

Agir pour la santé des Franciliens

Pour l'égalité d'accès
aux soins



**PROGRAMME
RÉGIONAL
D'ACCÈS À
LA PRÉVENTION
ET AUX SOINS**

Sommaire

Préambule	6
Éléments de méthode et de suivi	8
1 Développer l'accompagnement personnalisé des personnes démunies éloignées du système de santé	19
Contexte/enjeux	20
Objectifs et stratégies d'intervention	21
Développer la médiation en santé	21
Développer l'accès à l'interprétariat professionnel dans les services de santé	26
Développer les actions d'« aller-vers » auprès des populations les plus éloignées du système de santé	29
2 Favoriser et renforcer l'accès à la santé des personnes démunies	35
Contexte/enjeux	36
Objectifs et stratégies d'intervention	37
Repérer plus précocement les personnes rencontrant des difficultés pour accéder au système de santé et/ou pour se maintenir dans un parcours de santé	37
Renforcer l'information en santé à destination des publics et des professionnels	40
Promouvoir la prise en soins des publics démunis	42
Renforcer l'accès à la prévention et à la promotion de la santé	46
Renforcer le rôle des PASS hospitalières au sein des territoires	51
Rechercher la simplification et l'harmonisation des démarches administratives pour accéder à une couverture maladie. Veiller à la bonne application du droit	56

3 Inscrire les personnes dans un parcours de santé 61

Contexte/enjeux 62

Objectifs et stratégies d'intervention 65

Faciliter les démarches coordonnées entre les intervenants sanitaires et sociaux	65
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	68
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	69
Permettre aux personnes démunies d'être plus autonomes dans leur parcours de santé	73
Développer l'usage du numérique au bénéfice des populations démunies	76
Structurer et développer l'offre en appartements de coordination thérapeutique (ACT), en lits halte soins santé (LHSS), en lits d'accueil médicalisés (LAM) et en dispositif « Un chez-soi d'abord » (UCSD)	78
Intervenir en direction des mineurs non accompagnés et des jeunes non reconnus comme mineurs	80

4 Mieux répondre aux problématiques de santé mentale et de troubles psychiques 83

Contexte/enjeux 84

Objectifs et stratégies d'intervention 89

Consolider l'offre en EMPP afin de répondre aux besoins dans les territoires	89
Améliorer les pratiques de prise en charge globale des personnes en situation de grande exclusion au sein des services de psychiatrie	90
Renforcer les liens entre les services de psychiatrie et les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion (AHI)	91
Développer les interventions précoces auprès des enfants et de leur famille	92
Mieux coordonner l'intervention auprès des personnes migrantes primo-arrivantes	93

5 Renforcer les réponses aux conduites addictives 95

Contexte/enjeux 96

Objectifs et stratégies d'intervention 99

Renforcer les compétences	99
Travailler l'articulation des acteurs de première ligne avec ceux de l'addictologie, en lien si nécessaire avec ceux de la psychiatrie	99
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)	100
Améliorer l'orientation des personnes placées sous main de justice ou sortant de prison présentant des pratiques addictives	100

6 Mieux prendre en charge les personnes sans chez-soi en perte d'autonomie (vieillissantes ou en situation de handicap) 103

Contexte/enjeux 104

Objectifs et stratégies d'intervention 108

Améliorer le repérage des personnes en perte d'autonomie résidant dans les structures « non adaptées »	108
Favoriser la concertation partenariale sur la problématique de la perte d'autonomie des populations en errance	109
Informier/former les acteurs sur les ressources et les orientations possibles en matière d'accueil, de prise en charge et d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie	111
Favoriser l'accompagnement individualisé dans les structures d'hébergement social et de soins résidentiels, le temps d'une orientation adaptée	114
Simplifier les dispositifs et les démarches d'orientation	117
Développer des solutions d'accueil adaptées aux situations complexes	120

7 Améliorer les savoirs et les connaissances sur la précarité et les processus d'exclusion 125

Contexte/enjeux 126

Objectifs et stratégies d'intervention 127

Glossaire 130

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 en situation de très grande vulnérabilité sociale.

C'est un des outils de concertation et de coordination mis en place par la loi d'orientation 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 puis de construire de la cohérence dans leurs parcours de vie et de santé.

Composante du projet régional de santé (PRS), **le PRAPS est un programme transversal**, dont les modalités d'élaboration relèvent autant d'une concertation à la fois interne et externe, 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 de l'offre 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 concernés.

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 se posent avec beaucoup de difficultés – 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 ici 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, dans sa conception, le PRAPS 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 de la 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 pauvreté et des situations complexes entravant la fluidité des parcours de santé et l'accès aux droits fondamentaux, le PRAPS s'impose comme un défi prégnant pour l'Agence comme pour l'ensemble des acteurs du système de santé francilien.

