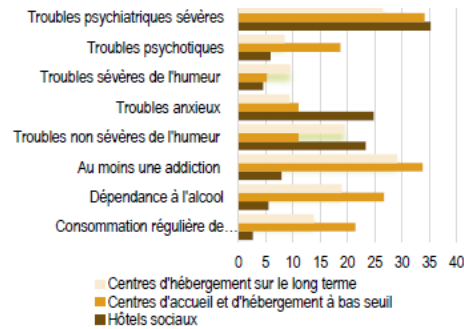


Figure 2 : prévalences des troubles psychiatriques et des addictions selon le type d'hébergement en IDF en 2009



Source : Enquête Samenta, 2009

- Pour les troubles psychiques, une revue de littérature de 2002 à 2019 montre que la prévalence de troubles psychiques chez les personnes sans logement est de 77,5%.
- Une étude dans les données de consommation de soins des bénéficiaires de l'Aide médicale d'état en 2019 montre que :
 - o Les taux standardisés de personnes diabétiques bénéficiaires de l'AME est de 11,5% en IDF contre 6% en population générale
 - o Les taux standardisés de consommation de psychotropes parmi les bénéficiaires de l'AME en IDF sont de 11% contre 15,8% en population générale : cet écart montre bien qu'ils souffrent plus souvent de troubles psychiques mais sont moins souvent traités que la population générale.
 - o Sur les participations aux dépistages du cancer du côlon, le taux des bénéficiaires AME est de 0,5% contre 19% en population générale ; le dépistage au cancer du sein est de 16,7% pour les bénéficiaires contre 66,6% en population générale et pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, de 19,1% pour les bénéficiaires contre 43,6% en population générale
 - o Concernant la périnatalité les patientes bénéficiaires de l'AME sont plus souvent concernées par la prématurité (10% contre 7,2% en population générale), la grande prématurité (2,6% contre 1,7%).
 - o Le risque de mortalité néonatale est 4 fois supérieur à celui de la population générale

Concernant les patients consultant en PASS :

- Les pathologies liées à un environnement de vie précaire restent constantes : problèmes orthopédiques, traumatologiques, digestifs, dermatologiques, buccodentaires.
- Les taux élevés de diabète chez les jeunes patients se confirment également
- Près d'un quart (21%) de la file active n'a aucune couverture vaccinale)
- Et plus de la moitié des femmes (59%) n'ont jamais eu de suivi gynécologique, 92% n'ont aucun moyen de contraception (et 20% d'entre elles souhaitent en avoir une).
- Les PASS proposent de manière systématique des actes de dépistages et de prévention (IST, radio pulmonaire, rattrapage vaccinal...) et on retrouve parmi les patients :
 - o 5% de la file active avec une hépatite B
 - o 1,8% avec une hépatite C
 - o La tuberculose maladie pour 18% de le file active
 - o La tuberculose latente pour 69% de celle-ci
- La précarité alimentaire touche 50% de la file active
- Les syndromes post traumatiques représentent 31% de la file active ; les dépressions sévères 65% et les souffrances réactionnelles 65% également de la file active.

1 Développer l'accompagnement personnalisé des personnes démunies éloignées du système de santé

1.1 Contexte/enjeux

Le recours aux soins se révèle souvent tardif chez les personnes les plus démunies. En cause, bien sûr, les obstacles financiers et la baisse de la démographie médicale, mais également d'autres facteurs dont les difficultés à s'orienter dans le système de santé, à se projeter dans l'avenir, à se dégager des préoccupations de survie du quotidien, à être à l'écoute des signes de souffrance de son corps, à exprimer des demandes...

Pour ces raisons, il est important de mobiliser des outils d'accompagnement et des méthodes d'intervention tels que la médiation, l'interprétariat et « l'aller-vers », qui sont transversaux à l'ensemble du troisième PRAPS, comme ils l'étaient pour le deuxième PRAPS.

Le médiateur en santé favorise la capacité singulière du sujet à prendre soin de lui et l'aide dans ses relations avec les professionnels de santé.

L'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé est un outil pour lutter contre les exclusions dues à la barrière de la langue, et pour tenter de rétablir une égalité dans l'accès à la prévention et aux soins. Il permet de garantir d'une part, aux patients/usagers les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical - et plus globalement d'espérer une plus grande efficacité des interventions.

Les principes de la médiation et de l'interprétariat sont reconnus dans la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) du 26 janvier 2016 (art. L1110 - 13). Ils permettent d'aider les patients à mieux comprendre l'utilisation du système de santé. Des référentiels ont été élaborés par la Haute Autorité de Santé (HAS), en 2017, portant sur les compétences, la formation et les bonnes pratiques des acteurs, ainsi que sur leur place dans le parcours de soins des personnes concernées.

Enfin pour aller à la rencontre des populations les plus difficiles à atteindre, des démarches « d'aller vers » mises en œuvre par des équipes mobiles pluridisciplinaires sont devenues incontournables.

Pour l'ARS et l'ensemble des acteurs du système de santé, il s'agit de poursuivre et renforcer le recours à ces méthodes, par le biais d'une meilleure appréhension des ressources existantes, de leur promotion et de leur développement au sein de la région.

Points d'articulation avec le Schémas Régional de Santé 2023-2028

- Axe 1. Développer la prévention, la promotion de la santé et le pouvoir d'agir des habitants et des usagers.
- Axe 4. Former, recruter et fidéliser les professionnels de la santé en Île-de-France.

1.2 Objectifs et stratégie d'intervention

1.2.1 Développer la médiation en santé

La médiation en santé s'appuie sur l'intervention d'un tiers pour faciliter la circulation d'informations, éclaircir ou rétablir des relations avec le système de santé. Le médiateur en santé favorise ainsi la capacité singulière du sujet à prendre soin de lui et l'aide dans ses relations avec les professionnels de santé.

Le médiateur est donc ce tiers facilitateur, neutre et indépendant. Il intervient en apportant de l'information sur l'accès aux soins, en accompagnant individuellement les personnes dans leur parcours de santé, en les soutenant dans leurs démarches administratives, en proposant des actions d'approches communautaires sur les questions de santé (comme au sein des bidonvilles). Il peut aussi intervenir dans la résolution des conflits en cas de relations tendues avec un professionnel du soin ou du social, ou face à certaines représentations du soin et de la maladie.

Mais l'essence même de son action est d'accompagner la personne à devenir plus autonome dans son parcours de santé.

Deux principes directeurs guident cette action : le « aller-vers » (au sens de déplacement dans les lieux fréquentés par les personnes démunies et/ou par les intervenants) et le « faire avec » les personnes ciblées (et non pas à leur place).

Différents termes sont utilisés : médiation en santé, médiation sanitaire, médiation communautaire, médiation interculturelle en santé, médiation en santé publique... Ils sont considérés comme proches par l'HAS, du moment qu'il s'agit de faire le lien entre les personnes éloignées de la prévention et des soins d'une part et les acteurs du système de santé d'autre part. **Il est convenu ici d'utiliser les termes de médiation en santé**, employés par le référentiel HAS produit en octobre 2017. Cela permet de distinguer cette forme de médiation d'autres formes plus institutionnelles pouvant exister au sein du système de santé, comme avec les médiateurs médicaux ou paramédicaux intervenant en cas de plaintes ou de réclamations.

Il n'en demeure pas moins que certains acteurs franciliens souhaiteraient faire valoir l'intérêt d'utiliser les termes de « médiation sociale dans le domaine de la santé », partant du principe que toutes les approches concourent au même objet : celui de l'amélioration du lien social. L'enjeu est ici, à travers cette dénomination plus générale, celui de la reconnaissance même du métier de médiateur social ainsi que des savoirs expérientiels, ce qui n'est pas encore le cas. Car bien que la médiation en santé soit née empiriquement des besoins de terrain et qu'elle soit reconnue au niveau institutionnel, sa reconnaissance officielle est récente et était jusque-là peu valorisée. Cet emploi/métier n'est pas inscrit dans le Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois (ROME) ni dans le Code de la Santé Publique, et il n'a pas de place opérationnelle définie dans le système de santé.

Concernant les concepts de médiateur pair, d'usager expert ou d'adulte-relais, ceux-ci font appel à la notion d'entraide entre personnes ayant des expériences de vie proches. C'est le cas d'anciens patients, ou patients stabilisés, intervenant auprès de personnes souffrant de la même problématique de santé. Il existe encore un débat pour savoir si les pair aidants et les pairs éducateurs sont des médiateurs en santé.

Au niveau de la région Ile-de-France, un certain nombre d'opérateurs sont déjà impliqués dans le domaine de la médiation, dont certains dans le cadre d'un programme inter-associatif national de médiation sanitaire (auprès et avec des Gens du voyage et des habitants de bidonvilles et de squats).

L'Agence a diligenté en 2019 une étude afin de réaliser un état des lieux et analyser l'activité de médiation santé sur le territoire francilien, dont la version finale a été rendue en janvier 2020. Les principaux résultats sont présentés ci-dessous.

62 structures franciliennes portent un dispositif de médiation santé, dont la majorité (83%) est financée au moins en partie par l'ARS. On dénombre ainsi 161 salariés qui se reconnaissent au moins partiellement dans le métier de médiateur santé (sans forcément avoir une fiche de poste comportant cet intitulé, notamment au sein des structures hospitalières). Seuls 64 d'entre eux ont une fiche de poste avec l'item médiateur en santé clairement formulé.

Quatre grandes catégories d'intervention/contexte proches peuvent être identifiées dans la disparité des champs de mise en œuvre :

- 4 structures interviennent auprès des personnes vivant en bidonvilles ;
- 31 structures interviennent auprès de personnes atteintes de maladies chroniques comme le VIH, l'Hépatite C ou la tuberculose ou présentant des risques accrus de l'être ;
- 6 structures de santé locales ont mis en place des dispositifs de médiation à destination de leurs patients ;
- Et enfin, 4 structures ont développé des dispositifs en lien avec des actions de médiation sociale et /ou culturelle.

Cette fonction de médiation en santé peut s'exercer dans des lieux fixes (hôpitaux, centres et maisons de santé...) et/ou à travers des actions « d'aller-vers ».

Aujourd'hui, la médiation en santé est devenue un outil identifié, inscrit dans la loi et mobilisé par l'Agence et ses partenaires, permettant de soutenir les personnes en situation de vulnérabilité sociale dans leur accès au système de santé et leur maintien dans un parcours de soin.

Le médiateur en santé permet enfin d'identifier et de porter à la connaissance notamment des institutions les défaillances et les inégalités du système de santé.

Pour autant, des difficultés demeurent :

- La persistance de la précarité statutaire et de l'emploi de ces médiateurs en santé. Ce vrai métier doit s'imposer à côté des autres dans le système de santé. Son caractère non reconnu, avec des emplois insécurisant, sans visibilité de carrière, peut déboucher sur des formes d'isolement des professionnels et de possible turn-over au sein des équipes.
- Le manque de visibilité dans les financements de ces postes, avec un émiettement des sources de financement et le manque de pérennisation des budgets alloués du fait de l'absence de cadre national.
- Un enjeu d'acceptation et de reconnaissance dans le système de santé. Le manque de sensibilisation des acteurs des secteurs médico-sociaux et sanitaire à l'intérêt de la médiation en santé (méconnaissance de la réalité des problèmes de compréhension liés aux lacunes linguistiques, aux représentations culturelles ou à la méfiance envers le système de soins des publics les plus précaires).
- La faiblesse de l'offre en médiation santé au regard des besoins de la région.
- L'insuffisance de l'offre de formation professionnelle de médiateur en santé alors que les ressources en formation existantes localement et qui mériteraient d'être mieux investies, voire être développées.
- Un contexte de mise en œuvre parfois insécurisant, comme dans les bidonvilles et squats, notamment du fait de l'instabilité/évacuation des lieux de vie. Cela rend plus délicat la construction de liens de confiance entre les personnes accompagnées et les médiateurs, et de partenariat avec les ressources de proximité.
- La question de l'évaluation.

Plan d'action

- En référence aussi aux travaux de concertation menés à la fin de l'année 2022 dans le cadre Conseil national de la refondation (CNR) en santé, **appuyer la reconnaissance du métier de médiateur en santé** :
 - La médiation doit reposer sur la définition d'un cadre professionnel plus stable, la reconnaissance du métier dans le système ROME et dans le Code de la Santé Publique, et être implantés notamment dans les établissements de santé, mais aussi dans les structures d'exercice regroupé, ainsi que dans le cadre de programmes classiques de prévention. S'agissant des médiations en établissements de santé, leur intervention est prioritaire en périnatalité, en santé mentale, aux urgences et dans les services de pédiatrie. Le besoin (ES et hors ES) pourrait être évalué à environ 300 postes au niveau régional, dont le recrutement pourrait être réalisé en 5 ans.
 - La mise en place d'un dispositif plus volontariste de formation, en recensant et en élargissant le nombre de diplômes universitaires existant. Le principal dispositif actuel en Ile-de-France recrute à des niveaux de formation initiale très variables, notamment via des logiques de validation des acquis.
- **Promouvoir la disponibilité d'un service en médiation en santé** auprès des personnes en errance, à la rue, dans les campements. Et ceci au sein d'équipes du secteur médico-social et sanitaire, en centres hospitaliers (services d'urgence, dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), dans les maternités), en médecine ambulatoire en lien avec des exercices coordonnés, pour ainsi éviter les retards d'entrée dans les parcours de santé ou les ruptures de parcours rendant les situations plus complexes à gérer par la suite (dans une optique de prévention). 1. **Penser pour l'améliorer la couverture des besoins**, à définir et sectoriser par typologie de projets : bidonville, lieux de soins généralistes...2. **S'assurer d'une couverture d'offre de service de médiation** dans chacun des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). 3. **Mieux valoriser les projets structurants** implantés en IDF dans l'attente d'un cadre national. 5 Prévoir la mise en place de conférences de financeurs pour **penser le financement conjoint de tels projets**. 5. **Promouvoir les démarches d'auto-évaluation accompagnées**.
- **Promouvoir une vision commune de la médiation santé**, à travers notamment la diffusion et l'accompagnement à l'appropriation du référentiel HAS.
- **Mieux sensibiliser les professionnels du secteur sanitaire aux missions des médiateurs** et à leurs intérêts : développer des modules d'information en ligne, mettre à disposition les supports de présentation existants... Plaider pour l'intégration de la connaissance de ces métiers dans les formations initiales des professionnels de santé.
- **Promouvoir les démarches de supervision des médiateurs**.
- **Promouvoir la « pair-aidance »**, avec des patients experts issus de la grande vulnérabilité sociale, **notamment dans les champs de la santé mentale et des conduites addictives**, en qualité d'experts du quotidien (en se préoccupant de la valorisation des acquis de leur expérience).

Indicateur de suivi - évaluation

- Suivi de l'évolution annuelle du nombre de médiateurs santé et de médiateurs pairs en Ile de France.
- Suivi de l'évolution annuelle de l'offre de service de médiation (en interne ou par conventionnement) au sein des GHT, au niveau des services d'urgence, des PASS et des maternités.
- Rapports d'auto-évaluation des opérateurs, comportant une analyse de la plus-value dans l'accès aux soins et l'autonomisation des publics bénéficiant de la médiation
- Mise en place d'un programme coordonné au niveau régional, de formation en santé des adultes relais (DRIETS/ARS). Construction d'un contenu de formation. Nombre de personnes formées.
- Etat des actions concertées auprès du ministère pour la reconnaissance du statut de médiateur en santé en lien avec les acteurs concernés.

1.2.2 Développer l'accès à l'interprétariat professionnel dans les services de santé

Les problèmes de langue constituent souvent la principale difficulté de prise en charge pour les personnes migrantes.

Il est possible de faire appel à des compétences linguistiques internes aux équipes soignantes, aux partenaires, et/ou d'utiliser un logiciel de traduction, voire d'autres outils comme des livrets santé bilingues... Mais en cas de première consultation, ou dans certaines situations particulières ou complexes, comme en cas de psycho-traumatisme ou de consultation d'annonce, l'intervention d'un interprète professionnel reste nécessaire.

L'interprétariat professionnel a des règles de fonctionnement, de formation (compétences sémantiques et conceptuelles), d'éthique et de déontologie (neutralité, objectivité, secret professionnel). L'interprète ne doit pas être simplement une personne parfaitement bilingue, mais un professionnel formé à l'écoute et en capacité à rester dans une attitude de profonde neutralité, tout en garantissant le respect de la confidentialité. Il participe au libre choix et à l'autonomie des personnes dans les décisions qu'elles prennent au regard de leur santé. Il limite les malentendus ou incompréhensions liés à la barrière linguistique et parfois à certaines représentations culturelles du soin et de la maladie.

Sa présence dès l'accueil dans les structures médicales et sociales permet d'établir un premier niveau de communication favorisant la relation soignant-soigné.

L'interprétariat réalisé par un proche, une personne accompagnante, se révèle parfois délicat et insatisfaisant pour aborder les questions de santé, la personne n'ayant pas forcément elle-même une maîtrise suffisante du langage pour traduire de façon pertinente. Il s'agit d'être très attentif à la place laissée à cette aide et de s'assurer de la neutralité bienveillante du traducteur. Le traducteur, pour être vraiment contributeur, devrait lui-même avoir une formation minimale dans le champ de la santé et des contextes culturels.

Une étude diligentée par l'ARS, en 2019, permet de comprendre les enjeux et les besoins des offreurs de soins franciliens en matière d'accès à l'interprétariat professionnel et fourni quelque pistes d'actions pour l'élaboration d'un schéma d'organisation régionale de l'interprétariat.

Une première estimation du nombre de personnes allophones à partir de ces données de l'INSEE et du taux de faible aisance linguistique parmi les populations migrantes installées en France en fonction de leur durée d'installation (13% de faible aisance en français parmi les migrants présents depuis moins de 10 ans, et de 17% pour les nouveaux migrants présents en France depuis moins de 2 ans) permet de **situer la population cible de l'interprétariat aux alentours de 205 000 à 250 000 personnes, soit environ 2% de la population francilienne**. Il est à noter que la barrière linguistique s'est accélérée au cours des 10 dernières années, avec des modifications des langues impliquées d'une année sur l'autre au fil des vagues migratoires. Une évolution des conjonctures géopolitiques qui contribue à la hausse des besoins en interprétariat, reflétée par l'augmentation des dépenses. On estime ainsi à environ 2,9 millions d'euros le montant du marché francilien de l'interprétariat en santé 2018.

Pour autant, le recours à des interprètes professionnels reste insuffisant dans les prises en charge de soins même si les retours de terrain font état d'une réelle progression.

Il n'existe pas de service public de l'interprétariat, ni de modèle de financement déployé au niveau national et intégré dans le financement de routine des soins. La question du financement de cette prestation reste à définir : son coût grève une partie du budget des opérateurs dans un contexte de besoins croissants, notamment du fait de l'arrivée constante de personnes migrantes en Ile de France.

Cette absence de moyen financier constituer un obstacle comme la méconnaissance des dispositifs et /ou la crainte de l'intrusion d'un tiers lors de la consultation ou de l'entretien pouvant générer un allongement du temps d'intervention, alors que les besoins restent importants.

Est remonté aussi du terrain, le problème des délais d'attente en cas de non disponibilité des interprètes pouvant impacter l'organisation d'une consultation.

Plan d'action

- Travailler sur des scénarii de financement, notamment en termes de ressources dédiées, pour **favoriser l'accès à l'interprétariat « professionnel » en médecine de ville** et pour éviter à chaque établissement de santé de réaliser ses propres appels d'offres auprès d'opérateurs spécialisés.
- A défaut de cadre national de financement, **mettre en place une organisation régionale visant à faciliter le recours à l'interprétariat « professionnel » en santé**, au sein des secteurs hospitaliers (notamment auprès des PASS, mais pas seulement), ainsi que dans les dispositifs tels que les CLAT, CVACC, CEGIDD.
- **Promouvoir la mise en place d'une mission d'impulsion et de coordination** au sein des principaux GHT concernés pour faciliter le recours à l'interprétariat « professionnel » tout au long du parcours.
- **Promouvoir l'acculturation et la sensibilisation** des professionnels du soin, de la prévention, de la promotion de santé, au recours et à la pratique de l'interprétariat professionnel (par téléphone, en présentiel ou en vidéo).
- **Développer la formation** des médecins aux bonnes pratiques de prise en charge des patients allophones, les outiller (protocoles, arbres de décisions, supervisions de pratiques...).
- **Proposer un espace collaboratif** permettant le recensement et le partage d'outils et protocoles à l'initiative des différents acteurs de la région, notamment les documents traduits à portée juridique (demande de consentement...).

Indicateurs de suivi – évaluation

- Suivi de l'évolution du recours à l'interprétariat en PASS et en EMPP
- Evolution du % annuel des GHT ayant positionné une personne référente sur l'interprétariat professionnel.
- Evolution du % d'établissements publics de santé ayant passé une convention claire et reconnue avec un organisme d'interprétariat professionnel.
- Etat de l'avancée des travaux sur un dispositif régional facilitateur du recours téléphonique à l'interprétariat professionnel au profit des acteurs du système de santé.
- -Etudes permettant de mieux appréhender les connaissances et attitudes des médecins vis-à-vis des différentes modalités d'interprétariat (en PASS, à l'AP-HP)

1.2.3 Développer les actions de « aller-vers » auprès des populations les plus éloignées du système de santé

Certaines personnes ne sont pas en situation d'accéder à la santé, aux soins, à la prévention. Il faut donc " aller-vers " elles pour lutter contre le "non-recours" et intervenir dans un objectif de repérage et de prévention plutôt que de réparation.

Le concept de « aller-vers » désigne un mode opératoire où le professionnel fait la démarche de se rendre directement dans les lieux fréquentés par les publics en besoin de soins mais éloignés des dispositifs de santé.² L'objectif est d'établir une relation de confiance avec les personnes

² Addiction Méditerranée, 2015; McCluskey, 2016; Pichon, Franguiadakis, & Laval, 2000; Roy, Otis, Vallancourt, & Côté, 2013.

rencontrées, puis de les informer, de les aider à exprimer une éventuelle demande de soins, d'identifier les renoncements aux soins, les besoins d'accès aux droits et aux prestations de droit commun afin de les accompagner et les orienter vers les structures et dispositifs adaptés.

La rue représente un espace privilégié pour de telles approches. Mais les lieux d'intervention sociale comme les accueils de jour, les endroits de distribution alimentaire ou les structures d'hébergement peuvent aussi être investis.

Les formes « d'aller-vers » sont multiples, depuis l'accompagnement physique dans un parcours de santé, aux maraudes de veille sanitaire voire jusqu'aux actions « hors les murs ».

Toutes les actions se réclamant d'une démarche « d'aller vers » ne nécessitent pas pour autant un déplacement physique des intervenants. Elles peuvent se déployer virtuellement, par téléphone, par mail, voire par internet, dans certains contextes et auprès de certaines populations non visibles dans l'espace public (par le biais de forum ou de tchat spécialisés par exemple autour de la prostitution). Le déplacement peut aussi être symbolique, en travaillant à la réduction de la distance pouvant exister entre les codes du public cible et ceux des intervenants (à travers la pratique du non-jugement, le recrutement de personnel pair, l'adaptation des horaires d'ouverture...). L'« aller-vers » symbolique relève d'un travail interne aux équipes visant une meilleure accessibilité et attractivité de leurs interventions.

Que le déplacement soit physique, symbolique ou virtuel, l'absence de demande de la personne ciblée et l'intervention hors les murs amènent les professionnels à faire évoluer leur position et à adapter leurs actions.

Quelle qu'en soit la modalité précise, l'aller-vers doit s'intégrer dans des processus de prise en charge globaux. Il doit répondre à des objectifs précis qui peuvent conditionner le choix de la modalité d'intervention, des équipes formées et s'intégrer dans une offre de prise en charge variées notamment pour la question des soins la possibilité de ramener vers. Dans tous les cas, cela suppose de s'appuyer sur un repérage précis des besoins et des personnes via un réseau de professionnels et/ou usagers repérant.

La démarche « d'aller-vers » connaît actuellement une véritable progression dans le cadre du droit commun, notamment par l'intermédiaire notamment du Ségur de la Santé.