Quatre enjeux sont réaffirmés dans ce nouveau PRAPS 3, dans la continuité du PRAPS 2 :

- **l'inconditionnalité de l'accès aux soins et à la prévention**, quelles que soient la situation et/ou les origines des personnes ;
- **la mobilisation de l'ensemble du système de santé** pour déspecialiser l'approche de la grande précarité, et ne pas créer de filière de santé parallèle voire de sous-filière ;
- **la construction d'alliance** – dans une confrontation souvent exigeante et constructive – avec des acteurs de champs sectoriels et disciplinaires différents, pour aider à mieux avancer ;
- **l'appropriation des enseignements** de ce qui se pense et qui se fait dans le champ de la grande précarité, **pouvant profiter à l'ensemble du système de santé.**

Éléments de méthode et de suivi

Ce troisième PRAPS, depuis la création de l'Agence en 2010, **s'inscrit dans la continuité du deuxième.**

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.

Les modalités opératoires à mettre en œuvre s'inscrivent donc dans la nécessité de poursuivre les travaux engagés, dont :

- **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 et des personnes migrantes primo-arrivantes.

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

Comme pour le PRAPS 2, sa rédaction déclinée à l'échelle opérationnelle vise à faciliter le suivi des préconisations effectuées pour les cinq années à venir.

Une articulation avec le schéma régional de santé

Un certain nombre de sujets sont traités par ailleurs, dans le cadre du schéma régional de santé ou de plans/schémas spécifiques, comme celui de l'habitat indigne ou la santé des personnes issues de la rue placées en centres de détention, et n'apparaissent donc pas dans ce document PRAPS 3.

Il n'est pas question de rechercher ici 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. Mais cela relève plus largement de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, située au cœur même du projet régional de santé pris dans sa globalité.

Pour autant, une des préoccupations des acteurs du PRAPS est d'exercer leur capacité à interpeler pour prévenir les risques de basculement de ces populations précaires (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 s'inscrit, comme le précédent, dans une logique partenariale s'appuyant autant sur la participation des acteurs des champs du sanitaire et du social que sur celle des usagers. Sa conception réaffirme le rôle des acteurs dans l'identification des enjeux, des objectifs opérationnels des programmes et des bonnes pratiques à développer ou à diffuser.

Son élaboration a été organisée à travers un cycle de co-construction mobilisant les acteurs dans différents groupes de travail pour mettre en discussion l'opérationnalité, l'efficacité et les opportunités d'amélioration des recommandations inscrites dans le deuxième PRAPS.

Trois prismes de lecture ont été utilisés pour questionner les constats, les enseignements et les suggestions tirés du bilan effectué du deuxième PRAPS :

- *Comment renforcer le pouvoir d'agir/l'empowerment des personnes ?*
- *Comment renforcer la coordination des acteurs face à la mobilité contrainte des personnes, à l'heure du virage numérique ?*
- *Comment renforcer la mobilisation des acteurs du droit commun pour un meilleur accès à ce dernier ?*

Cette démarche participative se poursuivra lors de la mise en œuvre du PRAPS, y compris en associant des représentants d'usagers, issus notamment du conseil régional des personnes accueillies ou accompagnées (CRPA), 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 pour assurer la bonne mise en œuvre du programme, et suivre son adaptation aux besoins des territoires.

Par ailleurs, un comité de pilotage resserré, associant 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 de fois que nécessaire.

Concernant la méthodologie de suivi de la déclinaison opérationnelle du PRAPS, celle-ci se concrétisera à partir de 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 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 contribuer à l'évaluation de l'impact des actions entreprises.

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

I Diagnostic PRAPS Île-de-France

Caractéristiques de la population

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 contrastée 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-logement, de population en grande précarité et de personnes immigrées les plus élevés.

Le seuil de pauvreté en France est fixé à 60 % du revenu médian français. Il se situe en 2023 à 1 377 euros nets par mois. C'est le revenu en dessous duquel une personne seule peut être considérée comme pauvre. Ce chiffre est en hausse de 114 euros en un an.

Pauvreté, halo de la pauvreté

En 2018, en Île-de-France, l'Insee évalue à 1,8 million le nombre de personnes 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, 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).

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

EN 2018	Nombre d'habitants	Taux sous seuil de pauvreté
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

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.

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, inclut 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 croissante 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 ou hébergées (OFPRUH) et 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 sont restées sans solution 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. 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.

Concernant la population immigrée, 24 % des ménages franciliens ont une personne de référence immigrée. Près de 20 % (19,8 %) de la population d'Île-de-France 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 « ouvrier » ou « employé » (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.

Accès aux soins/recours aux soins

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 proxys permettent de les approcher et d'en décrire le contour.