Créés par l'intermédiaire du décret n°2020-1745 du 29 décembre 2020 mais surtout dans le cadre du Ségur de la Santé en 2021 par le décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021, « mesure 27 », cinq types de structures ont récemment vues le jour permettant la structuration d'un dispositif régional « d'aller-vers » avec l'installation d'un ensemble d'équipes mobiles médico-sociales territorialisées visant les personnes en situation de grande précarité ou très démunies, là où elles vivent et quelle que soit leur situation administrative.:

- Des Appartements de Coordination Thérapeutique Hors-les-Murs (ACT HLM);
- Des Lits Halte Soins Santé mobiles (LHSS mobiles);
- Des Lits Halte Soins Santé de jour (LHSS de jour);
- Des Equipes Mobiles Santé Précarité (EMSP);
- Des Equipes Spécialisées en Soins Infirmiers Précarité (ESSIP).

Ces équipes mobiles sont amenées à intervenir dans les structures d'hébergement, notamment en hôtel social, dans les habitats très dégradés ou auprès des personnes en situation de rue. Elles sont mobilisées sur initiative propre, sur sollicitation extérieure ou sur demande de l'ARS.

Elles ont pour mission d'assurer de manière inconditionnelle :

- Des premiers soins, des bilans de santé, une orientation vers les acteurs de santé et un accompagnement à l'ouverture de droits (« Equipes mobile santé précarité » et « Lits halte soins santé mobiles »);
- Des soins infirmiers « à domicile » sur prescription médicale et de l'éducation à la santé (« Equipes spécialisées de soins infirmiers précarité ») ;

- Un suivi de patients chroniques pour coordonner leur parcours en santé et les accompagner dans les démarches de la vie quotidienne (« appartements de coordination thérapeutique hors les murs »).

Plus généralement, ces équipes concourent à la prévention et à l'éducation à la santé des personnes rencontrées, et proposent un accompagnement global adapté aux besoins des personnes. Elles ont enfin un rôle d'interface avec les acteurs du champ sanitaire, médico-social et social, favorisant l'orientation des personnes vers les établissements, services et professionnels adaptés. Elles interviennent en complémentarité des autres dispositifs de prise en charge des problématiques de santé des publics cibles, comme par exemple les PASS mobiles en cours de montée en charge. Enfin, parmi elles, des équipes mobiles sont dédiées aux interventions en périnatalité.

C'est donc un dispositif de 47 équipes mobiles médico-sociales pérennes (dont 4 dédiées aux interventions en périnatalité), portées par une vingtaine d'associations, qui ont été déployées par l'Agence sur l'ensemble du territoire francilien depuis 2021, pour un financement de plus de 10 millions d'euros.

A un autre niveau, des approches hors les murs sont aussi développées par un certain nombre d'acteurs du système de santé : CeGIDD, établissements de santé, certaines PASS, CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues/équipes mobiles de réduction des risques), CSAPA (comme à travers des permanences ou consultations avancées au sein des structures sociales d'accueil et d'hébergement).

On peut aussi citer les Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) - présentées plus loin dans ce document – qui visent à mieux répondre à la souffrance psychique des populations exclues dont on a constaté qu'elle échappait à l'offre de soins psychiatrique traditionnels. Elles développent par ailleurs sur site de nombreuses actions de sensibilisation et d'appui des partenaires sociaux (participation à des synthèses, organisation de « débriefing », de séances de formation, d'échanges de pratiques...)

« L'aller-vers » est aussi mis en œuvre dans le cadre de maraudes de veille sanitaire dans des campements de rue ou des bidonvilles, ou à travers des maraudes conjointes comprenant des psychologues et des travailleurs sociaux dans les grandes gares parisiennes et intervenant auprès de personnes ayant plusieurs années de rue et refusant toute aide – Ces approches sont soutenues par l'Agence.

Les CPAM quant à elles organisent des actions sur le terrain en allant au-devant des publics qui ne se déplacent pas jusqu'à ses guichets. Des stands d'informations sont ainsi tenus pour répondre aux questions des usagers, faire la promotion des offres de services (droits, bilans de santé gratuits, prévention...) et proposer son aide dans les démarches (par la Mission Accompagnement Santé) si besoin, par exemple dans des épiceries sociales, des foyers d'hébergement...

Il est à noter que l'Agence a mis à disposition sur son site un référentiel de bonnes pratiques « d'aller-vers », réalisé par ses soins, afin de maximiser l'efficacité et l'adaptation de ces approches auprès de leurs publics.

Parmi les remontées de terrain et donc les enjeux sur lesquels travailler, on note :

- Les problèmes de ressources humaines en santé qui concernent les professionnels médicaux (dont les médecins en EMPP), les professionnels soignants mais aussi les travailleurs sociaux
- Des enjeux de coordination entre acteurs d'aller vers à l'échelle du territoire
- Un risque de suivi insuffisamment articulé avec les dispositifs de droit commun dans la prise en charge des patients, et donc à éviter.

Plan d'action

1) Coordination / planification et articulation entre les différents dispositifs

- **Renforcer la couverture territoriale des équipes mobiles médico-sociales en Ile-de-France** : la période 2021-2023 a permis la mise en place d'une couverture socle à l'échelle régionale, d'équipes mobiles médico-sociales. L'objectif de ce PRAPS 3 sera de faire perdurer le développement de ces équipes mobiles médico-sociales, à hauteur de 80 équipes mobiles médico-sociales déployées en IDF en 2028, sous réserve de la présence de crédits délégués (10 équipes par département dont la taille sera adaptée aux besoins des territoires).
- Poursuivre la construction d'une dynamique de **coordination des acteurs de « l'Aller-vers »** en santé, particulièrement au niveau des territoires.
- Renforcer le maillage de ces équipes mobiles avec les autres dispositifs de droit commun sur les territoires d'intervention. Notamment **renforcer l'ancrage sur le dispositif de soins de droit commun**.
- Développement des **approches de « aller-vers » pluridisciplinaires** et/ou à travers des coopérations renforcées entre les acteurs des champs différents (social, somatique, santé mentale, addictions, adultes et enfants - à l'exemple de maraudes communes sociales/CAARUD et CAARUD/EMPP), en direction notamment des personnes résidant dans les bidonvilles, des femmes en période périnatale et/ou accompagnées de jeunes enfants hébergées à l'hôtel, des femmes isolées, des jeunes en errance, des personnes malades chroniques et/ou en perte d'autonomie.
- Veiller au maintien des **ressources humaines** de ces équipes. Pour cela, en lien avec la stratégie globale de soutien aux RH en Santé (axe 4 du SRS), mettre en place une démarche de valorisation de ce mode d'exercice auprès des professionnels de santé en formation, et mettre en œuvre l'ensemble des dispositifs utilisables pour chacune des professions (cf. aussi dans la partie 3.2.2 du présent document).
- Mettre en place un cadre régulier d'appui méthodologique de repérage et de capitalisation autour des bonnes pratiques.

2) Capitalisation et évaluation des interventions

- Poursuivre l'élaboration de **recommandations de bonnes pratiques** dans le champ des interventions « d'aller-vers » (modalités opératoires, indicateurs et outils de suivi) en complément de ce qui existe déjà.
- Accompagner les équipes dans l'appropriation des outils de suivi pour **restituer de façon qualitative et quantitative les interventions effectuées**.

Indicateur de suivi - évaluation

Indicateurs intermédiaires :

- Etat du recensement des ressources et des coordinations existantes, typologie des actions, état des besoins des publics rencontrés.

Indicateurs de résultat :

- Proposition de schéma d'organisation à l'échelle des territoires avec éléments de planification des interventions et calendrier de déploiement.
- Etat de la progression du nombre de maraudes conjointes sociales et sanitaires en lien avec les CAARUD, CSAPA et EMPP.
- Référentiel opposable des actions de « aller-vers ».
- Atteinte des 80 équipes mobiles médico-sociales opérationnelles déployées en IdF.

2 Favoriser et renforcer l'accès à la santé des personnes démunies

2.1 Contexte/enjeux

Se soigner, faire valoir ses droits, préserver sa santé sont des démarches pouvant être problématiques pour les personnes en situation de grande pauvreté, et conduire à renoncer à des soins pourtant nécessaires. La complexité des démarches pour obtenir une couverture maladie, la méconnaissance des lieux où se faire soigner, comme la perte du réflexe du recours aux soins en sont les principales raisons.

Les acteurs de terrain continuent de partager les constats identifiés au cours des travaux du deuxième PRAPS, à savoir :

- la persistance de difficultés d'accès aux droits à la santé, notamment pour les personnes migrantes nouvellement arrivées ;
- la présence de nombreuses situations de renoncement aux soins (soins bucco-dentaires, ophtalmologiques, gynécologiques ou psychiques), pour des raisons à la fois d'ordre économique, de méconnaissance, comme rappelé plus haut mais voire aussi de défiance vis-à-vis du système de soins, de raréfaction de l'offre accessible (un sujet traité dans le cadre plus large du SRS), de longueur de délais d'attente... ;
- des situations individuelles médicales et sociales complexes avec des facteurs cumulatifs de vulnérabilité nécessitant une mobilisation d'acteurs au sein d'une approche pluridisciplinaire et plurisectorielle ;
- l'insuffisance d'information des professionnels de santé sur les dispositifs et les acteurs ressources/sociaux de proximité, freinant leur mobilisation ;
- la nécessité d'engager des modalités d'action de type « aller-vers » auprès des personnes démunies pour qui la santé n'est pas la priorité (un sujet traité dans le chapitre précédent).

Les leviers à prendre en compte viennent en complément de ceux déjà présentés dans l'axe « accompagnement personnalisé » :

- mieux caractériser les causes du non accès aux droits à la santé, en particulier celles dues à la complexité des dispositifs ;
- renforcer le repérage précoce des situations à risque élevé de renoncement aux soins ;
- rendre davantage lisibles les droits et les ressources de proximité mobilisables pour en renforcer l'accessibilité ;
- mieux sensibiliser les acteurs de terrain et les intervenants de première ligne, médicaux, éducatifs, sociaux... aux besoins de santé et aux difficultés rencontrées par les personnes démunies pour les impliquer davantage dans la prise en charge et l'accompagnement des publics ;

- veiller à l'effectivité des réponses apportées par le système de santé (en termes notamment de gestion concertée, de délais de prise en charge) à travers une large coordination entre partenaires. Renforcer l'efficacité des prises en charge.

Points d'articulation avec le Schémas Régional de Santé 2023-2028

- Axe 1. Développer la prévention, la promotion de la santé et le pouvoir d'agir des habitants et des usagers
- Axe 2. Construire des parcours de santé lisibles fluides et répondent aux besoins des patients.
- Axe 3. Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité
- Axe 4. Former, recruter et fidéliser les professionnels de la santé en Île-de-France.
- Axe 6 : Fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques

2.2 Objectifs et stratégies d'intervention

2.2.1 Repérer plus précocement les personnes en difficultés à accéder au système de santé et/ou à se maintenir dans un parcours de santé

Mobiliser l'ensemble des acteurs de première ligne, pouvant intervenir comme "**des filets de sécurité**" dans l'identification des besoins de soins et/ou d'absence de couverture maladie des publics éloignés/exclus du système de santé et fréquentant les services d'aides, peut-être un levier efficace.

Le programme « COVID Stop Ensemble », lancé par l'Agence en septembre 2020 pendant la crise sanitaire, est à ce titre inspirant. Afin de renforcer l'information et l'adhésion des populations en direction de territoires et de publics prioritaires, ont été mobilisés des intervenants de terrain par le biais d'associations ou de collectivités territoriales, qui ont pu bénéficier d'outils de communication, de formation et d'éléments de langage adaptés aux publics et aux lieux visés.

Il s'agit donc, dans la continuité du PRAPS 2, de continuer à **promouvoir le travail de sensibilisation pouvant être conduit par les acteurs de proximité sur les questions de santé auprès des publics accueillis**.

Plusieurs difficultés se posent cependant :

- L'impact du **turn-over important** des équipes opérationnelles dans le champ de la lutte contre la grande pauvreté. Aux problèmes d'effectifs réduits se superpose une perte de connaissance et d'expérience sur l'offre d'accès aux soins existante et sur les procédures à mettre en œuvre pour accéder aux droits à la couverture maladie, pouvant se traduire par des orientations inadaptées.
- **Le contexte de tensions sur les ressources humaines en santé et notamment en médecins** rendant difficile les réorientations en cas de besoin de soins.

Plan d'action

- **Mieux repérer et de manière précoce** les personnes sans couverture maladie ou incomplète et/ou en situation de formuler une demande d'aide ou de soins et/ou sans suivi médical,

dans les lieux d'accueil à vocation social et à l'entrée dans les établissements de santé, en ciblant notamment :

- Des structures à vocation solidaire comme les lieux de distribution alimentaire, les vestiaires, les associations de quartier, dans le cadre des maraudes bénévoles ;
 - Des structures médico-sociales ;
 - Des structures de santé (en complément des prises en charge relatives aux besoins de soins immédiats) comme les urgences médicales (SAU), les maternités, au moment des sorties d'hospitalisation, les CeGIDD, les CLAT...
- **Renforcer, harmoniser et partager les outils du repérage** entre les intervenants de première ligne (professionnels de santé, sociaux) au contact de ces publics très démunis, permettant de déceler les besoins de santé, les difficultés d'accès au système de santé, voire les renoncements aux soins.
 - Mettre par exemple, à disposition une grille d'évaluation des risques de non recours ou de renoncement aux soins (en lien avec les outils existants, notamment utilisés par les caisses primaires d'assurance maladie), y compris en secteur sanitaire hospitalier.
 - **Mettre en place une démarche systématisée d'information et de formation des acteurs** (agents d'accueil, éducateurs, travailleurs sociaux, associations de quartier, adultes relais, pairs, intervenants au sein de structures de dépistage...) **sur ces questions du repérage et des modalités d'orientation des situations problématiques de santé et/ou d'ouverture de droit** en fonction du contexte, des lieux, des publics cibles et de la nature des intervenants.
 - Produire une information claire et lisible sur les offreurs de soins de proximité mobilisables, actualisée en permanence (sur des supports comme Soliguide...)
 - Prévoir des outils d'aide à l'orientation vers les soins et les dispositifs de prise en charge en santé mentale.
 - Elaborer un guide proposant des repères sur les bons réflexes à avoir lorsque des problèmes de santé, ou d'accès à la couverture maladie sont repérés (sur le modèle du guide "occupants de campements et personnes en errance : accompagnement vers les dispositifs de santé en Ile de France, réalisé au cours des travaux de mise en œuvre du premier PRAPS).
 - Prévoir un dispositif d'accompagnement pour aider ces intervenants de première ligne dans leur démarche.
 - Promouvoir **l'analyse partagée à l'échelle locale des observations effectuées** dans le cadre de ces approches de sensibilisation et de médiation sur les questions de santé et d'accès aux droits à la couverture maladie.

Indicateurs de suivi-évaluation

- Nombre de programmes territorialisés de repérage précoce organisé au sein des SAU, maternités, centres de santé, lieux de distribution alimentaire, CeGIDD, CLAT.
- Nombre de personnes repérées qui ont bénéficié par la suite d'une évaluation socio-sanitaire.
- Suivi de l'évolution des modes d'adressage aux PASS et aux réseaux Précarité/accès aux soins.
- Evolution des pratiques d'orientation vers le système de santé au sein des structures AHI

2.2.2 Renforcer l'information en santé à destination des publics et des professionnels

L'accès à l'information est un enjeu essentiel pour pouvoir mieux **comprendre les questions de santé, le fonctionnement du système de santé**, avoir des éléments de repère et agir en trouvant des ressources ou de l'aide. Que l'on soit personne en besoin de soins ou non, alphabétisée ou non, que l'on soit professionnel ou bénévole, il n'est pas toujours facile d'avoir les bonnes informations au bon moment. Pourtant cela favorise une meilleure participation des personnes aux choix à faire sur leur santé. Cela permet d'améliorer la prise en charge globale des personnes malades, mais également de simplifier l'adoption de comportements de prévention, de faciliter la relation entre soignants et patients.

Plusieurs outils existent pour améliorer l'accès à l'information en santé, pour les professionnels comme pour les personnes en situation de grande pauvreté :

- On peut citer par ailleurs les **outils d'information ou pédagogiques** (traduits en plusieurs langues) **mis en place par l'Agence selon les contextes, les utilisateurs, le cadre d'utilisation** : utiles pour la sensibilisation sur les pathologies : COVID-19, variole du singe, gale, sur la vaccination, ... Ou encore la construction d'Arbres décisionnels (pour mieux visualiser les informations nécessaires à la prise de décisions) et de protocoles sur des conduites à tenir.
- **SOLIGUIDE** (avec un déploiement régional en cours) est une plateforme avec application mobile de référencement de lieux et services utiles accessibles aux personnes en situation de précarité et à leurs intervenants, visant à répondre à toutes les difficultés rencontrées au quotidien : se laver, se nourrir, et notamment se soigner... (Avec géolocalisation des structures, fiches pratiques et mise à jour régulière). Le volet santé de cette application est particulièrement importante.
- **Le Guide santé à destination des acteurs de la filière de l'hébergement**, en cours de réactualisation, vise à donner des repères sur les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés. Il s'agit d'un outil d'information co-construit en 2016 avec la Fédération des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale (FNARS) Île-de-France - devenue aujourd'hui la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) ;
- Des supports de prévention adaptés au contexte et aux publics comme **le guide « Soins et accompagnement des migrants/étrangers en situation précaire »**, destiné aux professionnels. Comme également **les livrets de santé bilingues** (disponibles en 17 langues), qui sont des supports de communication et de dialogue entre les personnes migrantes et les professionnels de la santé ou du social pour mieux comprendre le système de protection maladie français, les droits et démarches, mais aussi les principales thématiques de santé ainsi que des informations pratiques pour la vie quotidienne (apprendre à vivre avec sa maladie...); ces outils sont co-construits par des associations spécialisées comme le COMEDE, en lien avec la Direction générale de la santé (DGS) et l'agence Santé publique France.
- Des **informations sont aussi présentées sur le site extranet de l'Agence** : des éléments de connaissance de l'offre de soins à travers l'application CartoSanté; un guide/annuaire des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) construit sur une base cartographique interactive...

Au cours de l'analyse des besoins du terrain, sont remontées aussi la nécessité de prendre en compte les limites suivantes :

- Si l'usage des outils numériques en santé progresse, facilitant l'accès à l'information, cet engouement est néanmoins freiné par des inégalités d'accès et des niveaux de maîtrise hétérogènes concernant ces supports (insuffisance d'équipement informatique, difficultés d'accès à une connexion Internet, manque de compétences ...)
- La nécessité mais aussi les difficultés à assurer les mises à jour régulières.
- La gestion complexe de la multiplicité et l'hétérogénéité des supports utilisés.

- Des spécificités culturelles insuffisamment prises en compte.

Plan d'action

- **Améliorer le référencement des outils** de prévention/sensibilisation traduits en plusieurs langues sur le site de l'ARS en articulation avec Santé Publique France. Rechercher la complémentarité entre les ressources existantes.
- Si besoin **développer des contenus d'information** permettant de mieux se repérer dans le système de santé francilien, en lien avec Santé Publique France, sante.fr, l'Assurance Maladie et en concertation avec les personnes accueillies (infos pratiques, plaquettes imagées, annuaires santé en ligne, outil informatiques ...).
- **Elaborer un guide des équipes mobiles médico-sociales** pour faciliter les demandes d'intervention.
- Instituer de façon plus structurée **un dispositif de mise à disposition de supports d'information** sur le système de santé et sur les droits en matière de santé/soins aux personnes migrantes primo-arrivantes aux différents points d'entrée sur le territoire (plateformes d'accueil, guichets uniques pour demandeurs d'asile, préfectures, structures d'hébergement).
- D'une façon générale, **investir et diversifier les canaux de communication** : lieux de grand passage (bornes interactives au sein des gares...), lieux de soins, lieux de distribution alimentaire, structures d'hébergement et d'accueil de jour..., mais aussi les réseaux sociaux. Une attention particulière doit être portée à la diffusion d'informations multilingues
- Donner des repères (fiches réflexes) pour favoriser une **communication adaptée dans un contexte d'interculturalité**.

Indicateurs de suivi-évaluation

- Un référencement accessible des outils
- Un dispositif de diffusion de l'information structuré
- Nombre de consultations en ligne de contenus d'informations adaptées placés sur le site de l'agence, (cartographie des PASS, guide santé-hébergement ...) en lien avec sante.fr
- Nombre de sites de distribution alimentaire, de CHU, de CHRS, de lieux d'accueil de jour ayant organisé de façon structurée une diffusion de contenus d'information en santé

2.2.3 Promouvoir la prise en soins des publics démunis

Il s'agit de faciliter la prise en soins des personnes en situation de grande pauvreté en médecine de ville, ce qui n'est pas évident, notamment quand les soignants se retrouvent face à des situations médico-sociales complexes à gérer. Au-delà de l'acte médical, c'est toute une stratégie de prise en charge dans sa globalité qu'il convient d'instaurer ou de préserver.

Les médecins évoquent leurs difficultés sur le sujet (consultation longues, rendez-vous non honorés...) et surtout leur **manque de connaissance des particularités inhérentes à la grande pauvreté et des structures relais adaptées à ces publics**. Des questions se posent aussi autour des **freins financiers** (insuffisance de couverture sociale versus consultations longues et complexes).

Enfin, il peut exister la barrière de la langue et en regard **les difficultés d'accès à l'interprétariat professionnel**, dont le sujet a été présenté dans une autre section de ce document.

En termes de réponses, afin de ne pas laisser une situation administrative de leurs patients retarder les soins, les professionnels de santé ont déjà à leur disposition dans tous les départements, un numéro d'appel unique (non accessible aux patients) - le 3608 - tenu par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et permettant le signalement de difficultés rencontrées dans l'accès aux droits : problème de facturation, d'accès aux droits empêchant la réalisation de soins urgents (PUMA, CSS) ...

Cependant, cela ne concerne pas les personnes migrantes primo-arrivants sans droits, très peu vues en médecine générale. Pour ces patients, une information adaptée sur les structures relais, et particulièrement les PASS, s'impose.

Par ailleurs, se développent des microstructures médicales en addictologie, en cours d'expérimentation au titre de l'article 51. Ce type approche, dénommée « Equip'Addict », repose sur une organisation souple, en appui au médecin traitant sur son lieu d'exercice, permettant une prise en charge pluri-professionnelle pour les patients présentant des parcours complexes liés aux addictions. Elle est constituée d'un médecin généraliste libéral, d'un travailleur social salarié détaché par une structure médico-sociale spécialisée en addictologie et d'un psychologue libéral ou détaché. L'objectif ici est d'améliorer le maillage territorial de la prise en charge et l'accès à des soins de proximité par une approche pluri-professionnelle centrée autour du médecin traitant. Elles permettent de contribuer à la prise en charge de public en situation de vulnérabilité sociale et assurés sociaux au plus près des territoires.

Il s'agit donc ici essentiellement de mieux prendre en compte le ressenti de solitude des professionnels (y compris de santé du droit commun) pouvant exister face à certaines situations concrètes, et de renforcer la coordination avec les autres acteurs, en particulier les travailleurs sociaux des structures d'hébergement pour améliorer le suivi des patients.

Mais promouvoir la prise en soins, c'est aussi prendre en compte la grande difficulté parfois à trouver un médecin traitant au sein des territoires (en dehors des solutions de télémédecine).

Là encore des ressources existent : s'adresser aux organisations coordonnées territoriales, comme les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), les centres de santé (CDS) ou les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui se sont engagés à faciliter l'accès à un médecin traitant des publics les plus fragiles. Ou encore s'adresser aux « missions accompagnement en santé » (MAS) de l'Assurance maladie, déployées dans chaque caisse d'assurance maladie et proposant un accompagnement individualisé aux personnes bénéficiaires de l'assurance maladie en difficultés pour accéder à leurs droits et/ou pour se faire soigner. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) peuvent là-aussi jouer un rôle. Pour les soins non programmés (et quand les droits sont ouverts) les dispositifs de Services d'accès aux soins (SAS), alternatives aux urgences, peuvent être des ressources mobilisables.

Enfin, il s'agit aussi d'innover pour améliorer l'accès effectif aux soins de premier recours, dans les territoires de proximité, pour les personnes très démunies, quel que soit leur statut administratif, ou l'état de leur couverture maladie.