Qualité de l'assurance maladie

À l'échelle individuelle, les personnes étrangères peuvent bénéficier de l'Aide médicale de l'État (AME). Pour les autres, la complémentaire santé solidaire (CSS) participative (anciennement aide à la complémentaire santé) et la complémentaire santé solidaire non participative (anciennement CMU-C) donnent une ouverture de droits qui permet aux bénéficiaires un accès aux soins. 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

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

Île-de-France. Parmi ceux-ci, seuls 72 % sont consommateurs de soins (au titre d'au moins une consultation dans l'année) en 2021.

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

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 million 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 ayants droit bénéficient de la CSS en 2020. Plus de la moitié (60 %) des bénéficiaires est constituée 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 cinq 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 celles relevant théoriquement de l'AME.

En Île-de-France, en décembre 2021, 9 % des Parisiens bénéficient de la CSS, 7 % des personnes des Hauts-de-Seine, 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.

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 soins de second recours (cardiologie, endocrinologie, néphrologie, neurologie, psychiatrie) et pour les soins de prévention de type soins dentaires ou de rééducation (kinésithérapie), mais plus souvent recours aux soins primaires et aux infirmiers que la population générale. Le recours aux soins inhérents à la périnatalité est, de son côté, semblable à celui de la population générale. Les taux de recours à l'hospitalisation sont 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 CSS et surtout de l'AME.

Les personnes sans domicile sont plutôt d'importants consommateurs de services, en particulier 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 avec le soin des personnes sans chez-soi.

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'avaient 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.

États 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 surmorbidity psychiatrique 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 complexes 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 domicile en Île-de-France en 2009

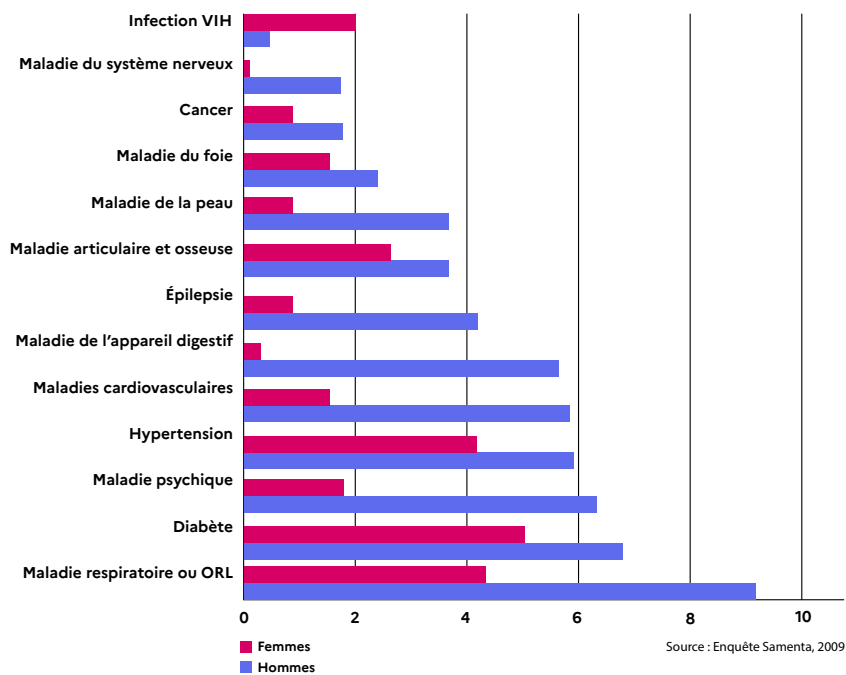
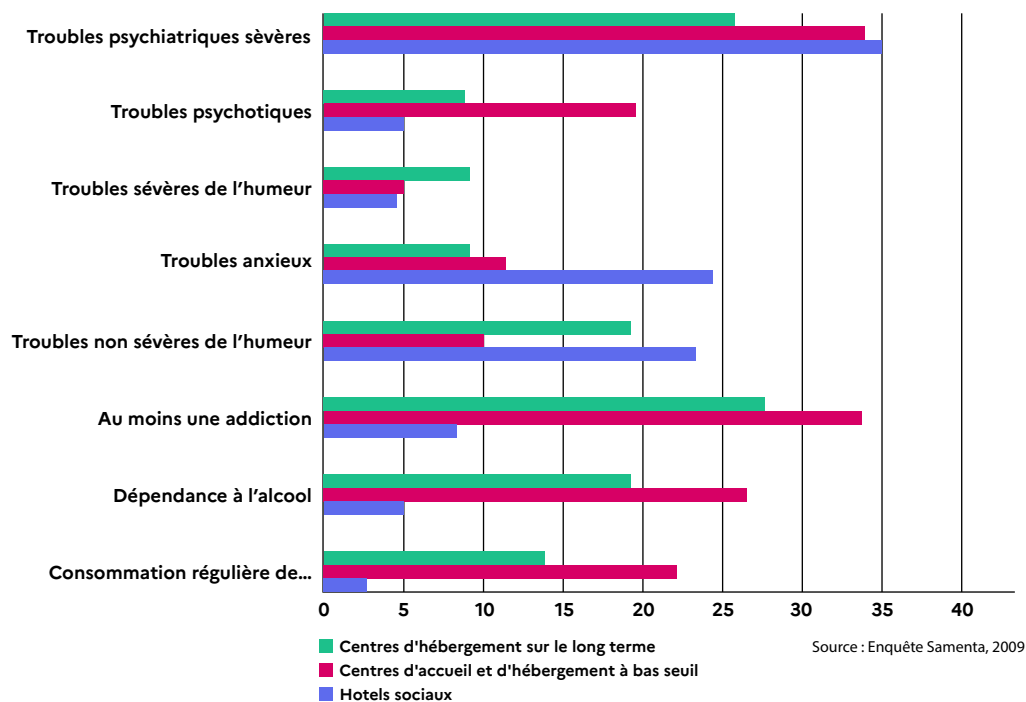