L'ARS IdF a ainsi commencé l'expérimentation au cours de son premier PRAPS de dispositifs de permanence d'accès aux soins de santé (**PASS**), dites **PASS de « ville », ou PASS « de proximité » ou PASS « ambulatoires »**. La PASS Ambulatoire est une solution organisationnelle innovante, implantée dans l'offre de soins de ville de ville, proposant un projet global de prise en charge de la précarité. L'enjeu ici est d'améliorer la prise en charge en cabinet généraliste des personnes en situation de vulnérabilité sociale présentant un besoin de soins et nécessitant un accompagnement dans les démarches à effectuer pour l'ouverture de leurs droits à la couverture maladie. A la différence de la PASS hospitalière, elle ne prend pas la forme d'une structure spécifique : c'est un dispositif

organisationnel entre acteurs de proximité (pharmaciens, laboratoires, médecins généralistes, CPAM...) qui s'active quand une personne démunie se présente sans couverture maladie ou avec une couverture partielle. L'Agence soutien et finance notamment le travail de coordination engendré, éventuellement mettre à disposition des compétences en travail social, et endosser le reste à charge (évalué en 2017 à 33 euros par patient). **18 opérateurs sont impliqués** à ce jour en Ile-de-France (localisés en grande partie en Seine-Saint-Denis, mais aussi dans le 95, le 77 et le 92).

4042 personnes ont ainsi pu bénéficier de ce dispositif en 2021.

Des travaux de pérennisation et "labellisation", qui se déroulent actuellement au niveau national et auxquels l'Agence contribue, montrent que ces PASS de ville suscitent l'intérêt et commencent à s'implanter en dehors de l'Ile de France.

Plan d'action

- **Mieux faire connaître** aux professionnels, y compris ceux de la santé, **les dispositifs ressources de lutte contre le renoncement aux soins pour les personnes à risque**, notamment sur les questions administratives et/ou d'incompréhension des démarches à effectuer pour l'ouverture ou le renouvellement des droits la couverture maladie. Communiquer sur les dispositifs portés par l'Assurance Maladie comme la ligne téléphonique réservée aux professionnels de santé ou les missions d'accompagnement en santé.
- **Mobiliser les organisations coordonnées territoriales** pour faciliter la recherche de médecin, les inciter à passer des conventions avec les structures AHI (Accueil hébergement insertion) de proximité, ainsi qu'à construire des liens avec les PASS et autres dispositifs d'accès aux soins spécialisés. **Soutenir les démarches d'accompagnement mise en œuvre par l'Assurance maladie** pour apporter des solutions aux patients souffrant d'une affection de longue durée (ALD) et qui n'ont pas déclaré de médecin traitant.
- **Développer les collaborations entre les acteurs du territoire afin d'éviter l'isolement professionnels des médecins généralistes** : inciter ces derniers à participer aux dispositifs de concertation et d'appui locaux, comme les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)... ceci en lien avec les recommandations énoncées au sein du schéma régional de santé.
- **Soutenir les expérimentations** visant à renforcer, au sein des cabinets de médecins de ville, l'accès à des **ressources en médiation en santé, en interprétariat et en accompagnement social** (tels les projets dits de « microstructures »).
- **Poursuivre le déploiement**, prioritairement sur la petite et la grande couronne, du dispositif de **PASS de ville**, facilitant le lien avec la médecine de ville. Poursuivre la réflexion sur les stratégies de déploiement des moyens financiers alloués au dispositif, en articulation avec les financements alloués aux DAC, aux CPTS, aux centres de santé participatifs...
- **Accompagner le processus national de "labellisation" des PASS ambulatoires** pour de meilleures pratiques internes (dépenses non recouvrables, accès CDR, ETP...).
- **Accompagner l'amélioration des compétences interculturelles** des acteurs du réseau de la santé afin de mieux répondre aux besoins des personnes issues de cultures différentes.

- Analyse de l'évolution des difficultés rencontrées par les professionnels
- Suivi du nombre de PASS de ville développées

2.2.4 Renforcer l'accès à la prévention et à la promotion de la santé

Il s'agit de diffuser une culture collective de la prévention et de fonder des approches adaptées aux publics sans « chez soi ».

Différents dispositifs de santé publique, sous la responsabilité de l'Agence, jouent déjà un rôle clé dans l'accès à la prévention, y compris pour les publics les plus vulnérables :

- Les **CSAPA/CAARUD** qui portent des actions de prévention dans le champ de l'addictologie en assurant un accès au matériel de prévention et de réduction des risques lié aux consommations.
- Les **CVAC**, proposant des vaccinations gratuites.
- Les **CEGGID** permettant un accès aux examens de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST).
- Les **CLAT** dans le cadre de leurs actions de prévention et de dépistage ciblées contre la Tuberculose (l'année 2021 a été marquée par les travaux liés aux renfort de leurs missions).
- Des dispositifs comme les **EMPP, EMSP, PASS ou les PASS mobiles** qui mènent aussi à leur niveau des actions de prévention et de repérage.

On peut en outre mentionner les services de protection maternelle et infantile (PMI), placés sous la tutelle des conseils départementaux et qui ont des missions organisant des consultations, visites à domicile et autres actions médico-sociales, individuelles et collectives auprès des femmes enceintes, de enfants de 0 à 6 ans et des parents.

Les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) financent à leur niveau des centres d'examen de santé proposant des examens de prévention en santé pris en charge pour les assurés sociaux de plus de 16 ans et destinés en priorité aux personnes éloignées du système de santé, en situation de précarité et ne bénéficiant pas d'un suivi médical régulier. Elles organisent par ailleurs un certain nombre d'actions autour de la prévention en santé et de sensibilisation en santé auprès de certains publics fragiles (prévention des cancers, obésité, santé bucco-dentaire...)

De son côté, l'Agence accompagne depuis plusieurs années la présence de pôles de soins installés dans les centres d'accueil et d'orientation (CAES) destinés au premier accueil des personnes migrantes primo-arrivants. Là, des bilans infirmiers d'orientation, organisés sur une base de volontariat, sont réalisés selon un protocole standardisé, afin de repérer les besoins de soins les plus urgents, d'organiser les orientations nécessaires vers les ressources de santé de proximité et de fournir aux personnes un dossier sanitaire pouvant leur être utile par la suite.

De tels bilans sont aussi proposés lors d'opérations de mise à l'abri de campement de rue. Et peuvent être dorénavant réalisés par toutes les équipes mobiles médico-sociales déployées en Ile-de-France.

Par ailleurs l'ARS Île-de-France a mis en place un programme régional de lutte contre le saturnisme à destination des populations les plus à risque d'expositions au plomb (enfants et femmes enceintes) résidant au sein d'habitats non conventionnels (bidonvilles, squats, etc.). Ce plan prévoit des opérations de dépistage collectif, des actions de sensibilisation auprès des familles, la mise en place

d'approches immédiates de réduction des risques (l'identification d'espaces dédiés aux activités de ferrailage, l'accessibilité à l'eau, etc.), ainsi qu'un suivi/accompagnement individualisé des personnes atteintes.

Un nouveau cadre juridique et réglementaire relevant de l'Ordonnance n° 2022-1611 du 22 décembre 2022 relative à l'accès et à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine et le Décret n° 2022-1721 du 29 décembre 2022 relatif à l'amélioration des conditions d'accès de tous à l'eau destinée à la consommation humaine attribue de nouvelles compétences aux collectivités territoriales en la matière : d'ici à 2025 pour les EPCI disposant déjà de la compétence eau et 2026 pour celles qui la récupéreront après cette date, elles devront réaliser un diagnostic de leur territoire permettant d'identifier les besoins et les contraintes techniques. La mise en place des installations nécessaires devra se faire au plus tard trois ans après la réalisation du diagnostic, tout en prenant en compte l'urgence de la situation. Si l'ARS n'a pas de compétence directe, le manque d'accès sécurisé à l'eau potable sur les lieux de vie tels que les bidonvilles et les squats a des conséquences directes sur la santé et l'accès aux soins des personnes concernées.

On peut citer aussi des initiatives d'actions de prévention issues d'acteurs du terrain comme la diffusion de livrets multilingues portant sur la santé sexuelle pour les personnes migrantes primo-arrivantes accueillies dans certains CAES et des hôtels sociaux (des violences sexuelles, de la contraception, du dépistage du VIH et des infections sexuellement transmises, de l'excision, de l'orientation sexuelle, les avec les coordonnées des professionnels et structures de santé référents).

En effet, les populations précarisées, parce qu'éloignées de la prévention et du soin, sont surexposées aux risques d'infections sexuellement transmissibles, de grossesses non planifiées et non désirées, de violences notamment physiques et sexuelles, de cancers génitaux notamment le cancer du col de l'utérus.

Enfin de nombreux acteurs du champ de la lutte contre la grande pauvreté proposent des animations collectives autour de la santé et de la prévention, à partir des demandes des personnes accueillies, pour explorer les représentations, apporter des connaissances et orienter si nécessaire.

Citons notamment les expériences sur le développement de la pratique sportive chez les personnes accueillies pour « se changer les idées », diminuer le stress, faciliter la cohabitation avec d'autres, favoriser l'intégration des personnes.

Mais en dépit de ces avancées, la promotion des dynamiques de prévention et de promotion de la santé, doit tenir compte de :

- **La persistance d'un cloisonnement entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux** rendant plus difficile une approche des personnes dans leur globalité – **les actions devant se situer à l'interface entre éducation/prévention/protection** - source potentielle d'échec des messages préventifs et de ruptures dans les parcours de santé et de vie.

- **La disparité dans la répartition territoriale et l'hétérogénéité des actions** de prévention et de promotion de la santé, et de leurs porteurs. Avec en corolaire un **manque de lisibilité** de ce qui se fait réellement.

- **La difficulté d'avoir accès au dossier médical du patient n'ayant pas de numéro d'identifiant et qui ne serait pas en mesure de restituer les bilans déjà effectués.**

Deux points spécifiques doivent être notés :

D'une part, il convient de soutenir l'organisation des **bilans de santé des personnes migrantes primo-arrivantes** en articulation avec la mise en œuvre de l'instruction du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants et du plan « vulnérabilité » publié par le ministère de l'Intérieur le 28 mai 2021, visant à « mettre en place un rendez-vous santé dès l'enregistrement de la demande d'asile », assuré dans certains sites par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII). L'objectif est notamment de renforcer la prévention et le

dépistage des maladies chroniques (diabète, drépanocytose, hypertension artérielle...), ainsi que d'organiser un parcours de soins/de santé en fonction des besoins.

D'autre part, la région Ile-de-France est l'une des régions les plus impactées par la prévalence de plusieurs maladies transmissibles, notamment la tuberculose et la gale. Ces pathologies touchent notamment les populations les plus précaires, dont les personnes migrantes ciblées par le PRAPS. La présence de ces pathologies en Ile de France dans les campements parisiens et de proche de la petite couronne a ainsi conduit à l'organisation d'opérations de dépistage et de traitement collectifs sur site.

Plan d'action

➤ **Structurer un dispositif de bilans de santé destinés aux personnes migrantes d'arrivée récente** en complémentarité des bilans infirmiers conduits en CAES, conformément à l'instruction du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants. Ces bilans doivent s'inscrire dans tout un dispositif de médecine préventive avec une possibilité d'orientation spécialisée, de rattrapage vaccinal... Etudier les meilleures modalités de mise en œuvre de ces bilans somatiques et psychologique en fonction de l'état de la protection maladie de la personne (consultation en médecine de ville, Centres d'examen de prévention en santé de l'Assurance maladie, expérimentation des RDV OFII pour les demandeurs d'asile, consultation en PASS, CEGIDD, CLAT...) en capitalisant sur les expériences en cours (CLAT 94, SPADA 93...). Organiser un parcours de soins/de santé en fonction des résultats du bilan. En pratique :

- Identifier les points d'accueil complémentaires à ceux déjà dotés d'un système de bilan infirmier et permettant de proposer ce bilan ainsi que l'organisation d'une éventuelle prise en charge d'aval
- Identifier les ressources mobilisables (partenariats, ressources sanitaires propres, redéploiements, ressources complémentaires) pour renforcer ce dispositif
- A partir des différents dispositifs existants, tendre vers la systématisation d'une proposition de rendez-vous santé dans tous les territoires, pour l'ensemble des personnes migrantes primo-arrivantes, qu'elles relèvent du dispositif de la demande d'asile ou d'un autre statut.

➤ **Etendre les possibilités d'accès aux bilans de santé** aux autres catégories de personnes accueillies en structures d'hébergement; et rechercher des solutions pérennes permettant notamment l'accès des bénéficiaires de l'aide médicale d'état (AME) aux bilans de santé réalisés en centres d'examen de santé.

➤ **Faire le lien avec le dispositif en cours d'installation de « rendez-vous de prévention » aux trois âges clés de la vie**, pris en charge par l'Assurance maladie.

➤ **Continuer à promouvoir et développer les démarches de prévention et de promotion de la santé**, à partir des stratégies opérationnelles s'appuyant sur des référentiels d'intervention et avec une évaluation régulière de l'efficacité des actions, en tenant compte des situations et des besoins de santé des personnes rencontrées notamment sans droits ouverts : l'accès à la vaccination, la mise à disposition d'outils de Réduction des risques et des dommages, de moyens de contraception, tests de dépistage rapide du VIH/TROD, l'accès aux examens de dépistage des cancers et des infections sexuellement transmissibles (IST), de la tuberculose. On s'appuiera notamment sur les démarches de « aller-vers », et sur les opportunités des passages dans les établissements de santé (renforcement des stratégies dites de réduction des occasions manquées en direction des personnes en situation de grande vulnérabilité sociale), mais aussi de « ramener-vers » dans une logique partenariale de territorialisation de l'action permettant aux acteurs de premières lignes d'effectuer les mises en relation et les orientations des populations éloignées du soin vers les structures spécialisées.

- Mener la réflexion sur les opportunités d'expérimentation de scénarii de dépistage, de prise en soins et de mise sous traitement simplifiés au plus proche de là où se trouve la personne afin d'éviter les « perdus de vue » ;

➤ Il s'agit aussi de travailler sur :

- Le « mieux manger » en lien avec la sécurité alimentaire (avec par exemple l'information sur les lieux de distribution alimentaire, des ateliers traitant « comment cuisiner dans une chambre d'hôtel » ou sur « comment équilibrer un repas avec des ressources financières très limitées ») ;
- L'hygiène (avec l'accès aux WC, aux bains-douches, aux produits d'hygiène corporelle...);
- L'estime de soi et « l'empowerment » (par le biais de lieux de socialisation, de groupes de parole, d'approches communautaires ...); Ce sujet de l'empowerment sera développé plus loin.
- Ainsi que, pour les personnes en parcours d'insertion, et en tenant compte de leurs besoins spécifiques : la réduction du tabagisme, de la consommation d'alcool, la santé sexuelle, la lutte contre la sédentarité, etc.

➤ **Mettre en œuvre des stratégies encourageant les environnements soutenant et la résilience individuelle**, avec des activités psycho-sociales collectives favorisant l'estime de soi et l'empowerment : groupes de paroles, art thérapie, ateliers d'écritures, thérapie communautaire intégrative...

Indicateurs de suivi – évaluation

- Nombre de programmes de promotion de la santé mis en place avec le soutien financier de l'Agence, notamment autour des questions de sécurité alimentaire. Nombre de bénéficiaires.
- Nombre de personnes accueillies en structures d'hébergement d'urgence ayant pu bénéficier d'un bilan infirmier d'orientation.
- Pourcentage de publics en grande vulnérabilité sociale parmi les publics bénéficiaires d'un bilan de santé au sein des centres d'examen de santé.
- Existence de dispositions dérogatoires pour des personnes bénéficiaires de l'AME nécessitant un bilan de santé globale, dans des conditions particulières à définir.
- Nombre de personnes en AME ayant pu bénéficier d'un bilan de santé dans le cadre des centres d'examen de santé.
- Inventaire des bonnes pratiques répondant à des critères prédéfinis.
- Appréciation de l'efficacité des mesures proposées notamment dans le champ de la sécurité alimentaire.

2.2.5 Renforcer le rôle des PASS hospitalières au sein des territoires

Les permanences d'accès aux soins de santé « hospitalières » sont **des dispositifs d'accueil inconditionnel** auxquels peuvent s'adresser toutes personnes démunies, en difficulté d'accès au système de soins de santé. Elles assurent une **prise en charge médicale, avec délivrance de soins**, sans frais pour les patients qui ne disposent d'aucune couverture sociale, ou une couverture partielle. Les PASS proposent dans le même temps un **accompagnement social** pour aider à l'ouverture des droits à l'assurance maladie, et organisent une **orientation dans le système de santé de droit**

commun. Elles sont situées à l'intérieur des établissements de santé (bien qu'elles ne soient pas destinées aux personnes hospitalisées). L'équipe de la PASS adapte sa prise en charge à la situation du patient et à son environnement. Elle peut recourir à l'interprétariat professionnel en santé. Elle travaille avec les partenaires associatifs et institutionnels de son territoire.

Dispositifs de premier recours, les PASS ne cessent de s'adapter aux contextes dans lesquels elles évoluent. Dans les grands centres urbains, les PASS participent largement à la prise en charge des migrants et demandeurs d'asile, des mineurs isolés non accompagnés, des personnes en situation de prostitution, des personnes vivant à la rue, squat et bidonvilles mais aussi des personnes hébergées ou ayant un logement mais fragiles et désocialisées. Ainsi, la réactivité face à l'environnement et aux situations des personnes prises en charges, fait que certaines PASS, tout en gardant une vocation généraliste, ont acquis des compétences et des savoirs faire spécifiques.

Une PASS est obligatoirement **composée au minima par un binôme médecin/assistant social, voire trinôme (avec un IDE)** depuis l'instruction de 2022. Cette pluridisciplinarité permet une coordination des actions non seulement du soin, mais aussi avec les partenaires intra et extra hospitaliers tels que les directions administratives, la direction des finances, les cadres, les associations, les médecins de ville... Au-delà du binôme médico/social obligatoire, les ressources humaines contribuant au fonctionnement de la PASS peuvent être sollicitées en fonction des besoins et du profil de la patientèle : infirmier diplômé d'Etat, psychologues, médiateurs en santé, pharmaciens, agents d'accueil, juristes....

Après 20 ans de fonctionnement, les PASS ont prouvé leur intérêt pour la prise en charge des patients et pour le système de soin. Les PASS ne se substituent pas à la médecine de ville, elles offrent une alternative pour les situations les plus complexes, sur des temporalités définies afin de permettre aux personnes les plus vulnérables d'intégrer ou réintégrer l'ensemble des dispositifs de santé de droit commun. Néanmoins, **la crise qui touche le secteur hospitalier depuis plusieurs années et exacerbée par deux années de COVID, touche pour la première fois les PASS**, jusqu'ici plutôt préservées (peu de turn-over, pas d'absentéisme, ressenti d'une bonne qualité de vie au travail, etc.). En effet, les PASS font face (1) à **l'isolement et au manque d'attractivité dans le recrutement**, fonction de variable d'ajustement dans l'organisation du pôle voire de l'hôpital, et (2) au **challenge de la collaboration et de la complémentarité avec leurs partenaires intra et extra hospitaliers**, qui est une condition indispensable pour prévenir toute rupture biographique supplémentaire pour le patient au moment où il sera confronté à d'autres dispositifs de droits communs.

En région d'Ile de France, le nombre des PASS franciliennes n'a pas fondamentalement changé depuis 2018, mais la mise en place de GHT a – pour certaines – sensiblement fait évoluer l'organisation des sites d'intervention. Ainsi – **en fin d'année 2022 – on compte au total 68 PASS** (dont 46 en termes d'entité FINESS), dont certaines organisent l'accueil et la prise en charge des personnes précaires sur deux ou trois sites hospitaliers du même GHT. Le nombre des **PASS**

spécialisées (à savoir 6 PASS PSY³ , 2 PASS ophtalmologiques⁴ , 8 PASS buccodentaires⁵) vient d'augmenter grâce à l'ouverture d'une nouvelle PASS pédiatrique à l'hôpital Necker. En plus, grâce à la mesure 27 du SEGUR de la Santé, 7 PASS mobiles sont en cours de déploiement en petite et grande couronne : 2 dans le 77, 1 dans le 78, 1 dans le 91, 1 dans le 95, 1 dans le 94 et 1 dans le 93.

L'augmentation continue des crédits alloués (ex. MIG PASS) a permis de valoriser l'activité développée, de renforcer les moyens humains des équipes avec des consultations médicales dédiées et la présence d'un médecin référent pour 100% des PASS. Aujourd'hui toutes les PASS bénéficient de leur propre unité fonctionnelle.

La file active est de 57 840 personnes vues en 2019 - 44 010 en 2020, 43 310 en 2021 dont 17% de mineurs non accompagnés (MNA). Le nombre de consultations, en augmentation de 10% depuis 2019, est caractéristique d'une évolution du public de plus en plus composé de migrants primo-arrivants, dans un contexte de réforme de la couverture maladie et d'un délai de carence de 3 mois imposée aux demandeurs d'asile.

Le ratio hommes / femmes, anciennement caractérisé par une prédominance masculine très importante (73% d'hommes) s'est lissé au cours de ces dernières années.

Les tranches d'âge comportent peu d'évolution depuis 2018. La tranche 25-45 reste de loin la plus représentée, même si on remarque un rajeunissement de la file active (25-35 ans). Bien que peu représentatif quantitativement, pendant les années de pandémie du COVID, les PASS ont vu arriver des personnes bien plus âgées (majoritairement retraitées), soudainement précarisées, en rupture de suivi, ne pouvant pas honorer les restes à charge. Egalement en 2020, nombre des étudiants étrangers – ne pouvant pas payer la mutuelle étudiante - ont été pris en charge en PASS.

Le nombre de MNA (dont 90 % sont des jeunes hommes, âgés de plus de 16 ans, à 86% en provenance d'Afrique subsaharienne dont 75% francophones mais souvent analphabètes) est par contre en constante évolution. Actuellement les MNA représentent 17 % de la file active régionale des PASS. Ceci s'explique entre autres par le fait que les PASS (anciennement destinées à un public adulte) ont fait évoluer leurs critères d'inclusion et qu'elles sont les seuls dispositifs d'accès aux soins pour des mineurs en attente ou en recours pour la reconnaissance de leur minorité.

Citons par ailleurs des avancées dans le déploiement d'un dispositif régional de 7 PASS mobiles afin de renforcer l'Aller Vers dans les territoires. A ce jour six PASS mobiles sont opérationnelles (départements concernés : 77,78, 93, 94, 95) et, parmi elles, trois sont déjà équipées d'un véhicule « clinique mobile ».

Sont à signaler :

- **Les problématiques d'attractivité et de recrutement de personnels.**

³ PASS PSY (Financement DAF) : Maison Blanche / St. Anne (75); Barthelemy Durand (91); Max Fourestier /CASH (92); Ville Evrard (93); H. Mondor (94); Les Murets (94). Les PASS de Maison Blanche et Ville Evrard présentes en milieu psychiatrique sont centrées sur les soins somatiques avec la présence d'un médecin généraliste. 2 autres PASS-Psy ont, elles, fusionnées avec les Equipes Mobiles Psychiatriques Précarité (EMPP) de leur secteur : la PASS de l'EPS Les Murets et Barthelemy Durand / DIAPASOM. C'est le médecin psychiatre de l'EMPP qui assure la prise en charge et l'orientation médicale somatique et psychiatrique des patients. Les 2 PASS-Psy de Henri Mondor et du CASH de Nanterre sont-elles positionnées en milieu MCO et proposent des consultations d'orientation de psychiatrie.

⁴ Les PASS-O reçoivent tous patients à condition d'avoir été orientés préalablement par un médecin. Elles offrent un bilan orthoptique, des examens complémentaires, de traitements optiques, médicaux et un accompagnement dans les démarches d'accès aux soins. Le nombre de patients prévisionnels est estimé à 600 / an. o Fondation Rothschild (75) o Hôtel Dieu (75).

⁵ Pitié Salpêtrière (75) (6,5 fauteuils) Louis Mourier (92) (9,5 fauteuils), St. Denis (93) (1 fauteuil), Henri Mondor (94) (2 fauteuils), Hôtel Dieu (75) (1 fauteuil), Meulan (77) (1 fauteuil). Les PASS-Psy de Ville Evrard et de Maison Blanche ont étendu leur activité à l'accès aux soins buccodentaires de phase 2 pour les patients de leur file active, en se dotant d'un fauteuil dentaire financé sur le budget MIG PASS buccodentaire. Les PASS de la Pitié Salpêtrière, de Louis Mourier et Henri Mondor proposent la prise en charge des prothèses dentaires sur avis d'une commission d'études de cas. Les PASS de Louis Mourier et Henri Mondor sont équipées pour la prise en charge des enfants.

- **Les professionnels des PASS évoquent des impacts divers des mesures nationales concernant l'accès à une couverture maladie**, qui augmentent la pression déjà existante sur les services d'accueil des urgences (SAU) et les PASS. Ils évoquent également la possibilité d'effets en santé publique et en prise en charge, à travers des entrées reportées dans les soins.
- **Des temps de consultation allongés par le recours à l'interprétariat professionnel (actuellement estimé à 21% de la file active en 2021)**
- **La difficulté d'accès à une domiciliation**, problématique récurrente, générant d'autant l'augmentation du temps de prise en charge au sein des dispositifs PASS.

Plan d'action

- **Mieux définir les modalités d'orientation pour gérer la charge de travail entre les PASS hospitalières** – agir pour une diversification des ressources médicales à l'échelle des territoires
- **Veiller à la bonne articulation** des PASS hospitalières, PASS ambulatoires, des nouvelles EMSP et autres dispositifs mobiles « d'aller vers » et acteurs du premier recours intervenant à destination des personnes démunies pour améliorer la fluidité de leurs parcours de santé.
- **Accompagner la montée en charge des PASS hospitalières mobiles** permettant d'aller au plus près des personnes les plus éloignées des structures de soins.
- **Retravailler** en tenant du compte du contexte de désertification médicale **l'articulation partenariale entre les PASS hospitalières et les dispositifs de soins en ville, pour les patients stabilisés médicalement en PASS et bénéficiant d'une couverture médicale.**
- **Améliorer la connaissance du fonctionnement des PASS et l'offre de soin proposé à la fois à l'intérieur de l'hôpital et auprès des partenaires adresseurs.**
- **Améliorer l'échange d'information** entre les différents acteurs intervenant auprès des personnes en situation de précarité afin de mieux coordonner le parcours de soins / de santé et de vie des personnes concernées.
- **Accompagner l'évolution des PASS transversales en PASS dédiées.**
- **Augmenter le nombre des PASS spécialisées (bucco-dentaires, mère enfants, ophtalmologiques)** (sur les secteurs en besoin et particulièrement en grande couronne).
- **Intégrer davantage les PASS dans les dynamiques territoriales traitant des questions de pauvreté** : collaboration avec les DAC, PTS, CLS...
- **Si possible compléter les équipes des PASS par des psychologues et/ou médiateurs en santé.**
- **Développer les PASS généralistes en milieu psychiatrique.**

Indicateurs de Suivi-évaluation

- % de PASS généralistes hospitalières ayant mis en place des conventions partenariales avec les PASS de ville pour orienter les patients après la prise en soins en PASS
- Editer un annuaire détaillé sur les horaires, les modalités d'accueil, le parcours patients...
- Expérimenter des nouveaux outils pour rassembler les informations sanitaires des patients des PASS
- % des PASS transversales qui ont évolué en fonctionnement dédié
- % des PASS spécialisées en région
- % des PASS participant à des instances de coordination territoriale

2.2.6 Rechercher la simplification et l'harmonisation des démarches administratives pour accéder à une couverture maladie. Veiller à la bonne application du droit.

Les questions de solvabilité financière, et en regard les difficultés d'accès ou de maintien dans la durée d'une protection maladie sont centrales dans l'accessibilité au système de santé.

Différents aides existent pour la prise en charge des frais de santé des personnes en situation de grande vulnérabilité sociale : l'AME (aide médicale de l'État), qui permet aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, la PUMA (protection universelle maladie) permettant de bénéficier d'une affiliation à l'Assurance Maladie pour la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel, ou la Complémentaire santé solidaire, pour bénéficier d'aide pour une complémentaire santé (mutuelle).

Mais les difficultés remontées par les acteurs de terrain, du champ social, comme de celui de la santé, tournent essentiellement **autour de la complexité du système et de la méconnaissance du droit et des procédures**, ce qui entraîne un ralentissement dans les délais de traitement et donc d'ouverture de droits. La nécessaire lutte contre la fraude et les abus peut contribuer à alourdir les démarches pour les acteurs accompagnant des personnes en instabilité d'hébergement (et donc ayant du mal à avoir une adresse déclarative ou administrative, nécessitant un changement de CPAM en cours d'instruction et/ou ayant des difficultés à rassembler les pièces administratives nécessaires aux démarches d'ouverture des droits).

L'existence du dispositif des soins urgents et vitaux (DSUV) est lui-même mal connu et complexe à mettre en œuvre (hors période de carence pour les demandeurs d'asile) alors qu'il est mobilisable pour payer des soins fournis en urgence à des personnes dépourvues de tout droit à l'AME.

Une des problématiques dépassant les champs de compétence de l'Agence et de l'Assurance maladie, est celle portant sur la **limitation de la prise en charge des soins des étrangers en situation administrative précaire** (instauration d'un délai de carence de trois mois pour l'accès à la couverture maladie pour les demandeurs d'asile ; nature et durée de la protection maladie directement corrélées au titre de séjour de la personne conduisant à de possibles ruptures de droits et une multiplication des démarches).

La persistance des difficultés d'ouverture de droits par défaut **de domiciliation administrative est aussi un problème en IDF**.

De même que l'illectronisme, ou la non maîtrise des outils informatiques, et/ou la difficulté à pouvoir se déplacer, touchant de nombreuses personnes accompagnées, voire des intervenants, constituant un vrai handicap dans les démarches physiques ou numériques d'ouverture de droits – même si des conseillers des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) peuvent être accessibles par téléphone au 3646, ou dans des points d'accueils organisés par ces dernières.

Par ailleurs il reste **complexe pour les acteurs sociaux mobilisés en première ligne d'évaluer le renoncement versus les refus de soins** et si refus, les raisons qui le motivent restent à mieux documenter.

Pourtant des ressources existent pour mieux faire face à ces difficultés :

La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) expérimente aussi un portail numérique de dépôt de dossiers de demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie, accessible au fil de l'eau et très apprécié par les équipes des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). La plupart des PASS ont une convention avec la CPAM pour fluidifier les ouvertures de droits.

Des associations, soutenues par l'Agence, mettent à disposition des centres de ressources médico-socio-juridiques sous la forme de permanences téléphoniques, voire de formations, pouvant

apporter un soutien et une expertise, notamment sur les procédures d'obtention d'une protection maladie.

Sur le plan national, un certain nombre de mesures ont été mises en place pour lutter contre les inégalités sociales de santé, depuis le renouvellement automatique des droits à la complémentaire santé pour les bénéficiaires du RSA ou de l'ASPA, la simplification des démarches de demande de CMUC/ACS, la mise en place de la Complémentaire Santé Solidaire, en remplacement de la CMUC et de l'ACS, (avec ou sans participation d'1€ par jour pour garantir l'accès aux soins sans reste à charge).

Au sein de la région, les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ont monté des actions « d'aller-vers » les structures d'hébergement pour proposer des entretiens individuels. Une adresse mail de la Caisse d'allocations familiales (CAF) dédiée a été mise à disposition. Des rencontres ont été instaurées par les Caisses d'assurance maladie avec les des travailleurs sociaux des territoires pour mieux sonder les problématiques rencontrées et non remontées. Des référents PRAPS sont en cours de nomination au sein de chaque CPAM... Et pour repérer les situations de vulnérabilité et de non droits, des Missions Accompagnement en Santé (anciennement cellules PFIDASS) ont été déployées, afin de proposer aux assurés fragiles une offre de service d'accompagnement personnalisée intégrée pour organiser la prise en charge.

Plan d'action

- **Réaffirmer le rôle essentiel du travail social d'information et d'accompagnement de toute personne étrangère en situation administrative précaire dans l'accès aux droits**, y compris aux droits à la santé ; et plus généralement des acteurs de proximité comme cela a été rappelé précédemment. Accompagner les travailleurs sociaux, notamment des établissements de santé à mieux appréhender la complexité des démarches administratives pour les personnes qu'ils accompagnent.
- **Faire mieux connaître l'offre de formation sur l'accès aux droits à la couverture maladie proposée par l'Assurance maladie** (sur les droits, les démarches, les offres de service).
- **Agir contre l'illectronisme en santé, une nécessité que ce soit dans les démarches d'ouverture de droits** ou plus largement pour tout ce qui touche au numérique en santé. Cela sera repris dans une autre partie du document et peut prendre la forme d'un outillage des intervenants de proximité pour accompagner les personnes en difficulté avec les outils numériques. Faire le lien avec les Maisons France Service et les ambassadeurs du numérique de la politique de la ville.
- **Promouvoir le développement des accords passés entre les Caisses primaire d'assurance maladie et les structures AHI, d'accueil des personnes sans chez soi pour faciliter les demandes d'ouverture de droits.**
- **Renforcer l'accompagnement social et juridique des acteurs**, y compris des équipes mobiles médico-sociales, pour anticiper d'éventuelles ruptures de droits et conseiller utilement sur les demandes à formuler auprès d'une Caisse pour garantir la continuité des soins. **Mieux faire connaître l'existence des centres ressources.**
- Envisager la **création d'une instance régionale d'analyse partagée des questions** d'ouverture des droits à la couverture maladie.
- **Améliorer l'articulation avec les services compétents pour mieux comprendre les raisons de refus de soins et agir en conséquence. Assurer une veille sur le refus de soins médicaux et paramédicaux** (à partir des recours effectués par les particuliers et des signalements remontés par les professionnels sociaux), en lien avec les dispositifs existants ou prévus par la loi.
- **Poursuivre les actions partenariales**, menées avec la DRIHL, visant **au renforcement de l'accès à la domiciliation et à la reconnaissance de celle-ci** auprès des opérateurs (partenariats entre les organismes domiciliaires et les offreurs de soins, accès dématérialisé aux démarches et aux attestations, articulation avec le principe de la

sectorisation en psychiatrie, interface avec la problématique des mineurs non accompagnés restant en dehors des dispositifs de l'ASE...)

Indicateurs de Suivi-évaluation

-Suivi des refus de soins signalés (acteurs, territoires...)

3 Inscrire les personnes dans un parcours de santé

3.1 Contexte/enjeux

Le parcours de santé s'entend comme la prise en charge globale, structurée et fluide des personnes au sein du système de santé. Il va de la prévention et l'aide à l'adoption de comportements favorables à la santé (vus précédemment), le dépistage, à la prise en charge au plus près du lieu de vie des personnes malades (médecins, pharmaciens, hôpitaux...), à la réadaptation, et jusqu'à la prise en charge par les services et établissements médico-sociaux pour les personnes âgées ou handicapées (le sujet de la perte d'autonomie est traité plus loin dans l'axe 6 de ce document).

Dans un contexte de développement croissant des maladies chroniques, il s'agit de voir ici comment rendre plus coordonnées et efficaces les prises en charge des personnes malades (selon un mode parcours) pour diminuer les passages itératifs par les urgences, et ainsi mieux lutter contre les ré-hospitalisations évitables et les situations de blocage lors des sorties hospitalières.

Les personnes sans « chez soi », à la rue ou hébergées, présentent en effet un cheminement dans les soins souvent chaotiques, ponctués de retards, d'abandons, donnant lieu à de nombreux recours aux urgences, d'hospitalisations potentiellement évitables, et qui sont caractérisés dans l'ensemble par un manque de suivi médical. Les contraintes sont nombreuses allant de la nature de la protection sociale, du rapport au corps et aux soins, des discriminations subies...

Remontent aussi fortement :

- **Les tensions en ressources humaines dans les secteurs de la santé et du social**, qui peuvent rendre plus difficile l'implication dans un travail partenarial faute de temps nécessaire aux intervenants pour collaborer avec d'autres acteurs, et complexifier les possibilités de réorientations en cas de besoin ;
- **Le manque de lisibilité** pour les acteurs de l'hébergement des dispositifs d'accompagnements sanitaire des situations complexes appelant un recours à une diversité d'intervenants dans différents champs et disciplines ;
- **La mobilité subie des personnes**, en particulier du fait de l'instabilité de certains modes d'hébergement (hôtel...), les évacuations, l'errance, les migrants en mobilité, qui rend encore plus complexe la question de l'articulation entre intervenants et pose de vrais problèmes d'accompagnement et de suivi en transversalité;
- **Le manque de places d'hébergement et de logement adapté** au sein de la région conduisant à un maintien des personnes à la rue ou dans une instabilité résidentielle ou dans un éloignement du lieu d'hébergement par rapport aux structures de santé ;
- **La répartition territoriale encore hétérogène et en deçà des besoins identifiés en structures de soins résidentiels**, lesquelles jouent un rôle important dans la prise en charge post-hospitalière;
- **La complexité de la transformation digitale du parcours de santé**, dues à la multiplicité et les inégalités d'accès aux outils et logiciels de gestion de parcours de santé, mais aussi au **manque de confiance quant à la protection des données et aux problématiques d'illectronisme** pour les acteurs et les personnes accompagnées. Se pose aussi la question de la dimension technologique pour assurer l'interopérabilité des systèmes d'information et la sécurité des données de santé échangées.

Dans un contexte de tensions hospitalières au sein de la région Ile-de-France, **les problématiques de patients dits « bloqueurs de lits » (bed blockers)** sont mises en avant, touchant des personnes en situation de grande pauvreté (mais pas que) restant hospitalisées dans l'attente d'une prise en charge

d'aval par suite de blocages administratifs, d'absence de solution d'hébergement/logement adapté, ou encore d'insuffisances et/ou de méconnaissance des dispositifs médico-sociaux de soins résidentiels.

Ainsi, le PRAPS 3 souhaite-t-il marquer une nouvelle étape dans l'amélioration du parcours de santé/soins et le décloisonnement entre les secteurs.

Concernant les spécificités populationnelles :

Une focale sera faite sur la prise en charge des parcours de santé des mineurs non accompagnés qui s'avère complexe en raison de leur statut juridique incertain et qui préoccupe de plus en plus les offreurs de soins.

La question de la discontinuité des suivis des femmes enceintes en situation de grande vulnérabilité sociale, en revanche, est traitée au niveau de l'axe périnatalité du Schéma régional de la santé (cf. Axe1, Chapitre 3), comme les questions plus larges de santé sexuelle et reproductive dans une approche globale (cf. Axe1, Chapitre 9). Y sont analysés les difficultés et les leviers d'action à mettre en place pour lutter contre les ruptures de prise en charge (notamment les sorties à la rue de maternité) et ainsi mieux garantir des parcours sans interruption et cohérents.

Les enjeux identifiés

- Une meilleure anticipation des difficultés des patients à rester dans un parcours de santé, notamment pour ceux qui se retrouvent sans projet d'hébergement et/ou de prise en charge ambulatoire au moment de leur sortie d'hospitalisation; ce qui suppose l'amélioration des liens à l'intérieur du secteur sanitaire, entre les acteurs des services hospitaliers et ceux des PASS, des centres de santé, des centres de lutte contre la tuberculose, puis entre les secteurs socio-sanitaires et de l'hébergement ... ;
- Une meilleure inscription des acteurs dans une coopération interprofessionnelle construite dans la durée et recourant à un partage d'informations (ce qui suppose la maîtrise du secret professionnel partagé, la capacité à mobiliser les ressources présentes dans l'environnement de la personne et l'utilisation de supports de liaison avec les différents acteurs – y compris ceux de la santé et de l'hébergement) ;
- Une attention à porter aux questions des ressources humaines en santé.
- L'accompagnement et l'encouragement des personnes démunies à s'impliquer davantage dans leur propre prise en charge.
- Le développement de l'usage du numérique au bénéfice des populations démunies ;
- Le renforcement de l'offre en structures de soin résidentiel l'offre en soins résidentiels : Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT), en Lits Halte Soins Santé (LHSS) et en Lits d'Accueil Médicalisé (LAM), Un chez-soi d'abord (UCSD).

La lutte contre le manque de ressources médicales, notamment de secteur 1, et de disponibilité des acteurs de santé de proximité relève d'un traitement plus général engagé au sein du schéma régional de santé.

Ainsi, parmi les stratégies nécessaires pour assurer un parcours le plus efficient pour le patient et renforcer l'articulation entre les différents acteurs impliqués dans des prises en charge souvent complexes, sont ici pris en compte : les dispositifs d'échange pluri-professionnels, la valorisation de métiers, l'organisation de la transition hôpital – lieu de vie, la promotion de l'autonomie des

personnes, l'utilisation du système d'information, le renforcement des structures médico-sociales de soin résidentiel.

Points d'articulation avec le Schémas Régional de Santé 2023-2028

- Axe 1. Développer la prévention, la promotion de la santé et le pouvoir d'agir des habitants et des usagers
- Axe 2. Construire des parcours de santé lisibles fluides et répondent aux besoins des patients.
- Axe 3. Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

3.2 Objectifs et stratégies d'intervention

3.2.1 Faciliter les démarches coordonnées entre les intervenants sanitaires et sociaux

La communication et la coordination des intervenants sont des éléments clefs dans la réussite d'un parcours de santé. Il s'agit ici de renforcer les articulations en amont et en aval de chaque niveau d'intervention et de développer les approches pluridisciplinaires des prises en charge.

L'organisation actuelle souffre de compartimentages multiples : entre le secteur sanitaire du milieu hospitalier et celui de l'ambulatoire, entre les soins actifs et les lieux d'hébergement, entre les interventions en santé et les interventions sociales.

La coordination permet de renforcer la connaissance par tous les acteurs des ressources disponibles et des rôles de chacun, de partager et d'échanger des informations nécessaires - tout en mesurant que la notion de parcours interroge une autre manière de travailler ensemble, et non pas la simple addition d'actes successifs. Il s'agit aussi de prendre en compte certains malentendus qui surviennent entre les acteurs sanitaires et les acteurs sociaux, notamment en référence au secret professionnel.

Des ressources existent pour créer ces conditions d'une réflexion globale sur les positionnements des différents intervenants en résonance avec les parcours de soins des patients, comme **les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC)** assurant une mission d'animation territoriale pour fluidifier les parcours de santé complexes et coordonner les prises en charge de parcours complexes avec les professionnels habituels, ou **les Communautés Professionnelles Territoriales de santé (CPTS)** qui ont vocation à rassembler les « acteurs de santé » de leur territoire.

L'Agence a initié et soutient un certain nombre d'autres dispositifs de coordination et d'espaces de concertation concourant à une meilleure prise en charge de situations médicales et sociales complexes, comme les cellules de concertation partenariale de type Réseaux d'Evaluation des situations d'Adultes en Difficulté (RESAD) rattachées au CLSM, qui permettent aux intervenants des champs social et médical d'élaborer ensemble des réponses adaptées.

On peut aussi faire état du développement de partenariats entre structures AHI et structures de soins de proximité notamment les centres de santé.

En parallèle, si les dispositifs facilitant l'articulation entre les différents acteurs de santé sont des leviers importants pour promouvoir un projet de soin/de vie du patient, il convient de développer dans le même temps la formation sur la place des soins dans la notion de parcours de vie : autrement dit une recherche permanente de cohérence entre les aspirations de la personne, ses ressources et ses capacités, ainsi que les aides et accompagnements existants et/ou qui lui sont proposés.

Plan d'action

- **En lien avec le Schéma Régional de Santé (axes 2 et 3 notamment) : améliorer la lisibilité des ressources et l'articulation des dispositifs de coordination existants au bénéfice des parcours de soins de santé, tant pour les professionnels que pour les personnes démunies.** Participer à la construction d'un panorama et une cartographie des dispositifs de coordination existants dans les territoires avec une fiche d'identité pour chacun (périmètre, modes d'action, référents...).
- **Inciter et soutenir l'implication des acteurs dans les instances de concertation et de partage d'information**, notamment pour le traitement des situations médicales et sociales complexes, telles que les cellules de concertation partenariale de type Réseaux d'Evaluation des situations d'Adultes en Difficulté (RESAD), les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), les dispositifs Sentinelle...

- **Renforcer les capacités des professionnels de santé à prendre en charge la santé des populations en situation de grande pauvreté.**
 - Accompagner la montée en capacité progressive des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) sur les questions de grande pauvreté (outillage, instances d'échanges et de concertation notamment sur l'harmonisation des pratiques et des définitions, articulation avec le dispositif régional de régulation des places et d'orientation en soin résidentiel ACT LHSS LAM).
 - Accompagner la mise en lien des structures d'exercice coordonnées avec les acteurs de la lutte contre la grande précarité (CPTS, maisons de santé, centres de santé...).
 - Inciter à la mise en place de formations-actions et de recherches-actions pluridisciplinaires santé-social, au niveau local, permettant principalement de développer les compétences des acteurs à s'inscrire dans des démarches coordonnées), notamment sur la base du guide « santé /hébergement ». Associer les collectifs citoyens aux démarches⁶ ainsi que des personnes concernées elles-mêmes. Développer les approches d'analyse partagée des pratiques professionnelles.
 - Construire un plaidoyer pour renforcer dans les formations initiales et continues :
 - Des métiers du social : la dimension santé des prises en charge ;
 - Des professionnels de santé : l'accueil et à l'accompagnement des personnes sans domicile.

Acteurs

Pilote : ARS
Copilotes : DRIHL
Partenaires : Acteurs de terrain, équipes PASS, réseaux de santé, représentants d'association de solidarité, collectivités territoriales

Calendrier

2023-2028

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Recensement des modalités de travail partagées au niveau local

3.2.2 En lien avec le SRS, agir face aux tensions existantes sur les ressources humaines rencontrées dans les métiers sanitaires ou médico sociaux de l'accompagnement des publics les plus démunis.

Les acteurs de l'accompagnement des publics les plus démunis, sanitaires ou médico sociaux, sont tout autant confrontés que le reste du système de santé aux tensions sur les ressources humaines, que ce soit en termes de recrutement que de stabilité des postes. Ces difficultés impactent le fonctionnement des PASS, des EMPP ou des structures médico-sociales destinées à ces publics. Ils occasionnent notamment des reports d'ouverture d'équipes mobiles médico-sociales, faute de

⁶ Par collectifs de citoyens on entend des organisations issues de la société civile s'organisant de manière spontanée et le plus souvent bénévoles.

professionnels suffisant pour leur mise en œuvre, comme cela a été évoqué dans une autre partie de ce document.

Or ces métiers ne sont pas forcément bien identifiés et valorisés auprès professionnels de santé et des potentiels candidats. Il est essentiel de faire mieux connaître ces secteurs - porteurs de sens - et d'améliorer leurs images afin de donner l'envie de s'orienter vers eux.

A noter : travailler sur ce sujet des métiers du secteur médico-social PDS et plus largement des métiers de la santé publique demande à investir différentes approches qui sont **dorénavant complètement intégrés aux travaux sur les ressources humaines en santé conduits plus largement au sein de l'Agence.**

Plan d'actions en lien avec le SRS

A titre d'illustration,

Pour les métiers du secteur médicosocial PDS :

- Intégration des ESMS PDS et structures publiques de prévention dans le soutien financier aux contrats d'allocation étude,
- Intégration des ESMS PDS dans le partenariat ARS/Pole emploi pour faciliter les recrutements de demandeurs d'emploi, y compris en reconversion professionnelle.
- Mobilisation des ESMS PDS pour proposer des postes d'infirmier en pratique avancée « maladies chroniques » notamment dans le cadre du soutien ARS au remplacement des IDE en formation pour IPA
- Intégration des ESMS PDS et structures publiques de prévention dans les appels à projet pour les postes de médecins ville hôpital.
- Valoriser ces métiers, peu connus :
 - Création de vidéos et portraits écrits sur les métiers (3 vidéos réalisées en 2022)
 - Mettre en place des partenariats avec les instituts de formation
 - Proposer des stages en secteur PDS ou en structures publiques de prévention pour les instituts de formation (IDE en particulier).

Renforcer la place des « nouveaux métiers », en particulier celui de médiateurs et travailleurs-pairs. Dans le cadre des réflexions avec le ministère : il est nécessaire de continuer d'étayer les besoins en « nouveaux métiers », en particulier celui de médiateurs en santé pour intégrer cette ressource dans les financements socles des structures de santé et de mener une réflexion sur le soutien à la pair-aidance.

Plus largement :

- Construire un plaidoyer pour le développement d'un contenu de formation adaptée aux particularités de prise en charges des publics en situation de précarité dans les formations initiales de professionnels de santé.
- Améliorer la lisibilité sur le secteur de l'accompagnement des personnes en situation de grande pauvreté, ainsi que sur les agendas des événements les concernant.