Figure 2 : prévalences des troubles psychiatriques et des addictions selon le type d'hébergement en Île-de-France en 2009



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 de l'État en 2019 montre de son côté que :

- les taux standardisés de personnes diabétiques bénéficiaires de l'AME est de 11,5 % en Île-de-France contre 6 % en population générale,
- les taux standardisés de consommation de psychotropes parmi les bénéficiaires de l'AME en Île-de-France sont de 11 % contre 15,8 % en population générale : cet écart montre bien que ceux-ci souffrent plus souvent de troubles psychiques mais sont moins souvent traités que la population générale,
- sur la participation au dépistage du cancer du côlon, le taux des bénéficiaires AME est de 0,5 % contre 19 % en population générale ; pour le dépistage du cancer du sein, ce taux est de 16,7 % contre 66,6 % en population générale, et pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, de 19,1 % contre 43,6 % en population générale,
- concernant la périnatalité, les patientes bénéficiaires de l'AME sont plus souvent concernées par la prématurité (10 % contre 7,2 % en population générale) et la grande prématurité (2,6 % contre 1,7 %),
- le risque de mortalité néonatale est 4 fois supérieur à celui de la population générale.

Concernant les patients consultant en PASS (données 2021) :

- 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 ;
- plus de la moitié des femmes (59 %) n'ont jamais eu de suivi gynécologique et 92 % n'ont aucun moyen de contraception (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 :
 - 5 % de la file active avec une hépatite B
 - 1,8 % avec une hépatite C
 - la tuberculose maladie pour 18 % de la file active
 - la tuberculose latente pour 69 % de la file active
- 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.

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



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 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 », approches transversales utilisables tout au long de ce 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. 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. L. 1110-13 du Code de la santé publique). 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, que ce soit par une meilleure appréhension des ressources existantes et leur promotion, ou à partir de leur développement au sein de la région.

POINTS D'ARTICULATION AVEC LE SCHÉMA 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.



Objectifs et stratégies d'intervention

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 et 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 : l'« 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 le terme de médiation en santé, employé 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 du métier même de médiateur social ainsi que de ses savoirs expérientiels, ce qui n'est pas encore acquis. Car bien que la médiation en santé soit née empiriquement des besoins de terrain et que son intérêt soit devenu indiscutable au niveau institutionnel, son identification 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 encore 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 pairs aidants et les pairs éducateurs sont des médiateurs en santé.

Au niveau de la région Île-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 en santé sur le territoire francilien**, dont la version finale a été rendue en janvier 2020.

Selon cette étude, **62 structures franciliennes portent ainsi un dispositif de médiation en santé**, dont la majorité (83 %) est financée au moins en partie par l'ARS. On dénombre **161 salariés** qui se reconnaissent au moins partiellement dans le métier de médiateur en santé (sans forcément avoir une fiche de poste comportant cet intitulé, notamment au sein des structures hospitalières). **Mais 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 intervenant auprès des personnes vivant en bidonvilles ;
- 31 structures intervenant 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 avec un dispositif de médiation à destination de leurs patients ;
- et enfin, 4 structures ayant développé une approche de médiation en santé à partir d'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. Elle permet de soutenir les personnes en situation de grande vulnérabilité sociale dans leur accès au système de santé et de les aider à se maintenir dans un parcours de soins.