3.2.3 Améliorer la prise en charge des personnes hospitalisées, sécuriser les sorties et l'orientation d'aval. Contribuer à résoudre les situations de blocage pouvant exister au moment des sorties.

La question de la cohérence et de la continuité des soins tout au long du parcours intra-hospitalier et de l'articulation avec les secteurs ambulatoire ou médico-social pour s'assurer de l'effectivité de la prise en charge d'aval reste posée.

Ainsi remontent les problématiques de patients nécessitant uniquement des soins infirmiers mais dont la sortie d'hospitalisation n'est pas réalisée faute d'une offre suffisante mais aussi de connaissance par les professionnels des services hospitaliers et des dispositifs médico-sociaux existants.

Des enseignements peuvent être tirés des expérimentations de missions LAMPES « Mission de prévention et d'organisation des pratiques de liaisons et d'appui médico-psycho éducatif et social. Comme par exemple, sur des modes d'organisation au sein des établissements de santé permettant de mieux repérer les personnes en situation complexe (cumulant grande exclusion, pathologie médicale chronique et ne bénéficiant d'aucune prise en charge médicale ambulatoire), d'instaurer un projet de soin global et, en étroite articulation avec la ville, d'anticiper la sortie hospitalière pour assurer un relai effectif en médecine de ville. Une boîte à outils se construit progressivement (avec protocoles, procédures, fiches de liaison, grille de repérage...), pouvant être mises à disposition des établissements de santé pour les aider à mettre en place une meilleure organisation des séjours hospitaliers de ces publics.

Des Cellules d'Appui à la Résolution des Situations complexes (CARSIC), créées en 2019 ont été missionnées aussi par l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France pour tenter de répondre aux problématiques de patients hospitalisés de longue durée et médicalement sortants.

Des référents santé et/ou référents « publics spécifiques » au sein des SIAO ont aussi été mis en place par les acteurs AHI, en lien avec la DRIHL. Cela permet de proposer une référence de parcours de vie aux situations les plus complexes et d'assurer un fil rouge dans la mise en lien entre les professionnels de la santé et du social. De tels référents peuvent participer aux commissions cas complexes menées dans certains hôpitaux, afin d'apporter leur expertise sociale.

De même, afin d'assurer une intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé et sociaux, tant en ville qu'en établissement de santé, médico-social et social, de nombreux dispositifs de coordination ont émergé dans les territoires (l'implication des acteurs dans ces dispositifs a été vue précédemment).

Pour lutter contre le problème des « bed-blockers » dans un contexte de tensions hospitalières un dispositif expérimental « passerelle » de post hospitalisation à destination de personnes « bed blockers » en perte d'autonomie (vieillissantes et/ou avec un handicap physique et/ou psychique) a été mis en place destiné notamment aux personnes en situation de grande précarité et rencontrant des obstacles administratifs ne permettant pas l'accès à une filière d'aval.

Citons enfin le développement progressif de l'offre en lits d'accueil médicalisé (LAM), pour arriver à terme à un dispositif par département.

Toutefois, cette pluralité et diversité des dispositifs d'accueil et de coordination ne permettent pas – pour des personnes présentant un problème conjoint de précarité et de prise en charge – d'éviter les situations de blocage lors des sorties hospitalières, les ré-hospitalisations et de diminuer les passages itératifs par les urgences.

Plan d'actions en lien avec le SRS

- Soutenir les organisations au sein des établissements de santé permettant de définir un projet de soin global et articulé avec l'ambulatoire

Le transfert de la mission d'intérêt général (MIG) précarité au sein de fonds d'intervention régional (FIR) peut permettre d'accompagner la mise en place d'un mode d'organisation au sein des établissements de santé pour les personnes hospitalisées en situation complexe, cumulant grande exclusion, pathologie médicale chronique et ne bénéficiant pas de prise en charge médicale ambulatoire (avec des passages itératifs par les urgences...).

Les objectifs sont :

- Renforcer la capacité des professionnels hospitaliers à la prise en charge des populations en grande vulnérabilité sociale afin de diffuser la culture médico-sociale et d'améliorer la prise en charge des situations dites complexes.
- Mieux accompagner les services sociaux hospitaliers et de s'assurer que tous les patients reçus en hospitalisation non programmée puissent rapidement avoir un entretien social permettant de juger de l'état de leur accès aux droits, dont la couverture maladie, et recueillir des éléments en vue de l'organisation de leur sortie d'hospitalisation.
- Identifier une fonction de coordination médico-sociale (en prenant en compte les résultats des expérimentations LAMPES), pour repérer dans le parcours hospitalier les publics en difficulté sociale et travailler à l'aval hospitalier, en lien avec les DAC notamment.
- Capitaliser les expérimentations et les innovations probantes.

- Accompagner la montée en compétence des travailleurs sociaux hospitaliers :

Concernant les travailleurs sociaux en formation :

- Plaidoyer pour la mise en place de modules de formation sur le champ du médico-social (ESMS PA/PH/PDS) au sein des Instituts et écoles de travailleurs sociaux (IRTS) à l'instar du champ de l'accueil, hébergement, insertion (AHI).
- Favoriser dès la formation la transversalité en proposant des stages au sein des établissements de santé et d'établissement ESMS ainsi qu'un module spécifique pour les établissements de santé en vue de préparer les sorties d'hospitalisation.
- Communiquer sur le travail social hospitalier pour favoriser les recrutements dans les services sociaux hospitaliers

Concernant les travailleurs sociaux déjà en poste :

- Poursuivre le décloisonnement des missions par l'animation – sous l'égide de l'ARS en département – de rencontres/ séminaires à destination des personnels des services sociaux hospitaliers afin de

porter à leur connaissance les dispositifs présents sur les territoires et en présence des ESMS eux-mêmes.

-Elaborer une boîte à outils à destination des services sociaux hospitaliers sur l'ensemble des dispositifs existants et des partenariats avec l'extérieur (médecine de ville, conventionnement CPAM...) à mettre en place.

➤ Mieux sécuriser les sorties d'hospitalisation pour l'orientation vers des structures médico-sociales ou d'hébergement adaptées

-Limiter les possibles risques de doublons ou « de perte de chance » en accélérant l'émergence de guichets intégrés de coordination des parcours complexes au sein de chaque territoire de coordination, structurés notamment autour du DAC

-**Identifier les situations types de cas complexes** pouvant faire l'objet d'une coordination par les DAC (tutelles, solutions EHPAD, Dispositifs ESMS PDS...)

-Mettre en place une **personne ressource au sein du futur dispositif régional de régulation des places et d'orientation en soin résidentiel ACT LHSS LAM** afin d'apporter une expertise aux DAC en vue des commissions de situation de cas complexes.

-**Imaginer d'autres dispositifs d'hébergements temporaires** permettant l'accueil de patients non totalement autonomes mais sortants cliniquement.

-**Développer des partenariats entre les établissements de santé, les établissements de soins résidentiels et les SIAO dans la recherche d'hébergements stables** ; Promouvoir les actions en lien avec la DRIHL, visant à renforcer l'offre en hébergements stabilisés ou en logements adaptés en sortie d'hospitalisation.

-**Encourager le développement d'outils partagés entre les acteurs du sanitaire et du social à partir des solutions eParcours** (comme une fiche de liaison entre un hôpital et les structures d'hébergement à proximité, animation du cercle de soin, dossiers partagés...), en portant une attention particulière au consentement éclairé des patients, à la confidentialité des données personnelles, et en veillant à la mise en cohérence des éléments recueillis à travers les systèmes d'information utilisés.

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

-Evolution du nombre de travailleurs sociaux au sein des GHT.

- Etat de la mise à disposition des outils validés sur le site de l'ARS.

3.2.4 Permettre aux personnes démunies d'être plus autonomes dans leur parcours de santé

Il s'agit ici de faire vivre la « liberté de décider pour soi », et donc de donner aussi aux personnes très démunies des outils et des clés pour qu'elles puissent faire les choix qui leur correspondent dans leur parcours de santé.

Plusieurs approches complémentaires et à articuler sont possibles à explorer, dont :

- La sensibilisation et l'éducation pour la santé (vu précédemment) ;
- L'information claire et accessible, facilitée par la présence d'un médiateur en santé, et/ou d'un interprète professionnel en santé (thématiques développées dans la partie « accompagnement individualisé ») ;
- La démarche d'apprentissage par l'éducation thérapeutique, qui vise à donner les compétences et les connaissances nécessaires pour gérer au mieux sa santé en cas de maladie chronique ;
- L'aide à l'utilisation de solutions numériques (le « gain de pouvoir » du patient connecté), à condition que la personne soit accompagnée pour s'équiper et s'approprier les outils numériques ;
- L'implication des personnes démunies dans la compréhension de leur propre santé, de leurs besoins, des obstacles auxquels elles sont confrontées, des moyens pour les surmonter et dans la recherche de solutions appropriées (en partie abordée dans la dernière partie du document : « améliorer la connaissance »).

La démarche d'implication des personnes est complexe car pour chaque territoire, population ou problématique, il faut définir la bonne échelle, le niveau de représentation, le type de participation. Un accompagnement individuel se révèle vite incontournable pour éviter de mettre les personnes en difficulté.

Les instances d'usagers peuvent cependant être des interlocuteurs dans la durée. Un partenariat existe notamment avec le Conseil régional des personnes accueillies et accompagnées (CRPA), accompagné par la Fondation de l'Armée du Salut. Des délégués ont collaboré aux travaux du PRAPS 3, d'autres participent aux commissions de sélection d'appel à projet du secteur médico-social résidentiel.

Des outils ont aussi été développés :

- Un **guide de lecture interactif et d'analyse de pratiques « ETP et accompagnement des personnes malades chroniques en situation de précarité »**, outil de référence, interactif, rassemblant des points de vigilance ou des repères pour organiser et/analyser les pratiques d'accompagnement. Il a été mis en place avec l'aide du Pôle de Ressources en ETP IdF et le Laboratoire éducations et promotion de la santé (LEPS).
- Un guide méthodologique « Agir avec les femmes en périnatalité », fruit d'un travail en partenariat entre l'institut Renaudot et l'ARS d'Ile de France, destiné à accompagner les initiatives de démarches de santé communautaire, permettant de renforcer la place des femmes et pouvant servir de support d'inspiration pour l'action.

Un des enjeux est celui de l'usage du numérique. La e-santé peut jouer un rôle majeur pour encourager les personnes démunies à s'impliquer davantage dans leur propre prise en charge et mieux comprendre les informations de santé les concernant. L'un des objectifs sera de favoriser l'usage des services sociaux notamment Mon Espace Santé. Mais cela suppose aussi de renforcer la lutte contre l'illectronisme, et de ne pas occulter les limites ainsi que les obstacles créés par le « tout numérique » dans un contexte de raréfaction des interlocuteurs disponibles et accessibles, notamment pour réaliser les démarches administratives en lignes.

Les professionnels de santé peuvent être des facilitateurs pour aider les patients à naviguer dans l'environnement numérique, en les aidant à comprendre les informations médicales en ligne, en les orientant vers des ressources fiables et en les accompagnant à la gestion de leur santé grâce à des

applications et des dispositifs numériques ad hoc.

Plan d'action

- Développer les approches **d'accompagnement thérapeutique** adaptées aux personnes très démunies, et prenant en compte l'environnement et l'impact de celui-ci sur la santé de la personne. En particulier au sein des structures médico-sociales (ACT, ACT un chez soi d'abord, LHSS, LAM, structures pour personnes âgées ou handicapées), et en structures d'accueil et d'hébergement (CHRS, ESI, etc.). **S'assurer de véritables plans de formations ancrés dans la pratique pluri-professionnelle et adaptées aux besoins des personnes.**
- **Promouvoir l'utilisation par les personnes démunies de supports d'informations médicales leur permettant de mieux comprendre, s'approprier et co-construire leur parcours de santé** : carnet de santé papier et/ou dématérialisé (comme le Dossier Médical Partagé/MonEspaceSanté mais accessible uniquement pour l'instant aux personnes bénéficiant d'un numéro de sécurité sociale définitif), et avec des éléments sur les dépistages effectués : tuberculose, IST, VIH, hépatite...), applications mobiles pour l'accès à distance de données individuelles (RDV, contacts pour des patients rencontrés lors de maraudes...), via un accompagnement personnalisé et approprié.
- **Aider les personnes à développer leur capacité d'utilisation des nouveaux outils numériques : agir contre l'illectronisme en santé** : Accompagner les acteurs de proximité dans l'utilisation des outils numériques en santé : formation, appui, outillage pour accompagner les personnes en difficulté avec les outils numériques. Promouvoir les démarches d'inclusion numériques en santé.
- **Promouvoir les pratiques professionnelles favorisant l'empowerment des personnes**, ainsi que les actions de santé communautaire et les co-formations associant usagers et professionnels.

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

-Nombre de programmes expérimentaux d'accompagnement thérapeutique du patient adaptés aux personnes très démunies, mis en place au sein des structures médico-sociales (notamment ACT, LHSS, LAM) et des structures d'accueil et d'hébergement (CHRS)

-Nombre et analyse des expérimentations portant sur les pratiques professionnelles d'ouverture à la participation des usagers

3.2.5 Développer l'usage du numérique au bénéfice des populations démunies

Une réflexion est menée au sein du SRS sur la mise à disposition d'un bouquet de services numériques de coordination, interopérables aux professionnels du social, du sanitaire et du médico-social : cahier de liaison, en lien avec le DMP, échanges rapides et sécurisés à l'intérieur du réseau des intervenants (eParcours), gestion des RDV, notification...

Pour le PRAPS, il s'agit de s'assurer que les personnes puissent accéder à leurs documents de santé et les professionnels aux données nécessaires pour leur prise en charge, d'autant plus quand ces premières sont confrontées à une instabilité de leurs lieux de vie : l'enjeu est d'assurer la cohérence d'ensemble des diverses modalités de partages d'information.

Il s'agit aussi de développer les programmes de télémédecine et des réponses numériques

innovantes pour améliorer l'accès aux soins. Mais cela nécessite une réflexion approfondie pour adapter les modalités d'approches aux réalités de cette population.

Les délégués du Conseil Régional des Personnes Accueillies/ Accompagnées (CRPA) ont exprimé un manque de confiance important quant à la protection des données personnelles (évoquant aussi bien la sphère privée que les acteurs des politiques publiques). Ils ont également souligné le problème de l'avance de frais pour les actes de téléconsultations, y compris chez les personnes bénéficiant d'une prise en charge à 100 % pour affection longue durée. Et regretté enfin le manque d'informations adaptées en direction des personnes démunies, sans ressource monétaire (avec ou sans couverture maladie ou avec des couvertures incomplètes), sur les plateformes de prise de RDV de santé en ligne

Autre difficulté remontée du terrain, celle de l'absence de numéro d'enregistrement national (NIR) pour les personnes sans droits ouverts à l'assurance maladie, ce qui se traduit par une inaccessibilité au DMP (dossier médical personnalisé). Cette situation peut entraîner des difficultés pour le suivi médical et les soins des personnes concernées, ainsi que pour la communication entre les différents professionnels de santé.

Plan d'action pour le PRAPS 3

- **Identifier les solutions numériques existantes et/ou innovantes, adaptées aux personnes en situation de grande vulnérabilité sociales** (étude/état des lieux).
- **Faciliter le stockage sécurisé, la mise en partage** et l'accès des professionnels du cercle de santé aux données administratives et sanitaires individuelles **des personnes** notamment au niveau des PASS ambulatoires et hospitalières, et des centres d'accueil migrants, en lien avec le Dossier Médical Personnalisé, et en lien avec les expérimentations en cours.
- Conduire une réflexion **pour garantir l'accès à un dossier médical personnalisé des personnes sans droit ouvert à l'Assurance maladie.**
- **S'appuyer sur les projets de « e-Parcours »** dans les territoires pour développer les dynamiques locales de coopération d'acteurs et permettre à un plus grand nombre de professionnels d'intervenir auprès de ce public.
- **Poursuivre le développement des programmes de télémédecine**, notamment en dermatologie et dans le champ de la santé mentale, et ceci à articuler avec une assistance d'interprétariat professionnel. **Poursuivre les expérimentations de télé suivi des personnes isolées dans leur lieu de vie** (en particulier dans les hôtels) (maladies chronique, périnatalité...). **Diffuser/comforter les pratiques numériques dans les démarches « d'aller-vers »** (en particulier la télé expertise).

Acteurs

Pilote : ARS

Copilotes : DRIHL

Partenaires : centres de santé, établissements de santé, prestataires en numérique, établissements médico-sociaux, structures sociales

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

-Nombre de structures ayant intégré dans leur organisation le dispositif de cloud solidaire (formation, utilisation) : PASS, structures de soins résidentielles et structures médico-sociales en addictologie, ESI.

Calendrier

Territoire(s)

Région

Nombre d'usagers. Nombre de professionnels utilisateurs

Etat des programmes de télémédecine

3.2.6 Structurer et développer l'offre en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT), en Lits Halte Soins Santé (LHSS), en Lits d'Accueil Médicalisé (LAM) et en dispositif « Un chez soi d'abord » (UCSD)

Les soins résidentiels sont des établissements médico-sociaux ouverts aux personnes sans domicile dont la pathologie d'admission ne relève pas d'une prise en charge hospitalière. Ils sont financés sur l'ONDAM Médico-Social, personnes en difficultés spécifiques. Ils correspondent à une offre graduée de réponses aux problématiques de santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale et fonctionnent selon un principe d'accueil inconditionnel quelle que soit la situation administrative, sans condition de séjour, sans condition de ressources.

En IdF, le nombre de places autorisées, au 31 décembre 2022, en structures de soin résidentiel, offrant un accueil temporaire et un suivi thérapeutique, est de :

- En Lits halte soin santé (LHSS) - 569 places,
- En Lits d'accueil médicalisé (LAM) - 206 places
- En Appartements de coordination thérapeutique (ACT) – 1061 places),

Ce nombre a augmenté pendant la durée du PRAPS 2 mais reste encore en deçà des besoins identifiés.

Enfin, 3 départements sur 8 sont dotés du dispositif « Un chez soi d'abord ».

Par ailleurs des travaux sont engagés pour l'organisation d'un dispositif de régulation des places et d'orientation en soin résidentiel ACT LHSS LAM en Ile-de-France, avec en objectif une mise en place en 2023 au plus tard.

Parmi les difficultés rencontrées, remontent les limites du bâti en Ile-de-France (disponibilité et coût des locaux) et celles des ressources humaines en santé.

Plan d'action

- **Renforcer et poursuivre le développement de l'offre existante en ACT, LHSS, LAM et UCSD** en améliorant la structuration territoriale et en répondant mieux aux évolutions des besoins (pathologies chroniques sévères, évolutives, fin de vie etc.). Donner de la visibilité aux acteurs sur les appels à projets en créant une programmation pluriannuelle régionale – sous réserve des crédits disponibles, en modifier la pratique des AAP en laissant des délais de dépôts de dossier de 3 mois et en appuyant les acteurs sur l'identification de bâti/foncier en Ile de France (cf. axe 3 de la SRS).
- **Mener une réflexion en vue d'expérimentation de nouvelles formes de prise en charge en soin résidentiel** : ESMS PDS hybride (LAM/LHSS) d'accueil temporaire en aval hospitalier et/ou LAM renforcé pour la prise en charge de personnes âgées dépendantes sans possibilité d'accès en EHPAD.
- **Mettre en place une plateforme régionale de régulation du soin résidentiel (LAM, LHSS et ACT)** pour centraliser les demandes d'admissions en structure de soins résidentiel pour faciliter les orientations, assurer un lien étroit avec le secteur AHI via le SIAO et travailler sur la fluidité de l'aval de ces ESMS. L'enjeu est de parvenir à un processus d'admission plus juste et plus dynamique en Ile-de-France en s'appuyant sur le principe de coresponsabilité territoriale de chaque gestionnaire et en prenant en compte les spécificités des ESMS de

manière à optimiser et fluidifier le système des admissions et d'accompagnement des personnes relevant du soin résidentiel, dans le respect de l'inconditionnalité de l'accueil.

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

-Evolution du nombre de places autorisées en structures de soin résidentiel

3.2.7 Intervenir en direction des mineurs non accompagnés et des jeunes non reconnus comme mineurs

Les MNA nouvellement arrivés, ceux non reconnus comme mineurs et en recours judiciaire ainsi que les jeunes majeurs étrangers isolés sortis du dispositif de l'ASE représentent un groupe de personnes particulièrement vulnérables.

La situation est particulièrement complexe pour les jeunes en recours auprès du juge des enfants : les "ni, ni". Considérés majeurs par les services départementaux de protection de l'enfance (non reconnus mineurs ou isolés après l'évaluation) mais mineurs selon leurs documents d'état civil et donc dans certaines démarches comme lors de l'accès à l'hébergement (115), ou de l'accès aux soins (pas de représentant légal).

L'Agence a depuis le deuxième PRAPS :

- Accompagner l'ouverture d'une PASS pédiatrique avec une prise en charge spécifique pour les MNA (Necker). Janvier 2022.
- Et produit une note d'instruction de l'ARS du 15 juillet 2019 en direction des offreurs de soins pour mieux cadrer la prise en charge des MNA étrangers hors ASE, afin d'apporter un certain nombre de recommandations aux professionnels exerçant en établissements de soins et services de santé afin d'améliorer les prises en charge de la santé des jeunes en attente d'une décision judiciaire statuant sur leur minorité (en avançant la présomption de minorité) et ne bénéficiant pas ou pas encore d'une prise en charge de l'Aide Sociale à l'enfance (ASE).

Plan d'action

- Mieux articuler le parcours de soins du public des MNA non reconnus mineurs, concernés par les RDV santé migrants primo-arrivants.
- Etudier les modalités d'un dispositif innovant médico/psycho/socio à destination pour les jeunes non reconnus mineurs.
- Favoriser le développement d'équipes mobiles sanitaires et l'accompagnement des acteurs de première ligne sur les questions de santé et de conduites addictives, notamment à travers un travail d'appui des équipes sociales (formation et intervention en binômes).

- S'assurer de la diffusion, de la promotion et de l'appropriation par les structures de santé et offreurs de soins, des notes d'instruction et recommandations produites par l'ARS ou provenant du niveau national afin de favoriser l'accès aux soins des MNA.

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

A définir lors des travaux de mise en œuvre

4 Mieux répondre aux problématiques de santé mentale et de troubles psychiques

4.1 Contexte/enjeux

En 2019, une personne sur huit dans le monde – soit 970 millions de personnes – présentait un trouble mental, les troubles anxieux et les troubles dépressifs étant les plus courants (1). En 2020, le nombre de personnes atteintes de tels troubles a augmenté considérablement du fait de la pandémie de COVID-19. En France, 1 personne sur 5 est touchée chaque année par un trouble psychique, soit 13 millions de personnes.

Les données de l'Assurance maladie mettent en évidence que la prise en charge de ces troubles constitue le deuxième poste de dépense de santé en France. Pour organiser cette prise en charge, le fonctionnement du système de soins de santé mentale, en France, a été marqué par la création de secteurs (circulaire du 15 mars 1960), qui sont des territoires de santé d'environ 70 000 personnes au sein desquels une équipe pluridisciplinaire, dirigée par un psychiatre, prend en charge et coordonne les soins des habitants d'un territoire donné (hospitalisation à plein temps ou partielle, soins ambulatoires spécialisés, etc.). Il existe, à côté de cette sectorisation, des psychiatres d'exercice libéral et un réseau de cliniques privées spécialisées dont la répartition territoriale reste inégale.

Les problèmes de santé mentale sont prégnants chez les publics hébergés ou accueillis ou à la rue, y compris chez les migrants primo-arrivants dont une majorité présente une souffrance psychique due aux motifs de la migration, au périple migratoire, aux conditions de vie difficiles et aux violences subies avant, pendant et après le périple.

C'est dans ce contexte que la Haute autorité de santé (HAS) conduit actuellement des travaux sur le thème de « grande précarité et troubles psychiques » dans le cadre de son programme « *psychiatrie et santé mentale* » afin d'élaborer des recommandations de bonne pratique sur l'accompagnement de ces situations.

L'organisation de l'offre de soins relève en Ile de France de 146 secteurs de psychiatrie adulte et 52 secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Différents dispositifs de santé mentale sont par ailleurs spécifiquement destinés aux personnes très démunies, notamment :

- 23 Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité⁷ (100% du territoire couvert),
- 6 PASS psychiatriques,
- Un ensemble de structures publiques ou associatives spécialisées dans la prise en charge médicale et psychique des publics migrants et/ou dans la médiation culturelle et/ou dans la prise en charge des personnes victimes de tortures ou de violences
- Le programme « un chez soi d'abord » sur 3 départements
- Un programme de psychologues intervenant en secteur AHI créé par la mesure 9 des assises de la santé mentale, en cours de déploiement.
- Un service de soins spécialisés de premier recours pour les personnes migrantes : CAPSYS
- Des programmes de formations croisées « action sociale et santé mentale » à destination des travailleurs sociaux au contact de personnes très démunies.

⁷ CIRCULAIRE N°DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

- Un dispositif de prise en charge de huit séances remboursées avec un psychologue conventionné « Mon parcours psy ».

Enfin, des plateformes de concertation partenariale, comme les Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM), existent pour aider à la construction des politiques locales globales en matière de santé mentale. Des instances de type RESAD (Réseau d'Évaluation des Situations d'Adultes en Difficultés) permettent l'analyse de situations complexes avec l'ensemble des professionnels parties prenantes. Ces dispositifs contribuent notamment à l'accès et au maintien dans le logement des usagers de la psychiatrie. Cette dernière thématique est également abordée dans l'axe 6 du Schéma Régional de Santé.

Les constats effectués lors des travaux d'élaboration de ce troisième PRAPS francilien, sont :

- Le besoin persistant de renforcer les articulations entre les champs du sanitaire et du social, et à l'intérieur même du champ sanitaire entre les secteurs de la psychiatrie, de l'addictologie et des soins somatiques, en dépit de la richesse et de la variété des réponses mises en œuvre. La santé mentale nécessite une approche pluridisciplinaire et plurisectorielle, du fait d'une pratique clinique se situant au carrefour de ces différents champs. L'interconnaissance reste à approfondir entre les milieux du social et de la psychiatrie ;
- Les problèmes d'accès aux soins psychiatriques, d'accueil mais aussi de suivi qui se posent de manière plus aigüe, du fait de l'errance des personnes et de leur cumul de problématiques (allophonie, méconnaissance du système de santé, comorbidités, difficultés d'accès aux droits, conditions de vie difficiles...) venant ainsi compliquer les démarches de diagnostic, de suivi et de prise en charge ;
- La réinsertion sociale et professionnelle nécessaire à la réhabilitation des personnes malades qui est plus difficile et complexe ;
- La nécessité de repérer les besoins de prise en charge, d'évaluer et d'orienter vers les soins les plus appropriés (psycho-traumatismes avec les spécificités liées aux parcours migratoires, troubles mentaux non psycho-traumatiques, souffrance psychique ne relevant pas d'une prise en charge psychiatrique, etc.).
- La nécessité de prendre en compte les difficultés de réponse rencontrées par les acteurs sanitaires et sociaux de première ligne, devant la souffrance psychique des personnes qui se retrouvent sans perspective de vie stable (comme les migrants déboutés de leur demande d'asile ou les personnes en refus de soins).

Les enjeux sont donc les suivants :

- Sécuriser l'accès aux services de droit commun des populations sans chez soi, voire en errance, notamment vers des soins psychiques sectorisés, au-delà de l'intervention initiale des opérateurs spécialisés, comme les EMPP. Il s'agit de repréciser le cadrage institutionnel, du fait des fonctionnements très hétérogènes rencontrés vis-à-vis de ces publics ;
- Renforcer les connaissances des équipes soignantes de soins psychiques sur la nature et les spécificités des dispositifs sociaux existants et sur l'impact des conditions de vie sur la santé mentale des personnes très démunies;
- Aider les professionnels du social à repérer les moyens les plus pertinents pour l'entrée dans le système de santé des personnes en besoin de soins ou d'avis spécialisés, par le biais notamment de formations ;
- Renforcer la prise en charge des pathologies somatiques et des problématiques sociales, lors de chaque hospitalisation en psychiatrie et s'assurer de la bonne articulation avec un relai ambulatoire;

- Permettre l'accès aux personnes malades très démunies à la réhabilitation psychosociale et aux outils du « rétablissement ».

Le cas particulier des enfants :

La prise en charge des enfants vivant dans un contexte de grande pauvreté est plus complexe, car les pathologies ont une expression différente de celle des adultes, sont parfois repérées plus tardivement, dans un contexte de pénurie de structures et de ressources humaines spécialisées. Par ailleurs, la prise en charge de l'enfant ne peut s'envisager que prenant en compte les parents et leurs propres difficultés.

- Ainsi, pour les enfants de 0 à 3 ans, il est souhaitable de :
 - Sensibiliser les équipes à la prise en compte spécifique des difficultés de ces enfants dès lors que celles de leur(s) parent(s) ou autre adulte tuteur sont abordées,
 - Développer dans les lieux d'hébergement collectif des espaces bébés co-animés par des professionnels de la petite enfance et des psychologues formés à la reconnaissance des signes de la détresse du nourrisson,
 - Accompagner les femmes dans leur suivi pré et post natal, pour s'assurer du repérage et de l'orientation précoces des signes de dépression périnatale, de trouble psychique révélé ou aggravé en période périnatale et/ou de troubles de la relation mère-bébé.
 - Orienter les situations inquiétantes vers les équipes de pédopsychiatrie spécialisées sur la petite enfance, en veillant à un accueil rapide de ces très jeunes enfants.
- Pour les enfants de 3 à 12 ans :

La santé psychique des enfants d'âge scolaire repose sur la possibilité de développer leurs compétences psycho-sociales en s'appuyant sur un environnement stimulant et, sécurisant. L'état de santé en particulier psychique des parents influe bien évidemment sur le développement de l'enfant. L'école et la fréquentation d'autres enfants sont essentiels.

Pour certains d'entre eux, l'instabilité des conditions de vie peut perpétuer les traumatismes du parcours migratoire ou réactiver d'anciens traumatismes. Ces enfants peuvent alors développer des troubles comme le repli sur soi, un mutisme sélectif, une instabilité motrice, ou encore des troubles attentionnels, retentissant sur leurs facultés d'apprentissage malgré la présence d'un potentiel cognitif.

D'une façon générale, quel que soit l'âge, les liens entre la médecine scolaire, la PMI pour les plus petits et les services de soins sont déterminants. Ces liens sont déterminants pour la suite. A ce titre, le travail effectué par les secteurs de pédopsychiatrie pour établir des relations de proximité vers des lieux de vie et de socialisation des enfants et des familles est en soi une ressource.

- Pour les adolescents :

Cette période nécessite une attention particulière des travailleurs de première ligne (en premier lieu ceux de la médecine générale). Dans ce cas, les consultations de médiation culturelle en psychiatrie peuvent s'avérer utiles (ethnopsychiatrie).

- Concernant les personnes migrantes :

Depuis 2015, l'ensemble des professionnels de santé et sociaux constate qu'un nombre important et croissant de personnes migrantes d'arrivée récente, présente une souffrance psychique due au périple migratoire, aux conditions de vie difficiles et aux violences subies. Ces problématiques de santé mentale prégnantes dans l'accompagnement des personnes migrantes, constituent souvent

une difficulté pour les professionnels en première ligne. Il convient cependant d'identifier ce qui relève de souffrances liées au parcours ou réactivées par les conditions de vie et d'accès aux droits, de ce qui relève d'un besoin de soutien psychologique, et de ce qui relève d'un besoin de prise en charge médicale et psychiatrique, parfois spécifique sur le psycho-traumatisme.

Les demandeurs d'asile peuvent bénéficier de l'ensemble des structures du service public de psychiatrie selon les conditions du droit commun (notamment les CMP sont l'unité de base du dispositif de psychiatrie publique). En parallèle, l'ARSIF déploie un dispositif d'offre spécifique à destination des personnes migrantes (demandeurs d'asile ou non), par l'intermédiaire de la création de CAPSYS (dispositif de 2ème ligne ayant pour mission de faciliter l'accès aux soins psychiatriques ambulatoires des populations migrantes en situation de précarité en Ile de France) mais aussi à travers le financement d'associations dont l'action est articulée autour de prestations d'accueil, d'écoute et de soins somatiques et psychiques (COMEDE, Centre Primo Levi, Parcours d'Exil, ...).

Pour les mineurs non accompagnés, les lieux d'accueil pour pouvoir échanger avec des adultes bienveillants sont importants pour établir des liens de confiance. Leur orientation vers des soins psychothérapeutiques doit être mise en place autant que nécessaire, y compris sur le plan addictologique.

Enfin, les approches de médiation en santé, reconnues dans la loi de modernisation du système de santé (cf. référentiel HAS), concernent aussi la santé mentale et figurent dans une autre partie du document.

4.2 Objectifs et stratégies d'intervention

4.2.1 Consolider l'offre en EMPP afin de répondre aux besoins dans les territoires

Plan d'action

- **Sanctuariser et suivre au sein des établissements les moyens dédiés au EMPP** notamment en formalisant les attendus régionaux.
- **Œuvrer pour rendre plus attractif les postes au sein des EMPP** (les projets territoriaux de santé mentale pourraient promouvoir les EMPP de leur territoire et permettre une meilleure visibilité).
- **Renforcer les liens entre les EMPP et l'ensemble de leurs partenaires** dont les secteurs de la psychiatrie et les structures de soins en addictologie : développement de protocoles, contractualisations inter-établissements au sein du territoire de rattachement, en appui sur les dispositifs locaux de coordination.
- **Rédiger un cahier des charges régional définissant le périmètre des publics cibles des EMPP**, dans le vaste champ de la précarité, en tenant compte des recommandations de la future circulaire nationale versus les spécificités régionales.
- **Promouvoir, dès sa publication, l'usage des "Recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour la prise en charge des personnes en grande précarité et exclusion et présentant des troubles psychiatriques"** actuellement en cours de production par l'HAS et qui s'adressera aussi bien aux acteurs de première ligne qu'aux soignants, y compris du milieu psychiatrique.
- **Renforcer les EMPP en postes pluri-compétents** (éducateurs, travailleurs sociaux, interprètes, professionnels avec compétences de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent).

Indicateurs de suivi – évaluation

Pourcentage de poste vacant en EMPP

4.2.2 Améliorer les pratiques de prise en charge globale des personnes en situation de grande exclusion au sein des services de psychiatrie

- **Renforcer le volet formation des travailleurs sociaux pour leur montée en compétence**
 - **Pour les travailleurs sociaux des services de psychiatrie** afin de pouvoir améliorer l’articulation avec les équipes sociales de droit commun et du secteur AHI, comme les travailleurs sociaux extérieurs, pour connecter toutes les synergies sociales et améliorer les prises en charge (via les formations croisées action sociale et santé mentale, ou via les EMPP).
 - **Pour les travailleurs sociaux social hors des services de psychiatrie** : une formation en santé mentale des travailleurs sociaux va se déployer sur 4 ans, portée par la Délégation interministérielle à la prévention et la lutte contre la pauvreté. Elaboration d’un guide en santé mentale par l’URIOPSS IdF à destination de ses adhérents. Promotion du document de capitalisation des bonnes pratiques en santé mentale élaboré par la Fédération des acteurs de la solidarité d’IdF.
- **Diffuser des bonnes pratiques de partenariats logements/Ville/santé**, à l’exemple de la plateforme logement sur le 93 qui propose une réservation des logements sociaux de Plaine Commune Habitat pour des sortant d’hospitalisation, sur des baux glissants.
- **Structurer l’offre de prise en charge du psycho-traumatisme pour les personnes en grande précarité** (la place des centres régionaux, des consultations spécialisées, des professionnels formés afin d’améliorer le repérage, l’évaluation, l’orientation, et la prise en charge)
- **Recenser l’outillage existant en information pouvant aider les services de psychiatrie** à la prise en charge des personnes migrantes par la production d’outils d’information adaptés à destination des professionnels et des usagers
- **Repréciser le cadrage institutionnel portant notamment sur l’accès aux structures de santé mentale de droit commun et sur la sectorisation concernant les personnes à domicile indéterminé.**
- **Promouvoir l’accès** de chaque structure de soins psychiatrique **à un dispositif d’interprétariat professionnel** (vérifier l’accès aux marchés existants, état des lieux de la mobilisation de prestation d’interprétariat, etc.) et à un interprétariat spécialisé dans la santé mentale (promouvoir les formations des interprètes, clarifier les circuits de mobilisation, communiquer auprès des structures de soins...)
- **Promouvoir le développement de PASS généraliste en milieu psychiatrique**

Indicateurs de suivi-évaluation (indicateurs)

- Pourcentage de CLSM qui ont dans leurs axes de travail les questions en lien avec la santé mentale et le logement ?

4.2.3 Renforcer les liens entre les services de psychiatrie et les structures de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'insertion (AHI),

- **Poursuivre le déploiement du programme de psychologues intervenant en secteur AHI.** Renforcer la concertation pour mieux définir les cibles d'implantation en fonction des besoins.
- **Soutenir la prise en compte de la grande précarité dans les travaux des CLSM et des PTSM.**
- **Encourager les accompagnants, acteurs de première ligne, y compris bénévoles, à devenir des secouristes en santé mentale et** promouvoir la diffusion de la formation PSSM.
- Promouvoir la participation aux **formations croisées « action sociale et santé mentale ».**
- **Promouvoir la formation des Infirmiers de pratique avancée en psychiatrie** et notamment pour l'exercice auprès des plus vulnérables.
- **Promouvoir la participation régulière des EMPP aux instances des SIAO,** en fonction du contexte.
- **Développer les outils/dispositifs d'ergothérapie sociale** au sein du secteur AHI permettant de promouvoir la santé mentale par des activités significatives et collectives (espaces de paroles, ateliers créatifs, sportifs, activités culturels, communautaires, participation sociale...)

Indicateurs de Suivi-évaluation

- Pourcentage de structure AHI qui bénéficie d'un temps de psychologue
- Nombre de départements où une formation en santé mentale a été mise en place à destination des acteurs du secteur AHI.

4.2.4 Développer les interventions précoces auprès des enfants et de leur famille

- **Promouvoir le renforcement des liens entre les EMPP, les PMI et les équipes de psychiatrie périnatale.**
- **Promouvoir l'inclusion de professionnels de la pédopsychiatrie au sein des EMPP (infirmier, psychologues, etc.)** pour mieux prendre en compte les enfants en situation de précarité et faire le lien avec le secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
- **Articuler les cartographies EMPP et secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.**
- **Etudier la faisabilité d'un dispositif innovant médico-psycho-social à destination des mineurs**

non accompagnés

- **Promouvoir la prise en charge globale en santé mentale** des enfants et des jeunes mères. Améliorer le repérage des familles vulnérables le plus précocement possible.
 - Mener des **actions renforcées en santé mentale auprès des femmes précaires isolées et de leurs enfants** dans le cadre d'une évaluation globale somatique, sociale et psychique (équipes de psychiatrie périnatale)
 - Soutenir le **plaidoyer pour un meilleur accès aux lieux d'accueil de la petite enfance** (crèches), en lien avec les PMI, l'ASE, notamment à travers les CLSM,
 - **Promouvoir l'accès aux Lieux d'Accueil Enfants Parents (LAEP)** des familles très démunies.

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Nombre d'EMPP ayant organisé une présence interne de compétences en pédopsychiatrie.
- Nombre de LAEP avec accueil de familles très démunies organisé et prévu.

4.2.5 Mieux coordonner l'intervention auprès des personnes migrantes primo-arrivantes

- **Structurer le dispositif de prise en charge de la santé mentale des migrants en Ile-de-France**, notamment en améliorant les liens entre l'offre spécifique (CAPSYS/Associations spécialisées) et l'offre de droit commun (centres médico-psychologiques) et en diffusant une cartographie régulièrement mise à jour des structures mobilisables (CAPSYS, associations, centres médico-psychologiques, Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité...)
- **Mettre en place un temps fort régional d'échange** entre professionnels sur la question de la santé mentale des personnes migrantes, en tenant compte des dispositifs déjà existants.
- **Renforcer et/ou créer des dispositifs intermédiaires de prise en charge pour les personnes migrantes** en situation de précarité comme CAPSYS.

5 Renforcer les réponses aux conduites addictives

5.1 Contexte/enjeux

L'accompagnement des personnes en situation de grande précarité se complique en cas de conduites addictives, avec la consommation problématique d'alcool, de tabac, d'usage détourné de médicaments voire la poly-consommation de substances psychoactives.

Déjà, l'enquête sur la santé mentale et les addictions (SAMENTA) réalisée en 2009 par l'observatoire du Samu Social de Paris montrait que plus de trois personnes sans logement personnel sur dix étaient concernées par un phénomène de dépendance ou de consommation de substances psychoactives (alcool, drogues illicites/et ou médicaments détournés de leur usage)⁸.

Les missions des acteurs dans le champ de l'addictologie se déclinent entre le soin, la réduction des risques et des dommages, et, pour certains, la prévention et l'insertion. Elles couvrent trois secteurs : le médico-social, le sanitaire hospitalier et le secteur de santé ambulatoire.

C'est en grande partie le secteur médico-social qui a en charge l'accompagnement de l'utilisateur et de son entourage au long de son parcours de santé, notamment à partir des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD).

Les CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) sont des structures médico-sociales financées par l'ARS via l'ONDAM PDS. Les CSAPA sont issus du regroupement en 2011 des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Ils ont pour mission générale d'assurer la prise en charge médico-psychologique et socio-éducative des personnes confrontées à des problèmes d'addiction (avec ou sans produit).

La prise en charge est le plus souvent ambulatoire, mais certains proposent de l'hébergement en centres thérapeutiques résidentiels (CTR, collectif), ou en appartements thérapeutiques (AT, individuels). Un certain nombre de CSAPA proposent aussi des consultations jeunes consommateurs pouvant recevoir des MNA.

Les CAARUD sont des structures médico-sociales financées par l'ARS sur l'ONDAM PDS (destiné aux établissements accueillant et accompagnant les personnes confrontées à des *difficultés spécifiques*). Ils assurent selon le décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005, des missions dites de « réduction des risques et des dommages » liées aux consommations, selon un principe d'accueil « bas seuil », des usagers de drogues, en proposant notamment des interventions de proximité, de façon inconditionnelle, gratuite et anonyme. Ils ont aussi des missions d'accès aux droits, aux soins, au logement et à l'insertion, l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité.

L'Ile-de-France comptait, au 1^{er} janvier 2023, 20 CAARUD et 75 CSAPA, répartis sur l'ensemble du territoire, mais sans couvrir pour autant l'ensemble des besoins identifiés.

Au sein de ces structures, l'accueil des personnes se fait de manière inconditionnelle, sans exigence préalable, de façon anonyme et gratuite. Cette inconditionnalité en fait un outil particulièrement adapté à la prise en charge des personnes très démunies et/ou sans droits ouverts.

La rencontre des acteurs de terrain a permis de noter :

⁸ Pour autant un tiers des femmes et un homme sur dix déclarent n'avoir jamais bu d'alcool de leur vie.

- Le manque persistant de partenariat entre CSAPA/CARUUD et des structures d'hébergement, interrogeant l'animation territoriale pour une meilleure répartition de l'offre en fonction des besoins identifiés.
- Pour les CSAPA/CAARUD, le problème des ressources humaines, avec un impact négatif sur les capacités d'accueil, parfois insuffisantes face aux besoins
- Pour le secteur AHI, Les problématiques des représentations et des a priori, ainsi que la méconnaissance du tissu de ressources locales spécialisées en addictologie avec pour conséquence des refus fréquents ou des exclusions de personnes présentant des conduites addictives.

Sur ce dernier point, parmi les difficultés rencontrées sur le terrain, se trouve le fait que les personnes consommatrices de substances psychoactives sont le plus souvent en difficulté pour accéder aux dispositifs d'hébergement et d'inclusion sociale. D'autant plus que nombre de ces structures conditionnent l'admission et le maintien dans les lieux à une obligation d'abstinence, ce qui encourage les consommations à l'extérieur, génère la stigmatisation des personnes et les ruptures de parcours - à l'opposé d'une approche de type « un logement d'abord » qui a démontré son efficacité mais qui suppose un accompagnement et des équipes formées.

C'est pourquoi la stratégie de réduction des risques et des dommages (RDRD) peut jouer un rôle important en introduisant une alternative à l'abstinence et au sevrage par la possibilité d'un usage contrôlé de la consommation. Il s'agit de ne plus contraindre la personne mais de solliciter ses ressources pour qu'elle puisse elle-même gérer sa propre consommation. Une approche éducative d'autant plus intéressante qu'elle permet de remettre la personne au centre de la démarche d'accompagnement.

Cette stratégie de RDRD progresse depuis plusieurs années en France et particulièrement en Ile de France. Une des deux salles de consommation à moindre risque (désormais dénommées Haltes Soins Addictions) se situe à Paris, au niveau de la Gare du Nord, haut lieu de consommation historique. Pour autant, une telle approche suppose de repenser l'organisation des établissements d'hébergement du secteur AHI, leurs règlements internes, comme les représentations et les pratiques des intervenants sociaux.

C'est dans ce sens que la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France et l'Union régionale de la Fédération addiction mènent depuis plusieurs années un travail conjoint afin de faciliter :

- D'une part, la mise en lien entre professionnels des deux secteurs, de l'addictologie et de l'accueil/hébergement ;
- D'autre part, l'accompagnement de centres d'hébergement dans la mise en œuvre de stratégies de réduction des risques (aider au développement de plans d'actions internes, d'actions de formation, de mise à disposition outils et de soutenir un travail sur la réinsertion).

Les enjeux sont les suivants :

1. Mieux accompagner vers des soins spécialisés les personnes présentant des problématiques addictives « lourdes » (ayant un impact important sur la vie de la personne) et aider les équipes sociales souvent démunies sur le sujet.
 - Améliorer le repérage et l'évaluation de la situation des personnes démunies présentant des conduites addictives, notamment par le biais d'actions « d'aller-vers » ;
 - Renforcer la communication entre les acteurs, en identifiant les éléments d'information pouvant être partagés dans le respect du secret professionnel ;
 - Co-construire une culture de travail commune à la croisée des champs du social, du sanitaire et du médico-social, ce qui suppose au préalable de faire connaissance entre partenaires au sein des territoires (sur les champs d'intervention et les contraintes respectives) ;
 - Développer le travail en réseau et le partage des bonnes pratiques professionnelles.
 - Développer les approches de soins intégrés permettant une meilleure prise en charge des comorbidités psychiatriques et des pathologies somatiques.

2. Développer par ailleurs les pratiques de réduction des risques et des dommages au sein des structures d'hébergement ou de soins résidentiels
3. Prendre mieux en compte la situation des usagers de drogues après une sortie du milieu carcéral, ces derniers se retrouvant le plus souvent isolés, sans ressource, sans logement et rencontrant des difficultés à pour accéder aux soins et à un accompagnement de réinsertion adapté, ce qui induit un risque de rechute élevé.

Il s'agit aussi de poursuivre des interventions spécifiques et innovantes en matière de réduction des risques pour les usagers de crack (Plan Crack, pris en compte dans le SRS). Et renforcer la veille sur les consommations de cocaïne pour adapter l'offre de prise en charge. Un dispositif qui ne sera pas détaillé ici.

Un certain nombre de ces enjeux sont traités dans d'autres chapitres de ce document (« aller-vers », partage du secret professionnel, microstructures en addictologie...) ou dans le cadre plus large du PRS (Plan Crack) et ne seront pas repris ici.

5.2 Objectifs et stratégies d'intervention

5.2.1 Renforcer les compétences

- **Maintenir l'aide à la montée en compétence des acteurs de la filière AHI et soins résidentiels aux thématiques des conduites addictives** et de la réduction des risques et des dommages (en particulier sur les questions d'alcool et de tabac) et l'identification des acteurs de santé mobilisables : Sensibiliser et former.