De surcroît, le médiateur en santé contribue à identifier et à porter à la connaissance, y compris auprès des institutions, les défaillances et les inégalités persistantes au sein 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 au sein du système de santé. Son caractère non reconnu, avec des emplois insécurisants, sans visibilité de carrière, peut déboucher sur des formes d'isolement des professionnels et de possibles turnovers au sein des équipes ;
- **le manque de visibilité sur le financement de ces postes,** caractérisé par un émiettement des sources de financement et une insuffisance de pérennisation des budgets alloués, en rapport avec l'absence de cadre national ;
- **le manque de sensibilisation des acteurs des secteurs médico-social 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). Il y a ici un enjeu d'acceptation et de reconnaissance dans le système de santé ;
- **la faiblesse de l'offre en médiation en santé** au regard des besoins de la région ;
- l'insuffisance de l'offre de formation professionnelle de médiateur en santé alors que des ressources en formation existent localement et mériteraient d'être mieux investies, voire d'être développées ;

- **un contexte de mise en œuvre parfois insécurisant, comme dans les bidonvilles et squats, notamment du fait de l'instabilité/évacuation de ces lieux de vie.** Cela rend plus délicate la construction de liens de confiance entre les personnes accompagnées et les médiateurs mobilisés, et retentit sur le partenariat avec les ressources de proximité ;
- **la question de l'évaluation, peu développée.**



Plan d'action

- **Appuyer la reconnaissance du métier de médiateur en santé**, en référence aux travaux de concertation menés à la fin de l'année 2022 dans le cadre du Conseil national de la refondation (CNR) en santé :
 - la médiation doit reposer sur la définition d'un cadre professionnel plus stable et la reconnaissance du métier dans le système ROME et dans le Code de la santé publique, et être implantée notamment dans les établissements de santé, mais aussi dans les structures d'exercice regroupé, ou dans le cadre de programmes de prévention. Au sein des établissements de santé, l'intervention des médiateurs devra prioritairement s'organiser en périnatalité, en santé mentale, aux urgences et dans les services de pédiatrie ;
 - le besoin (ES et hors ES) pourrait être évalué à environ 250 postes au niveau régional, dont le recrutement pourrait être réalisé en cinq ans ;
 - la mise en place d'un dispositif plus volontariste de formation est lui aussi nécessaire, en recensant et en élargissant le nombre de diplômes universitaires existant. Les promoteurs en Île-de-France recrutent pour l'instant à des niveaux de formation initiale très variables, notamment sur 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, afin d'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. **1. Penser pour améliorer la couverture des besoins**, à définir et à 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 Île-de-France dans l'attente d'un cadre national. **4. Prévoir la mise en place de conférences de financeurs** pour penser le

financement conjoint de tels projets. **5. Promouvoir les démarches de supervision** des médiateurs et d'auto-évaluation accompagnées.

- **Promouvoir une vision commune de la médiation en 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 ce qu'ils peuvent gagner en retour : 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 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).



INDICATEURS DE SUIVI-ÉVALUATION

- Suivi de l'évolution annuelle du nombre de médiateurs en santé et de médiateurs pairs en Île-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.
- État des actions concertées auprès du ministère pour la reconnaissance du statut de médiateur en santé en lien avec les acteurs concernés.

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 tels les livrets santé bilingues... Mais en cas de première consultation, ou de situations particulières ou complexes, comme lors de psycho-traumatisme ou de consultation d'annonce, la présence d'un interprète professionnel reste indispensable.

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 capable de 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 ou 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 aussi d'être très attentif à la place laissée à cette aide et de s'assurer de sa neutralité bienveillante. Celle-ci, pour être vraiment contributrice, devrait elle-même avoir suivi une formation minimale dans le champ de la santé et de ses 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 fournit quelques pistes d'actions pour l'élaboration d'un schéma d'organisation régionale de l'interprétariat.

Une première estimation du nombre de personnes allophones, réalisée à partir de 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 dix ans, et 17 % pour les nouveaux migrants présents en France depuis moins de deux 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 dix dernières années, avec des modifications du type de langues impliquées d'une année sur l'autre au fil des vagues migratoires. L'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. Le coût de cette prestation grève en conséquence une partie du budget des opérateurs dans un contexte de besoins croissants en Île-de-France. La question du financement est à définir.

Parmi les autres difficultés rencontrées, se retrouvent la méconnaissance par les professionnels de santé des dispositifs d'interprétariat professionnel existants et la crainte de l'intrusion d'un tiers pouvant générer un allongement du temps de consultation.

Est remonté aussi du terrain le problème du délai d'attente en cas de non-disponibilité des interprètes, pouvant impacter l'organisation des consultations suivantes.



Plan d'action

- **Travailler sur des scénarios 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.
- À 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 et CeGIDD.
- **Promouvoir la mise en place d'une mission d'impulsion et de coordination au sein des principaux GHT** 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 et 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 traduits en plusieurs langues et réalisés 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.
- Évolution du % annuel des GHT ayant positionné une personne référente sur l'interprétariat professionnel.
- Évolution du % d'établissements publics de santé ayant passé une convention claire et reconnue avec un organisme d'interprétariat professionnel.
- État 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.
- Études permettant de mieux appréhender les connaissances et attitudes des médecins vis-à-vis des différentes modalités d'interprétariat (en PASS, à l'AP-HP).