5.2.2 Travailler l'articulation des acteurs de première ligne avec ceux de l'addictologie, et en lien si nécessaire avec ceux de la psychiatrie :

- **Encourager les coopérations entre les acteurs des filières.**
- **Accompagner le développement des interventions hors les murs** des CSAPA et des CAARUD au sein des structures du secteur AHI.
- Promouvoir une formalisation **des échanges entre les structures**, dans le respect des missions de chacune des parties, et avec l'accord de la personne accompagnée (comme l'expérimentation de contrats tripartites signés par exemple entre un CHRS, un CSAPA et une personne accueillie pour son suivi médico-psycho-social)
- Inciter à la mutualisation des compétences entre les professionnels de l'addictologie et ceux intervenant dans les SIAO afin **d'améliorer l'évaluation et l'orientation des personnes vers les structures adaptées.**
- **Renforcer l'animation territoriale et assurer la mise en place de binômes structures addiction/AHI.**

5.2.3 Approfondir et promouvoir les pratiques de réduction des risques et des dommages (RDRD) des addictions dans les lieux tenus par les professionnels du secteur d'accueil, d'hébergement et d'insertion (AHI)

- Promouvoir et poursuivre le soutien aux expérimentations visant la mise en place d'actions de RDRD dans les structures sociales et d'hébergement et les structures de soins résidentielles.

5.2.4 Améliorer l'orientation des personnes placées sous-main de justice ou sortantes de prison présentant des pratiques addictives

- Approfondir et promouvoir les **collaborations entre les services de justice, les structures de soins** en addictologie et les structures de soins résidentiels (telles que les places dédiées en Appartements de coordination thérapeutique par exemple).
- Assurer un usage efficient des **places dédiées en ACT**.
- Soutenir les **dispositifs dits « CSAPA référents »** (permettant une mise à disposition d'un temps d'éducateur dédié pour la préparation à la sortie et l'accompagnement dans la continuité des soins) dans leur articulation avec les unités sanitaires des établissements pénitentiaires, le SPIP, les SIAO, les structures sociales et médico-sociales d'accueil et d'hébergement.

Indicateurs de Suivi-évaluation

- Nombre de CHRS ayant mis en place une politique de RDRD alcool, répartition régionale. Résultats des évaluations en cours
- Nombre de journées départementales ou régionales d'échange de pratiques organisées sur le sujet des addictions.
- Remontées sur la dimension d'accompagnement des acteurs du secteur AHI dans les rapports d'activité des équipes mobiles CAARUD.
- Nombre de personnes orientées par les structures sociales d'accueil et d'hébergement vers les CAARUD et les CSAPA en vue d'un suivi et d'une prise en charge adaptée et pluridisciplinaire des problématiques addictives

6 Mieux prendre en charge les personnes sans chez-soi en perte d'autonomie (vieillissantes ou en situation de handicap).

1.1 Contexte/enjeux

La prise en charge et le devenir des personnes sans domicile en perte d'autonomie, du fait du vieillissement ou d'une situation de handicap, est un enjeu d'importance croissante pour les acteurs de la lutte contre la pauvreté, même si l'espérance de vie à la rue reste basse, avec un âge moyen au décès des personnes sans-abri de 48 ans, selon le rapport publié en 2022 par le Collectif « les morts de la rue ».

Ce sujet a été fortement remonté, notamment par la Fédération des acteurs de la solidarité Ile de France.

La perte d'autonomie, le fait de ne plus pouvoir effectuer les actions du quotidien (se nourrir, se laver...), due à l'accumulation des incapacités du fait des affections physiques et/ou psychiques, devient vite compliquée à vivre tant pour les personnes accueillies dans des structures non adaptées à une telle prise en charge que pour les équipes des établissements médico-sociaux conscientes d'une non réponse aux besoins sans pouvoir toujours les caractériser et donc orienter. Prendre soin des personnes issues de la rue nécessite une formation des professionnels.

Les résultats d'un premier état des lieux régional diligenté par l'Agence IdF entre le 10 février au 10 mars 2020 auprès des structures AHI (CHU, CHRS) et structures médico-sociales résidentielles (ACT, LHSS, LAM) – soit 206 structures répondantes sur 256 identifiées (80%) ont montré que :

- 126 structures ont déclaré être confrontées à des situations de personnes dépendantes dans les actes de la vie quotidienne
- 1 163 personnes étaient concernées sur l'ensemble de l'année 2019, et 933 au moment de l'enquête (soit 11% de la file active du secteur AHI et 43% du secteur médico-social résidentiel).
- Près de deux tiers (61%) des personnes recensées ont moins de 60 ans (mais sont confrontées à des problématiques de vieillissement prématuré).
- une prévalence importante de troubles psychiques et d'addictions.
- Un peu plus d'un quart des personnes (26%) n'ont pas d'autorisation de séjour (soit 246 personnes).
- Une petite part (5%) de ce public dépendant ne dispose pas de couverture médicale ; et 18%, soit 168 d'entre eux, bénéficient de l'Aide Médicale d'Etat, ce qui laisse présager de difficultés d'orientation dans les ESMS.
- Un tiers (33%) des personnes sont bénéficiaires de l'AAH.
- L'absence de médecin traitant est le premier frein en matière d'accès aux soins (57%).
- Seules 11 structures disposent d'une grille de repérage, pour appréhender et évaluer le niveau de perte d'autonomie et de dépendance des personnes accueillies.

Principales difficultés citées pour l'accompagnement de ces personnes :

- Le manque de solutions d'orientation,
- L'inadéquation des locaux,
- Le manque de relai et de partenaires pour aider à la prise en charge (en particulier pour l'hygiène corporelle concernant 55% des personnes, mais aussi l'aide à la prise des médicaments et des repas...)

Cependant les données manquent pour pouvoir évaluer l'ampleur des besoins de l'ensemble des personnes sans chez soi et en perte d'autonomie, notamment quand il s'agit des moins visibles, hébergées chez des tiers, et/ou tributaires de conditions de vie encore plus précaires (n'ayant pas

accès aux structures d'hébergement). Ce problème a été confirmé par les délégués du Conseil régional des personnes accueillies/accompagnées (CRPA) présents lors des travaux d'élaboration de ce PRAPS.

Les données recueillies au cours de la Nuit de la Solidarité, une opération annuelle de décompte de nuit des personnes sans-abri à l'échelle de la Métropole du Grand Paris, auprès des communes volontaires, permettent d'approcher le nombre de personnes vieillissantes en situation de rue. Sur les 2598 personnes sans-abri décomptées au cours de la nuit du 20 au 21 janvier 2022, 17 % avaient plus de 55 ans soit près de 500 d'entre elles.

L'augmentation des personnes âgées parmi les sans-abri est liée à la fois :

- Au processus de vieillissement de la population générale ;
- Et à la précarisation des personnes âgées (dont l'augmentation d'une population précaire qui vieillit après un parcours de vie difficile...)

En sachant que les personnes précaires, en particulier celles en situation de rue sont confrontées à de multiples incapacités stigmatisées d'un vieillissement prématuré et en moins bonne santé.

La prise en charge des personnes en perte d'autonomie sans chez soi doit être adaptée et globale du fait des stigmates et traumatismes corporels et psychiques de l'errance. Dans la rue, on vieillit plus vite et on vieillit mal. Bien avant l'âge de 60 ans, les personnes peuvent présenter un vieillissement précoce avec une perte d'autonomie.

Par ailleurs, dès 2009, l'étude Samenta, montrait déjà l'importance des troubles psychiatriques sévères, présents chez plus d'un tiers des personnes accueillies dans le dispositif d'urgence (34,1%) et dans les hôtels sociaux (35,2%) de la région. Une étude effectuée par le Centre d'action sociale de la Ville de Paris, en 2019, mentionnait que 40% des personnes issues de la rue résidentes en EHPAD présentaient une psychose. Et l'étude actuellement en cours à la demande de l'Agence sur les publics issus de la rue en EHPAD, en 2022, établit que 48% des personnes ont un profil qualifié par les investigateurs de l'étude de « psychiatrique ».

En dépit de ces constats, l'orientation des personnes en perte d'autonomie et sans chez soi vers les structures médico-sociales appropriées reste particulièrement difficile et complexe et pas toujours outillés pour la prise en charge de personnes prématurément vieilles.

Un certain nombre d'obstacles en gênent l'accès, d'abord administratifs mais aussi en terme d'approches, d'accompagnement et de prise en charge adaptées de ces personnes qui ont connu la rue. Quel encadrement, quelle cohabitation entre résident(e)s, quelle relation avec les soignants ?

Le déploiement de places de « Lits d'Accueil Médicalisés » (LAM), qui se poursuit en IdF, est une réponse, mais insuffisante du fait de la faiblesse du nombre de places (notamment à cause des problématiques du bâti en IdF) et aussi parce que ces structures ne sont pas toujours en capacité de prendre en charge des situations de handicap lourd.

Le constat est donc que nombre de ces personnes se retrouvent accueillies par défaut au sein de dispositifs non adaptés, comme :

- Les structures de type MCO ou SSR (avec des hospitalisations au long cours) ;
- Les hébergements d'urgence ou -d'insertion (CHU, CHS, CHRS, hôtels) ;
- Et les dispositifs de soins résidentiels (LHSS, ACT et, dans une moindre mesure LAM).

Cette situation peut parfois durer plusieurs mois ou années dans l'attente d'une solution d'orientation satisfaisante, bloquant la fluidité des structures concernées.

Et surtout ces dernières ne peuvent recevoir de façon pérenne ce type de public. La prise en charge et les soins quotidiens inhérents à la perte d'autonomie se révèlent souvent compliqués voire impossibles à mettre en œuvre, générant des risques de défaut de prises en charge, voire de la maltraitance. Ces difficultés peuvent même remettre en cause le concept d'accueil

inconditionnel qui prévaut dans les structures d'hébergement (CHU, CHRS), au détriment de ces populations en perte d'autonomie, victimes d'une exclusion encore plus grande.

Il s'agit donc de promouvoir la prise en charge des personnes cumulant des problématiques à divers degrés de pauvreté, de fragilité sociale, de situations administratives précaires ou complexes (rendant difficile la mobilisation des aides publiques - sans garantie de résolution), de santé dégradée, tant physique que mentale, le tout dans un contexte où la perte d'autonomie et l'accumulation des incapacités nécessitent une aide constante à la vie quotidienne. Et l'un des enjeux est de diminuer le nombre de personnes accueillies par défaut dans les structures non adaptées, et d'améliorer leur prise en charge dans l'attente d'une orientation adéquate.

Pour ce faire, il apparaît nécessaire :

- D'aider les acteurs de première ligne à mieux caractériser les besoins des populations sans chez soi en perte d'autonomie et avec de multiples incapacités, (notamment pour mieux approcher ce qui relève du handicap, de la vieillesse, de la maladie chronique). Cela signifie la mise à disposition d'outils pour repérer, évaluer et orienter. De tels outils doivent être adaptés et compris par les acteurs (sociaux et de santé) de la précarité comme du droit commun.
- De poursuivre l'information – la formation - des équipes des structures non adaptées sur ce qui existe en ressources et en dispositifs d'accueil adéquats mobilisables, sur leurs modalités d'accès et les mesures dérogatoires possibles; et inversement de former les soignants des filières gérontologique et handicap sur les spécificités de la prise en charge des personnes ayant connu la vie à la rue.
- De s'inscrire dans une logique de parcours, ce qui fait appel à la coordination et suppose de disposer d'instances de coordination inter sectorielles.
- D'initier, dans l'attente d'une solution adaptée et pérenne, les accompagnements médico-sociaux personnalisés nécessaires, au sein même de ces lieux d'accueil du public, en favorisant l'intervention de professionnels de santé et d'équipes mobiles de proximité (tels que SSIAD, SAMSAH, HAD, ...).
- D'améliorer le recours aux droits, et donc l'information des professionnels et des personnes, voire même la formation des professionnels sur l'accès et l'exercice de ces droits.
- De travailler sur les difficultés rencontrées par la filière gérontologique pour accueillir les personnes sans chez soi vieillissantes, ainsi que sur des solutions d'accueil notamment des personnes en situation administrative instable et/ou complexe (LAM renforcés).

Points d'articulation avec le Schémas Régional de Santé 2023-2028

- Axe 2. Construire des parcours de santé lisibles fluides et répondent aux besoins des patients.
- Axe 3. Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

6.1 Objectifs et stratégies d'intervention

6.1.1 Améliorer le repérage des personnes en perte d'autonomie résidant dans les structures « non adaptées »

Le bilan effectué du deuxième PRAPS 2 fait le constat de la persistance d'un manque de visibilité et de lisibilité des différents outils de repérage et d'évaluation existants pouvant être mis à la disposition des acteurs des structures non adaptées, et ce dans un contexte de forte rotation des équipes. Sont aussi à prendre en compte les limites du rôle des équipes sociales du secteur AHI pour repérer/évaluer les personnes sans chez soi vieillissantes, notamment sur les questions relevant de l'intime. L'enjeu de formation, important à considérer, est abordé par la suite.

Enfin chaque personne accompagnée a des attentes et des besoins singuliers. Il s'agit de co-construire entre elle et les professionnels, et non pas mettre en place une approche standardisée, non personnalisable. Cela passe par la mise à disposition d'outils pratiques permettant aussi d'associer étroitement les personnes à la construction de leur projet de vie.

Plan d'action

- **Poursuivre et renforcer les travaux déjà en cours sur l'outillage des acteurs de première ligne**, pour les aider à mieux identifier ces incapacités pour la réalisation des actes de la vie quotidienne, faciliter la remontée d'informations et ajuster l'accompagnement et le projet de vie de la personne accueillie. Notamment mettre en perspective les outils existants et travailler sur leurs modalités d'adoption. Et ainsi **constituer une boîte à outils accessible sur le site de l'Agence, destinée aux acteurs non soignants du secteur AHI et du médico-social résidentiel** leur permettant de mieux repérer les situations, de les aider à différencier la dépendance de la maladie, de mieux cerner les différents degrés de dépendance physique ou psychique des personnes dans leurs gestes ordinaires, et ainsi orienter leurs recherches de prise en charge. Mettre en place un ou des groupe(s) utilisateurs.
- **Inclure les outils/visuels permettant d'aider la personne à dire ce dont elle a besoin** et sur ce qui dans l'attitude des intervenants pourrait l'aider à reprendre la main sur sa vie.

Indicateurs de Suivi-évaluation

-Réalisation d'une boîte à outils disponible sur le site de l'Agence rassemblant notamment les outils de repérage déjà existants de la perte d'autonomie harmonisée utilisable par les acteurs de la filière AHI, des outils d'expression des personnes accompagnées en perte d'autonomie, des liens vers les dispositifs « personnes âgées ».

-Progression de l'usage de cette boîte à outils harmonisée au niveau des acteurs de la filière AHI – enquête évaluative.

6.1.2 Favoriser la concertation partenariale sur la problématique de la perte d'autonomie des populations en errance

Une coopération effective entre les parties prenantes est à favoriser, et le dialogue intersectoriel à renforcer. Il s'agit de développer une culture de coopération entre tous les professionnels œuvrant dans le parcours des personnes.

Pour se faire, de nouvelles ressources sont à promouvoir comme l'émergence des dispositifs d'appui à la coordination (les DAC) qui viennent en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux pour la prise en charge des patients complexes. Ils jouent un rôle important dans la coordination territoriale. Ils informent, orientent et accompagnent les professionnels, les patients et leur entourage dans les situations complexes. Ils sont aussi facilitateurs de la concertation territoriale et de la co-construction de réponses à partir des constats réalisés sur les problématiques de parcours. Les DAC animent les communautés professionnelles de leur territoire. On compte actuellement 22 DAC présentes en IDF.

Citons aussi les dispositifs intégrés handicap (les DIH), dispositifs territoriaux dont la finalité est de créer une dynamique territoriale entre acteurs permettant de fluidifier les parcours de vie les plus complexes des personnes en situation de handicap via la méthode d'intégration. Ils œuvrent, entre autres, à renforcer la lisibilité de l'organisation territoriale, promouvoir la co-responsabilité des acteurs et assurer la coordination des parcours les plus complexes. Ils s'inscrivent dans le cadre de la démarche « Réponse accompagnée pour tous », qui vise à assurer une continuité des parcours des personnes en situation de handicap.

On peut par ailleurs faire état de nombreux autres dispositifs de coordination et de partenariats formalisés, comme les instances d'analyse de situations individuelles complexes mises en place et coordonnées par les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)... ainsi que des partenariats entre SIAO, UT DRIHL ou DDETS et Dd ARS, acteurs AHI et acteurs de santé, CPAM, CAF... existants dans les territoires (comme les Commissions techniques décentralisées sur les questions d'hébergement adapté réunissant les acteurs du SIAO, du médico-social et du médical), et qui se présentent comme autant de supports à explorer : agrégation d'acteurs du droit commun, mutualisation d'outils, échange de pratiques...

Il s'agit enfin de poursuivre, en lien avec le schéma régional de santé, le développement et l'harmonisation des solutions numériques de coordination, d'échanges et de partage d'informations entre intervenants (permettant d'éviter les saisies complémentaires, la perte d'information, tout en cherchant à améliorer les interfaces et l'appropriation par les acteurs...)

Plan d'action

➤ **En articulation avec les travaux développés dans le schéma régional de santé, s'assurer de la structuration d'un état des lieux des différentes instances de travail collégiales** déjà en place pouvant capitaliser les apports partenariaux et consolider les parcours des personnes accompagnées sans chez soi en perte d'autonomie : portées ou connues par les DAC, commissions SIAO, Copil PASS, CLSM... **Veiller à la présence d'espaces de concertation et d'appui « précarité-perte d'autonomie »** dans les territoires (à la fois comités de pilotage, lieux ressources pour les acteurs, instances de saisine sur les situations complexes) traitant des situations des personnes en perte d'autonomie et avec des incapacités multiples en attente d'une orientation adaptée, en lien avec les dispositifs d'appui locaux.

➤ Promouvoir la participation des structures AHI au sein des Conseils Territoriaux de Santé, lieux d'exercice de la démocratie en santé de proximité, comme au sein des Conseils locaux de santé, instances de mise en cohérence et d'articulation des initiatives et des actions des partenaires et acteurs locaux dans le domaine de la santé. Et ainsi permettre en retour à ces derniers de monter en compétence sur les enjeux de santé liés à la précarité.

➤ Mettre en place des temps régionaux formalisés pluridisciplinaire et pluri-partenaire de concertation et de suivi sur la question des personnes sans chez soi en perte d'autonomie et avec des incapacités multiples (notamment sur la capitalisation d'outils, les bonnes pratiques), cette instance pouvant aussi être l'instance de suivi de mise en œuvre du PRAPS.

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Identification/désignation de référents UD- DIRHL, Dd- ARS et Conseil départemental chargés sur les questions de personnes sans chez soi en perte d'autonomie
- Cartographie des espace d'appui précarité-perte d'autonomie
- Etat de la mise en place de l'instance de pilotage et de suivi au niveau régional
- Nombre et type d'acteurs participants aux différentes commissions mentionnées ci-dessus

6.1.3 Informer/former les acteurs notamment sur les ressources et les orientations possibles en matière d'accueil, de prise en charge et d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie

Le constat est unanime du **manque de formation des professionnels** des secteurs sociaux, sanitaires, et médico-sociaux confrontés au public des personnes sans chez-soi en perte d'autonomie, un manque d'autant plus important qu'il s'inscrit dans un contexte de grand turnover des équipes (qui du coup connaissent mal leur territoire d'intervention).

Au niveau du secteur social, il s'agit de former sur les questions de la prise en charge sanitaire et médicosociale des personnes, de lever des freins relevant de la crainte des travailleurs sociaux d'intervenir dans des champs perçus comme relevant de l'intimité des personnes. C'est l'objet de cette fiche.

Pour les secteurs sanitaire et médicosocial, les besoins de formation portent essentiellement sur les pratiques adaptées aux spécificités des personnes sans chez soi (refus de soins, incurie, addictions...) et seront abordés dans d'autres parties du document.

Il existe déjà un **guide santé** à destination des acteurs de la filière de l'hébergement (construit en 2016 en collaboration étroite entre la FAS IdF et l'ARS IdF), un guide pratique réalisé à leur disposition pour leur donner des repères sur les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés et des informations sur les ressources pouvant être mobilisées notamment sur la thématique des personnes en perte d'autonomie. Mais il suppose une mise à jour permanente dans le temps, et d'en réétudier les modalités d'appropriation.

La Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France a aussi élaboré un document réunissant les **outils à destination des professionnels du secteur de la lutte contre les exclusions autour de la question de l'accompagnement des personnes précaires vieillissantes**.

La **montée en charge des DAC** (Dispositifs d'appui à la Coordination) offre un potentiel nouveau

en simplifiant et rendant plus lisible le système d'aide et de soins, notamment parce qu'elles sont chargées de la gestion des **portails internet départementaux MAILLAGE Santé et Autonomie**. Les ressources du territoire disponibles pour la personne âgée, principalement, mais également pour la personne en situation de handicap, sont ainsi répertoriées et cartographiées et leurs coordonnées sont accessibles.

On peut aussi citer une **mobilisation notable d'acteurs sur le volet formation des personnels sociaux du secteur AHI**, notamment :

- La Mission Interface du Samu Social de Paris avec l'aide des services des aides légales des Permanences sociales d'accueil (PSA), qui organise des sessions d'information/formation en complément d'informations ponctuelles à la demande.
- La Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France qui a déployé un programme de formation à destination des intervenants sociaux et professionnels des structures d'inclusion sociale "Accompagner les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement dans les structures d'inclusion sociale ».

Plan d'action

- **Poursuivre le travail de communication sur l'offre existante et sur les outils de connaissance des ressources disponibles** (finaliser la réactualisation du Guide santé à destination des travailleurs sociaux du secteur AHI, communiquer sur l'existence du portail national des maisons de retraite Via-TRAJECTOIRE (capacité, services et prestations, coût), sur les portails SIAO (sur l'hébergement /logement adapté à travers le SI-SIAO), et plus largement sur les dispositifs d'orientation et d'accompagnement disponibles (en lien par exemple avec les portails MAILLAGE...)
- **Construire, en lien avec la DRIETS, un plaidoyer pour le développement dans les formations initiales** de travail social de modules sur le vieillissement des personnes accompagnées et la fin de vie.
- **Promouvoir et diffuser des contenus de formation/information** à destination des acteurs de l'hébergement, du secteur médico-social résidentiel (ACT, LAM, LHSS) et sanitaire, sur la sémantique afin de partager le sens des mots comme perte d'autonomie et sur les ressources du territoire (en structures spécialisées et en logements diffus accompagnés), sur les modalités d'orientation, en s'appuyant sur les guides santé et sociaux existants (en particulier le guide santé/hébergement). (...).
- Favoriser les **formations associant les professionnels œuvrant dans le champ de la précarité et ceux intervenant dans le droit commun** de la santé pour faciliter le développement d'une culture commune.
- -en lien avec l'instance de suivi du PRAPS, suivre le déroulement et l'avancée des démarches.

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Existence d'un plan d'action en matière de formation
- Nombres de structures CHU et CHRS ciblées ayant pu bénéficier de ce plan de formation
- Etat des actions visant l'amélioration de l'accessibilité aux informations portant sur les ressources existantes (bilan des outils accessibles et mis en place)

6.1.4 Favoriser l'accompagnement individualisé dans les structures d'hébergement sociales et de soin résidentiel, le temps d'une orientation adaptée

L'accueil au sein de dispositifs d'hébergement de personnes sans chez soi en perte d'autonomie et avec des incapacités multiples demande un investissement spécifique et adapté en termes d'accompagnement. Or, **l'essentiel des dispositifs sociaux ne dispose pas de personnels soignants ni d'auxiliaires qualifiés pour faciliter la vie quotidienne**, ce qui limite les prises en charge globales et sans ruptures dans l'intervention à décliner auprès de ces publics, et peut même remettre en cause le concept d'accueil inconditionnel.

L'enjeu ici est donc celui de la mobilisation des ressources ad hoc de proximité pour initier, dans l'attente d'une solution adaptée et pérenne, les accompagnements médico-sociaux personnalisés nécessaires, au sein de ces lieux d'accueil : professionnels de santé, de services d'accompagnements médico-sociaux, de services de soins infirmiers (tels que ESSIP, SSIAD, SAMSAH, HAD, etc.) Il s'agit d'améliorer la qualité de la prise en charge tout en encourageant les logiques de parcours.

Un certain nombre de dispositifs facilitateurs ont été mis en place par l'Agence et sur lesquels il convient de s'appuyer :

- **Des équipes mobiles territoriales médico-sociales spécialisées** dans les soins à apporter aux personnes en situation de grande pauvreté (déjà présentées dans la première partie de ce document PRAPS 3), dont les quatre premières ESSIP (Equipe Spécialisée de Soins Infirmiers Précarité), anciennement dénommées SSIAD précarité, pouvant assurer la prise en charge des soins infirmiers, d'hygiène et de confort de personnes au sein de leur lieu de vie (75, 93, 94, 95).
- **Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)** en cours de montée en charge, pouvant apporter une aide dans la gestion de situations complexes pour lesquels les professionnels de ville ou hospitaliers ont besoin d'aide et d'appuyer dans la recherche/mobilisation de ressources locales.
- **Le développement de programmes d'éducation thérapeutique** et d'aide à l'observance des traitements conduit au sein même de structures d'hébergement.