Développer les actions d'« 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 d'« 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 santé². L'objectif est d'établir une relation de confiance avec les personnes rencontrées, de leur fournir des informations adaptées, de les aider à exprimer une éventuelle demande de soins, d'identifier les causes d'éventuels renoncements aux soins, d'évaluer les besoins d'accès aux droits et aux prestations de droit commun et de les accompagner et les orienter vers les structures et dispositifs adaptés.

La rue représente un espace privilégié pour de telles approches. Cependant, 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 et les maraudes de veille sanitaire, 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 forums ou de tchats spécialisés par exemple dans le milieu de la prostitution).

Le déplacement peut encore être symbolique, en travaillant à la réduction de la distance pouvant exister entre les codes des publics 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 procède d'un travail interne aux équipes autour d'une meilleure accessibilité et attractivité de leurs interventions.

Que le déplacement soit physique, symbolique ou virtuel, l'absence de demande des personnes justifie l'intervention d'« aller-vers ».

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

Quelle que soit la modalité mise en œuvre, l'« aller-vers » doit s'intégrer dans des processus de prise en charge globale. Il doit répondre à des objectifs précis conditionnant la forme de l'intervention, s'appuyer sur des équipes formées et s'intégrer dans une offre de prises en charge variées pour rendre possible le « ramener-vers ». Cela suppose 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 des mesures dédiées à la précarité du Ségur de la santé 2021.

Créés par le décret n° 2020-1745 du 29 décembre 2020 et surtout par le décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021, « mesure 27 » du Ségur de la santé 2021, cinq types de structures ont récemment vu le jour. Cela permet 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 équipes mobiles santé précarité (EMSP) ;
- des équipes spécialisées de 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.

Certaines de ces équipes mobiles sont dédiées aux interventions en périnatalité.

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 (« équipes mobile santé précarité » et « lits halte soins santé mobiles ») ;
- des soins infirmiers « à domicile » sur prescription médicale et de l'éducation à la santé (« équipes 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 »).

De façon générale, ces équipes concourent à la prévention et à l'éducation à la santé des personnes rencontrées, et proposent un accompagnement global adapté aux besoins de ces 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. Et 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.

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 a été déployé par l'Agence sur l'ensemble du territoire francilien depuis 2021, pour un financement de plus de 10 millions d'euros.

Des approches hors les murs ont aussi été développées par un certain nombre d'acteurs du système de santé : **CeGIDD, établissements de santé, 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 citer encore les **équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)** – présentées plus loin dans ce document – qui visent à mieux répondre à la souffrance psychique des populations exclues échappant à l'offre de soins psychiatriques traditionnelle. Ces équipes organisent par ailleurs de nombreuses actions de sensibilisation et d'appui auprès des partenaires sociaux (participation à des synthèses, organisation de « débriefings », de séances de formation, d'échanges de pratiques...).

L'« aller-vers » est aussi à l'œuvre lors de **maraudes de veille sanitaire** conduites dans des campements de rue ou des bidonvilles, ou lors de **maraudes conjointes associant psychologues et travailleurs sociaux** déployées au sein des grandes gares parisiennes 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 leurs 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 leur aide dans les démarches (par la mission accompagnement santé) si besoin, par exemple dans des épiceries sociales, des foyers d'hébergement...

Enfin, 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 obstacles sur lesquels travailler, on note :

- **les problèmes de ressources humaines en santé** concernant aussi bien les professionnels médicaux (dont les psychiatres en EMPP) et les professionnels soignants que les travailleurs sociaux ;
- **les enjeux de coordination entre acteurs d'« aller-vers » à l'échelle des territoires ;**
- **le risque d'une prise en charge des patients insuffisamment articulée avec les dispositifs de droit commun**, et donc à éviter.



Plan d'action

Coordination, planification et articulation entre les différents dispositifs

- **Renforcer la couverture territoriale des équipes mobiles médico-sociales en Île-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 déployées en Île-de-France en 2028, sous réserve de la présence de crédits délégués.
- **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**.
- Développer des **approches d'« aller-vers » pluridisciplinaires**, notamment 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 prioritairement 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 (se référer à la partie 3.2.2 du présent document).

- **Mettre en place un cadre régulier d'appui méthodologique**, facilitant le repérage et la capitalisation des bonnes pratiques.

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.**



INDICATEURS DE SUIVI-ÉVALUATION

Indicateurs intermédiaires :

- État 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.
- État de la progression du nombre de maraudes conjointes sociales et sanitaires en lien avec les CAARUD, CSAPA et EMPP.
- Référentiel opposable des actions d'« aller-vers ».
- Atteinte des 80 équipes mobiles médico-sociales opérationnelles déployées en Île-de-France.