Parmi les difficultés remontées, on notera la complexité de captation de bâti en IdF pour permettre aux établissements disposant de locaux d'hébergement des aménagements de chambres pouvant mieux prendre en compte les contraintes des personnes handicapées et à mobilité réduite. Ainsi que le sujet de la fin de vie - les professionnels sociaux des structures destinées à l'accompagnement et à la réinsertion des personnes ne se sentant pas partie prenante de cet accompagnement de fin de vie, qu'ils attribuent au seul domaine des soignants. Enfin l'impossibilité de faire intervenir des professionnels, en particulier médicaux et para médicaux des secteurs libéral ou médicosocial auprès des personnes sans droit ouvert (comme pour l'intervention d'un kinésithérapeute), en dehors du dispositif de prise en charge médicosociale des personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

Plan d'action

- Promouvoir et expérimenter des **dispositifs d'accompagnement individualisé** (du type référent parcours), en lien si besoin avec les DAC, permettant d'apporter une aide dans l'organisation des prises en charge sur place et des orientations ensuite vers les structures

adaptées ; et/ou en s'appuyant sur des fonctions de référent santé /autonomie au sein des SIAO pour faciliter la prise en compte des besoins de santé.

- **Promouvoir l'intervention des acteurs du soin au sein des structures d'hébergement** à travers :
 - Le rapprochement avec les structures de soins habituelles intervenant à domicile (HAD, SSIAD, SAMSAH, infirmiers libéraux, médecins traitants, secteurs de psychiatrie), en sollicitant éventuellement l'appui des DAC. Et s'assurer que les besoins en formations des équipes de soins infirmiers et d'aide à domicile, sur les pratiques d'intervention auprès d'un public en situation de grande précarité, soient bien identifiés et pris en charge.
 - **la poursuite du déploiement des équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP)**, travaillant en binôme infirmier/ aide-soignant, notamment pour les personnes ne pouvant bénéficier de l'APA (aide personnalisée à l'autonomie) ou de la PCH (prestation de compensation du handicap) pour des raisons administratives.
- **Renforcer les interventions permettant d'agir au plus tôt sur les signes de fragilité** (prévention des chutes, dénutrition..., développer les actions de repérage/dépistage des maladies chroniques et des cancers).
- **Encourager le développement des démarches d'accompagnement de la fin de vie** (sensibilisation des acteurs, recensement des pratiques inspirantes comme des petits déjeuners "FUN" de la mission Interface – fun pour funéraire - afin de parler de façon apaisée des directives anticipées, du rapatriement de corps...)
- **Accompagner la montée en charge - et de la prise en compte des personnes âgées issues de la grande pauvreté - du nouveau dispositif de centres de ressources territoriaux** qui ont pour mission d'assurer un accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD.
- **Développer les parcours de soins des résidents** pour qu'ils puissent bénéficier de prise en charge en psychiatrie, en addictologie mais aussi accéder à des séjours hospitaliers de courte durée (en médecine-chirurgie-obstétrique - MCO) ou de soins de suite et de réadaptation (SSR) en cas de décompensation. Ce parcours de soins intègre aussi la prise en charge sociale et le soutien des associations de la grande précarité (maraudes...) - s'inspirer de l'exemple du partenariat entre la direction des solidarités de la ville de Paris et le Groupe Hospitalier Universitaire Paris psychiatrie & neurosciences, partenariat à renforcer avec le Centre de ressources régional de psychiatrie du sujet âgé de l'AP-HP.
- Soutenir les actions menées par la DRIHL dans la poursuite de **l'adaptation des structures d'hébergement social aux normes d'accessibilité des personnes à mobilité réduite** (chambres PMR, accessibilité des douches...).
- **Faciliter l'accès à des bilans diagnostics spécialisés, en particulier les consultations « mémoire »**. Nombre parmi ces personnes sont identifiées avec un profil psychiatrique alors qu'elles présentent en fait une maladie neurodégénérative atypique (et dont le repérage est à améliorer afin de mieux adapter l'orientation et la prise en charge).

Suivi-évaluation (indicateurs)

- Nombre de personnes accompagnées dans les actes de la vie quotidienne et/ou bénéficiant d'un plan personnalisé de soin (avec des démarches engagées d'orientation vers une structure médico-sociale et/ou la mise en place d'interventions de santé à domicile) par rapport l'ensemble des personnes repérées en perte d'autonomie dans les structures d'hébergement ou de soin résidentiel

-Pourcentage de structures d'hébergement (CHU/CHRS/ACT) ayant mis en place une organisation (protocoles, conventions...) permettant la mobilisation des acteurs du soin et/ou d'aide à la vie quotidienne en tant que de besoin

6.1.5 Simplifier les dispositifs et les démarches d'orientation

Un des points de préoccupation est celui de la **complexité du recours aux prestations sociales**, pouvant engendrer du non-recours aux soins.

Beaucoup de difficultés administratives sont à l'origine de blocages voire rendent impossible l'accès à une structure médicosociale adaptée, puisque se joue ici l'assurance pour les établissements d'être financés pour leur prise en charge.

Car c'est l'âge (à partir de 60 ans pour l'aide sociale département, à partir de 65 ans pour l'aide sociale d'Etat) – et non pas le degré d'avancement dans le vieillissement – qui demeure le critère décisif pour prétendre à l'Aide sociale à l'hébergement (ASH), laquelle représente une aide financière indispensable à l'accès aux structures d'accueil spécialisées pour les personnes âgées (comme les foyers logement ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes EHPAD).

Les personnes de moins de 60 ans peuvent néanmoins être orientées vers des EHPAD, sur dérogation accordée par les Conseils départementaux, ou des unités de soins de longue durée (USLD) mais d'autres difficultés apparaissent comme :

- Une majoration des délais de procédures, du fait de la nécessité d'une demande préalable de reconnaissance du handicap au niveau de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), et/ou une demande préalable de dérogation d'âge auprès du Conseil Départemental pour une aide sociale à l'hébergement.
- L'absence de prise en charge du forfait dépendance et des soins requis.

Les personnes de moins de 60 ans peuvent relever de dérogations d'âge sur autorisations des conseils départementaux mais ne peuvent pas actuellement prétendre à l'APA en établissement.

Le même problème se pose pour les personnes bénéficiant d'une autorisation de séjour pour soins d'un an, devant faire l'objet d'une demande de renouvellement annuelle ou en cours de renouvellement d'un titre de séjour pour soins. De façon plus large, la régularité du séjour est incontournable pour l'admission dans les structures médico-sociales du secteur du « handicap » ou des « personnes âgées » (problème des personnes européennes inactives sans ressources suffisantes).

Pour d'autres personnes, les obstacles rencontrés pour accéder aux structures médico-sociales adaptées sont le fait d'une situation administrative non résolue et complexifiée par le manque de documents administratifs difficiles à rassembler dans un contexte d'errance et/ou de trouble de santé invalidant.

Concernant les personnes relevant de l'aide sociale à l'hébergement, c'est parfois la longueur des délais d'instruction qui est en cause, du fait notamment de la recherche des obligés alimentaires ou du domicile de secours (personnes en errance...).

Pour l'accompagnement des personnes de moins de 60 ans pouvant relever du secteur du handicap, un besoin a été remonté du terrain d'établir de meilleures relations de confiance avec les organismes gestionnaires de l'offre d'accompagnement du handicap. Une des solutions est celle de la feuille de route nationale des MDPH 2022, insufflant une transformation des MDPH pour améliorer le service public de l'accès aux droits et de la vie quotidienne des personnes en situation de handicap et visant à faire d'elles un maillon fort de territoires 100 % inclusifs. Il s'agit ainsi de mettre en place des plans d'accompagnement global individuel permettant d'identifier les solutions de compensation proposées aux personnes en situation de handicap rencontrant des difficultés spécifiques pour couvrir leurs besoins.

Au niveau des ressources sont à prendre en compte les missions accompagnement santé de l'Assurance Maladie, déployées sur l'ensemble du territoire dans chaque Caisse d'assurance maladie et qui ont pour objectif d'accompagner les assurés qui rencontrent des difficultés pour accéder à leurs droits ou pour se faire soigner.

On peut enfin parler des expérimentations d'Observatoires de rupture des parcours, portés par les DAC et visant à identifier les dysfonctionnements observés sur le terrain par les acteurs du social, médico-social et sanitaire et de permettre d'alimenter les réflexions territoriales.

Plan d'actions

Dans la continuité du PRAPS 2 :

- **Développer les initiatives permettant d'améliorer des procédures d'orientation vers les structures médico-sociales :**
 - Effectuer des plaidoyers pour des procédures unifiées en fonction de la dépendance et des pathologies dépendance.
 - Renforcer les possibilités d'articulation interdépartementale pour les situations les plus complexes ou sans solution locale, en tenant compte des limites sur les dimensions réglementaires. Travailler sur des procédures d'admission.
 - Renforcer les démarches d'ouverture des droits à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) en sortie d'hospitalisation ou de structures médico-sociales résidentielles.

- **Plus globalement, développer une collaboration inter institutionnelle visant à faciliter la recherche de solutions sur les situations de blocages. Rechercher, en particulier, des solutions dérogatoires ou d'assouplissement pour l'accueil en EMSPH/ EHPAD/USLD des publics en situation administrative précaire ou complexe et nécessitant une prise en charge adaptée médico-sociale :**
 - **Pour la prise en charge des frais de dépendance et d'aide à la vie quotidienne pour les personnes de moins de 60 ans.**
 - **Pour un meilleur accompagnement dans l'accès aux droits sociaux** des personnes en situation administratives précaires (raccourcissement des délais d'obtention de documents, plaidoyer pour un allongement de la durée de validité des titres de séjour dans les situations de grande dépendance, proposition d'expérimentations en lien avec le national...) concernant l'aide sociale à l'hébergement (ASH), l'allocation adulte handicapé (AAH) et l'accès à la couverture maladie.

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Identification des structures EHPAD aguerries à l'accueil de ces publics.
- Etat de la diminution du nombre de longs séjours hospitaliers pour raisons non médicales.
- Evolution du nombre et du pourcentage de sorties de personnes accueillies en structures d'hébergement et de soins résidentiels vers des établissements médico-sociaux adaptés.
- Bilan de l'inscription de la thématique des personnes sans chez-soi et en perte d'autonomie dans les CLS et/ou le CTS

6.1.6 Développer des solutions d'accueil adaptées aux situations complexes

Des réponses existent pour l'accueil des personnes âgées mais celles-ci ne sont pas toujours bien adaptées aux personnes ayant eu un épisode de vie à la rue. La prise en charge de ces dernières est parfois délicate et bien souvent limitée du fait des rapports spécifiques qu'elles entretiennent elles-mêmes face aux soins (refus, déni...). Pour autant, leurs pathologies et leurs vulnérabilités nécessitent une prise en charge adaptée et un cadre institutionnel, quand bien même celui-ci n'a pas été pensé pour elles.

Par ailleurs, souffrant souvent d'un vieillissement prématuré, ces personnes se retrouvent « jeunes » seniors à côtoyer de « vieux » seniors au sein des EHPAD, une mixité pouvant être source d'inconfort chez les résidents, notamment ceux dont l'âge chronologique ne correspond pas à l'âge biologique.

Les équipes d'accueil peuvent rencontrer une mise à mal des règles de vie communautaire par des conduites transgressives (liées aux alcoolisations massives, troubles psychopathologiques, conflictualité agressive, incurie...).

Les professionnels des EHPAD se disent en règle générale démunis face aux nombreuses difficultés pour prendre soin de ce public abimé/cassé par le passage à la rue.

Il s'agit par ailleurs de prendre en compte **les surcoûts de prise en charge engendrés par les poly-pathologies et les situations médicales complexes**, avec des symptômes psycho-comportementaux d'origine multiple : dénutrition, démence atypique, plaies, vieillissement prématuré des fonctions organiques, addictions, souffrance psychique, problèmes dentaires, ophtalmo... Voir par les problèmes d'incurie.

Dans la continuité des recommandations identifiées dans le PRAPS 2, l'ARS cherche à mieux comprendre les difficultés rencontrées dans l'accueil des personnes sans abri vieillissantes et mène actuellement une **étude auprès des EHPAD d'Ile de France**. Celle-ci a pour objet de recenser le nombre des personnes âgées en situation de grande précarité sociale accueillies (enquête conduite auprès des 709 EHPAD) mais aussi d'analyser la spécificité de la prise en charge de ces publics identifiés, les coûts induits et formuler des préconisations. La publication des résultats est prévue fin 2023.

Par ailleurs, une action inspirante sur laquelle s'appuyer est celle de la **mission Interface**, portée par le Samu Social de Paris. Elle se présente sous la forme d'une équipe mobile dédiée à l'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap et sans chez-soi, vers des structures adaptées (logements ou dispositifs médico-sociaux). L'intervention est pensée dans un objectif double : D'une part il s'agit de l'élaboration du projet avec les personnes et d'autre part, d'accroître les compétences des intervenants sociaux du lieu de vie actuel et de soutenir les équipes médicosociales d'aval dans l'accueil et la prise en charge de ce public. En 2022, la Mission Interface a ainsi rencontré 800 personnes âgées, 300 personnes en situation de handicap et a permis la sortie pérenne de 95 personnes (soit, depuis sa création en 2017, plus de 200 personnes).

Autre dispositif inspirant par son expérience en matière de prise en charge : la **maison de retraite François Ier, installée à Villers-Cotterêts**, qui se distingue par sa singulière histoire de prise en charge des personnes âgées parisiennes en situation de grande pauvreté.

Sinon, parmi les réalisations à prendre en compte,

- **L'installation en cours d'un dispositif expérimental « passerelle » de post hospitalisation à destination de personnes « bed blockers » en perte d'autonomie (vieillissantes et/ou avec un handicap physique et/ou psychique)** dont des personnes en situation de grande précarité

et/ou rencontrant des obstacles administratifs ne permettant pas l'accès à une filière d'aval. Dans un contexte d'extrême tension dans la disponibilité des lits hospitaliers, des travaux sont en cours pour le déploiement de lits de prise en charge médico-sociale légère d'extraction.

- **Ainsi que le développement de l'offre en lits d'accueil médicalisé (LAM)**, pour arriver à terme à un dispositif par département – en sachant que pour assurer la fluidifier des flux de patients au sein de ces dispositifs intermédiaires une des contraintes est celle de l'aval, toute sortie étant de fait conditionnée par l'orientation vers une place pérenne.

Plan d'action

- **Développer les accompagnements individualisés** des personnes et soutenir les professionnels des structures d'aval sur le modèle du dispositif INTERFACE, permettant de faciliter le parcours d'admission vers les EHPAD ou les MAS (avec une triple mission : première évaluation/ soutien des établissements d'accueil/accompagnement à la prise en charge). Promouvoir les visites de préadmissions. Promouvoir les mises en lien effectives des équipes d'aval avec les référents sociaux d'amont mieux sachant sur les particularités de l'accompagnement social. Développer les partenariats entre les dispositifs d'urgence ou d'insertion et les structures de droit commun.
- Plus largement, **à travers la formation et l'accompagnement des équipes d'aval, renforcer les capacités du secteur médico-social adapté ou du logement adapté**, à la prise en soin de ces publics et à la prise en charge des symptômes psycho comportementaux (en lien avec des éducateurs, psychiatres, spécialistes en addictologies...). **Renforcer les appuis par des équipes mobiles extérieures, formation, aide en médiation, analyse des pratiques, etc. Mettre en place un dispositif de référents gériatres spécialisés** (avec la promotion de la télémédecine). **Capitalisation des pratiques et savoir-faire inspirants** (Villers-Cotterêts). **Organiser une journée sur l'accueil des publics sans chez soi en EHPAD** afin de rassembler les acteurs concernés, de partager les pratiques et de mieux définir des pistes d'action pour la suite.
- Former les équipes soignantes des EHPAD à identifier et documenter les états poly-pathologiques de ces publics afin de **promouvoir les soins requis selon l'outil pathos** (par l'intermédiaire de la formation, de la télésanté et du développement de parcours de soins adaptés à cette population. Evaluation des surcoûts à réaliser avec un groupe régional ad hoc en s'appuyant sur une étude conduite au sein de l'AP-HP, et prenant aussi en compte l'étude en cours sur l'accueil de ces publics en EHPAD, menée par l'ARS-IDF.
- **Promouvoir la mise en place d'un accompagnement socio-éducatif au sein des EHPAD** pour soutenir les équipes soignantes, mais aussi accompagner la personne accueillie dans la gestion de ses affaires/budget (évitant ainsi certaines mises sous tutelle de « confort »). Plaidoyer pour la présence d'animateurs.
- **Mener une concertation sur les modalités d'accueil des personnes issues de la rue** : le projet de vie (la contribution de l'animation ...), la pertinence ou non d'unités spécifiques ou d'espaces d'accueil spécifiques... Penser la souplesse et l'adaptabilité de l'accueil et de l'accompagnement dans le cadre des projets de soins globaux (accueil de jour, prise en compte de l'animal de compagnie ...). Faire que les personnes aient effectivement accès à la santé dans les conditions de droit commun tout en tenant compte de leurs besoins propres.

- **Avoir le réflexe d'insérer systématiquement un volet concernant les « personnes sans chez soi » dans les cahiers des charges des dispositifs spécialisés**, comme les consultations mémoire, les équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgés ou les équipes mobiles de soins palliatifs...
- **Valoriser les EHPAD déjà engagés** dans une démarche d'accueil de public issu de la rue (avec des projets de soins d'établissements adaptés).
- **Développer les petites unités de Vie, les Maison d'accueil et les résidences pour l'autonomie (MARPA)** et de résidences services pour les personnes âgées pouvant y prétendre.
- **Développer les dispositifs de LAM renforcés (avec un volet gériatrique) pour pallier à la non possibilité de prise en charge des frais d'hébergement et de dépendance** pour les personnes sans titre de séjour au sein des structures dédiées aux personnes âgées dépendantes.
- **Développer les dispositifs mixant des structures d'hébergement (DRHL), de soins résidentiels et de médicosocial, (CHRS /LAM /foyer résidence autonomie spécialisé/EHPAD)**, permettant une meilleure capacité d'accueil et une mutualisation des moyens financiers, fonciers, et en ressources humaines, pour mieux répondre à la diversité des situations et faciliter l'accompagnement et l'accueil inconditionnel de longue durée des personnes quelle que soit leur situation administrative (en gardant une vigilance sur les possibilités de passerelles vers le droit commun) et mieux articuler les modes de financements.

Suivi-évaluation (indicateurs)

-Etat de la mise en place d'un plan d'accompagnement des équipes du secteur médico-social adapté, pour l'accueil de personnes en perte d'autonomie et/ou pouvant présenter des problèmes psychiatriques et/ou une consommation à risque d'alcool

-Nombre de structures CHU et CHRS ayant pu bénéficier d'un dispositif d'accompagnement par une mission de type Interface

-Evolution du nombre de places créées en offre d'accueil inconditionnel de longue durée

-Evolution du nombre de personnes issues de la grande pauvreté accueillies en structures médico-sociales

7 Améliorer les savoirs et les connaissances sur la précarité et les processus d'exclusion

7.1 Contexte/enjeux

Il est important de regarder de plus près ce qui caractérise la santé des personnes en situation de grande pauvreté ainsi que les situations de renoncement aux soins ou de difficulté de maintien dans un parcours de santé, dans l'optique de mieux agir pour l'accès aux droits et aux soins : qui est concerné, dans quel cadre, les conséquences éventuelles...

Même s'il s'est amélioré - notamment du fait de la production d'informations par des institutions régionales (l'Observatoire Francilien des Personnes à la Rue ou Hébergées (OFPRUH), observatoire du SSP, APUR, ORS), ou nationales (DRESS, SPF), complétées par des données associatives (Fondation Abbé Pierre, Médecins du monde, COMEDE - le lien entre la recherche et le terrain fait encore défaut. Des études existent mais souvent ignorées des acteurs de terrain, alors que dans le même temps des données disponibles ne sont pas suffisamment exploitées.

Depuis le dernier PRAPS, la création de la Fondation Hospitalière Recherche Précarité par l'Hôpital de Nanterre, soutenue par l'ARS, est venue renforcer le paysage en la matière.

Ainsi, l'agence Régionale de Santé est-elle destinataire d'un grand nombre de données relatives aux personnes migrantes primo-arrivantes en Ile-de-France : dans le cadre des bilans infirmiers conduits au sein de structures d'accueil et d'hébergement, d'informations collectées lors des opérations de mise à l'abri rapports d'activités, de rapports d'activités...

Cet ensemble d'informations nourrit une vision de l'état de santé de ces personnes. Mais celle-ci reste disparate et concerne des situations individuelles extrêmement diverses (administratives, de durée de séjour...).

Par ailleurs il est utile de développer les recherches participatives, impliquant les acteurs et les personnes concernées dans la définition et les différentes étapes de mise en œuvre des travaux, les rendant ainsi mieux appropriables. Ces méthodes de croisement des savoirs et des pratiques permettent de surcroît de modifier les paradigmes et par là de développer des pistes de réflexion et d'action novatrices.

Il s'agit donc de renforcer les liens avec la recherche, les savoirs, de favoriser le recueil d'informations et de mieux utiliser les connaissances produites pour adapter les recommandations et améliorer les interventions.

7.2 Objectifs et stratégies d'intervention

- **Renforcer la mise en réseau des producteurs de données** pour mieux valoriser les systèmes d'informations existants et tenter de gagner plus de lisibilité et de cohérence dans la production des informations, en partenariat avec l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) et en lien avec l'Observatoire Francilien des Personnes à la Rue ou Hébergées (OFPRUH). Avec l'aide d'un comité scientifique, il est nécessaire de :

- Centraliser/mutualiser/harmoniser les indicateurs sanitaires et sociaux des populations en situation de très grande pauvreté dans la région Île-de-France (les populations concernées et les actions prioritaires à suivre) ;
 - Produire des synthèses à la fois facilement accessibles, fiables mais aussi comparables dans le temps, grâce à la mise en place d'un système d'échanges structurés de données entre les membres et une mise en commun dans un outil accessible à tous ;
 - Conduire une veille sur la recherche concernant un certain nombre de thématiques. Formaliser un système d'alerte permettant à l'Agence de disposer d'informations en temps réel pour la prise de décision, à partir d'indicateurs à construire, actuellement non valorisés ou indisponibles dans les banques de données et les rapports de structures voir provenant de sites pilotes déclinés territorialement.
 - Construire en particulier, un tableau de bord de la santé des personnes migrantes primo-arrivantes en Ile-de-France à partir des remontées des bilans de santé et équipes mobiles Segur.
- **Poursuivre la montée en charge des recueils de données** notamment dans les dispositifs « passerelle » de droit commun : EMPP, PASS, équipes mobiles médico-sociale... pour mieux suivre leur rôle facilitateur de la prise en charge. Encourager une meilleure saisie au sein des établissements hospitaliers permettant de mieux quantifier et qualifier les personnes en situation de vulnérabilité sociale qui se présentent (et une utilisation effective des possibilités de codage de la précarité). Plus généralement, renforcer l'identification et le suivi des personnes dans les bases de données de santé existantes.
 - **Promouvoir les grandes études transversales**, dont l'actualisation de l'étude SAMENTA (portant sur l'estimation des troubles de santé mentale et les addictions de la population sans logement personnel francilienne), et les études ad-hoc
 - **Mettre en avant les approches « d'expériences patients »** portant sur le vécu et le ressenti dans leurs démarches d'accès aux soins et de parcours de santé, notamment au sein des structures de santé.
 - **Assurer une veille sur le non recours aux soins**, en lien avec les informations recueillies sur les trajectoires des patients par les dispositifs comme les missions d'accompagnement en santé de l'Assurance maladie, le baromètre HANDIFACTION (pour les personnes vivant avec un handicap) et l'observatoire ODENORE (sur les non-recours aux droits et services).

Suivi-évaluation (indicateurs)

- Identification d'une instance de concertation entre producteurs de données
- Actualisation de l'enquête SAMENTA
- Des travaux de recherche-action engagés autour de l'expérience patient