2

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



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 amener ces dernières à renoncer à des soins pourtant nécessaires. La complexité des démarches pour obtenir une couverture maladie, la méconnaissance des lieux où se faire soigner et la perte du réflexe du recours aux soins en sont les principales raisons.

Les constats identifiés par les acteurs de terrain au cours des travaux du deuxième PRAPS restent d'actualité :

- 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 aussi de défiance vis-à-vis du système de soins, de raréfaction de l'offre (un sujet traité dans le cadre plus large du SRS), de longueur de délais d'attente pour obtenir un rendez-vous... ;
- des **situations individuelles médicales et sociales complexes** cumulant les facteurs de vulnérabilité, exigeant en regard une mobilisation d'acteurs au sein d'approches pluridisciplinaires et plurisectorielles ;
- l'**insuffisance d'information des professionnels de santé** sur les dispositifs et les acteurs ressources/sociaux de proximité, freinant leur mobilisation pour prendre en charge ces publics ;
- 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 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, ou sur le volet du délai de prise en charge) à travers une large coordination entre partenaires ;
 - **renforcer l'efficience des prises en charge.**

POINTS D'ARTICULATION AVEC LE SCHÉMA 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 répondant 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**



Objectifs et stratégies d'intervention

Repérer plus précocement les personnes rencontrant des difficultés pour accéder au système de santé et/ou pour se maintenir dans un parcours de santé

Un levier efficace est celui de la mobilisation de 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.

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 à partir 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 **poursuivre la promotion du 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 **turnover important** des équipes dans le champ de la lutte contre la grande pauvreté. Aux problèmes d'effectifs réduits se rajoute une perte de connaissance et d'expérience sur l'offre d'accès aux soins et sur les procédures à mettre en œuvre pour accéder aux droits à la couverture maladie, ce qui peut déboucher sur des orientations mal adaptées ;
- **le contexte de tensions sur les ressources humaines en santé, et notamment en médecins**, rendant difficiles 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 mettre en partage les outils du repérage au niveau des intervenants de première ligne** au contact de ces publics très démunis (professionnels de santé, sociaux), les aidant à déceler les besoins de santé, les difficultés d'accès au système de santé, voire les situations de 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 de ces acteurs de première ligne** (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 tenant compte des contextes, des lieux, des publics rencontrés, de la nature des interventions et caractéristiques des intervenants :
 - **produire une information claire, lisible et actualisée en permanence, visant à mieux faire connaître les offreurs de soins mobilisables en proximité** (sur des supports comme Soliguide...);
 - **travailler plus spécifiquement sur les outils d'aide à l'orientation vers les soins et les dispositifs de prise en charge en santé mentale** ;
 - **élaborer un guide** proposant des repères et les bons réflexes à adopter lors du repérage de problèmes de santé ou d'accès à la couverture maladie (sur le modèle du guide *Occupants de campements et personnes en errance : accompagnement vers les dispositifs de santé en Île-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 de repérage et d'orientation.
- Promouvoir **l'analyse partagée à l'échelle locale des observations effectuées** 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 organisés 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.
- Évolution des pratiques d'orientation vers le système de santé au sein des structures AHI.

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 sujets de santé et le fonctionnement du système de santé, comme avoir des repères sur comment agir et où trouver des ressources ou de l'aide. Que l'on soit une personne en besoin de soins ou non, alphabétisée ou non, que l'on soit professionnel du soin ou du social ou simple bénévole, il n'est pas toujours facile d'avoir les bonnes informations au bon moment. Pourtant, cela facilite la prise en charge des personnes en besoin de soins. Et permet une meilleure participation des personnes aux choix à faire sur leur santé. La relation entre soignants et patients s'en trouve améliorée.

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 mentionner les **outils d'information et/ou pédagogiques** (traduits en plusieurs langues) **mis en place par l'Agence**, selon les contextes, les utilisateurs et le cadre d'utilisation, qui visent à donner des éléments de compréhension sur les pathologies Covid-19, variole du singe, gale, sur la vaccination..., ou à aider à la prise de décision grâce à des arbres décisionnels ou des protocoles détaillant les conduites à tenir ;
- **la plateforme SOLIGUIDE** (dont le déploiement régional est en cours), dotée d'une application mobile offrant un référencement de lieux et services utiles accessibles aux personnes en situation de grande pauvreté et à leurs intervenants pour répondre aux difficultés rencontrées au quotidien : se laver, se nourrir, se soigner... (avec une géolocalisation des structures, la présence de fiches conseils et une mise à jour assurée régulièrement). Le volet santé de cette application se développe avec le soutien de l'Agence ;
- **le Guide santé à destination des acteurs de la filière de l'hébergement**, en cours de réactualisation, qui vise à donner des repères sur les problématiques de santé les plus fréquemment rencontrées. Il s'agit d'un outil d'information co-construit en 2016 avec la Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale (FNARS) Île-de-France – devenue aujourd'hui la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) Île-de-France ;
- 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, ou encore **les livrets de santé bilingues** (disponibles en 17 langues). Autant de 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, les principales thématiques de santé et acquérir 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 présentes sur le site internet de l'Agence**, comme un descriptif des offreurs de soins à travers l'application Car-toSanté, un guide/annuaire des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) construit à partir d'une base cartographique interactive...

Au cours de l'analyse des besoins du terrain, a été remontée la nécessité de prendre en compte les limites suivantes :

- **les inégalités d'accès et de niveaux de maîtrise des supports numériques** (insuffisance d'équipement informatique, difficultés d'accès à une connexion internet, manque de compétences...) ;
- **le besoin mais aussi la difficulté à assurer les mises à jour régulières** ;
- **la complexité provoquée par la multiplicité et l'hétérogénéité des supports utilisés** ;
- **l'insuffisance de prise en compte des spécificités culturelles**.



Plan d'action

- **Améliorer le référencement des outils multilingues de prévention/sensibilisation** 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, santé.fr, l'Assurance maladie et en concertation avec les personnes accueillies (informations pratiques, plaquettes imagées, annuaires santé en ligne, outils informatiques...).
- **Élaborer un guide des équipes mobiles médico-sociales** pour faciliter les demandes d'intervention.
- **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.

- Structurer plus spécifiquement 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).
- 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 santé.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.

Promouvoir la prise en soins des publics démunis

Il s'agit de voir comment faciliter la prise en soins des personnes en situation de grande pauvreté au niveau de la médecine de ville, ce qui n'est pas évident, notamment quand les soignants se retrouvent face à des situations médico-sociales complexes cumulant les facteurs de vulnérabilité. D'autant plus qu'au-delà de l'acte médical, c'est toute une stratégie de prise en charge dans sa globalité que ces derniers doivent instaurer ou préserver.

Les médecins évoquent leurs difficultés : la longueur des consultations, les rendez-vous non honorés, et surtout **leur manque de connaissance des particularités inhérentes à la grande pauvreté comme des partenaires et des structures relais adaptées à ces publics**. Des questions se posent autour des **freins financiers** (insuffisance de couverture sociale *versus* consultations longues et complexes), tout comme autour de la barrière de la langue et en regard **des difficultés d'accès à l'interprétariat professionnel**, dont le sujet a été présenté précédemment.

Des réponses existent. 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)** 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-arrivantes 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 d'approche, dénommée « Équip'Addict », repose sur une organisation souple, venant en appui au médecin traitant, sur son lieu d'exercice, et permettant une prise en charge pluri-professionnelle pour les patients présentant des parcours complexes liés aux addictions. Les équipes sont constituées 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.

L'enjeu, dans la promotion de la prise en soins de ces publics, est de se préoccuper du sentiment de solitude exprimé par les professionnels de santé du droit commun et pouvant exister face à certaines situations concrètes. Il s'agit de renforcer la coordination avec les autres acteurs concernés, en particulier les travailleurs sociaux des structures d'hébergement pour rendre plus opérant 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 télémedecine).

Là encore, des ressources existent : **s'adresser aux organisations coordonnées territoriales**, comme les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les centres de santé (CDS) ou les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui se sont engagées à faciliter l'accès à un médecin traitant des publics les plus fragiles. Ou encore **faire appel aux missions accompagnement 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

difficulté pour accéder à leurs droits et/ou pour se faire soigner. **S'appuyer sur les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)** qui peuvent là aussi jouer un rôle. **Et pour les soins non programmés (et quand les droits sont ouverts), sur les dispositifs de services d'accès aux soins (SAS)**, alternatives aux urgences, autres ressources mobilisables.

Enfin, **il s'agit 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 Île-de-France a ainsi commencé l'expérimentation au cours de son premier PRAPS de dispositifs de permanence d'accès aux soins de santé **(PASS), dits PASS « de ville », PASS « de proximité » ou PASS « ambulatoires »**. La PASS ambulatoire est une solution organisationnelle innovante, implantée dans l'offre de soins 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. À 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 soutient et finance notamment le travail de coordination engendré, met éventuellement à disposition des compétences en travail social et endosse le reste à charge (évalué en 2017 à 33 euros par patient). À ce jour, **18 opérateurs sont impliqués** en Île-de-France (localisés en grande partie en Seine-Saint-Denis, mais aussi dans le 95, le 77 et le 92).

En 2021, 4042 personnes ont ainsi pu bénéficier de ce dispositif.

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'Île-de-France.



Plan d'action

- **Mieux faire connaître** aux professionnels, y compris aux soignants, **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 à la couverture maladie. Communi-

quer sur les dispositifs portés par l'Assurance maladie comme la ligne téléphonique réservée aux professionnels de santé ou les missions accompagnement santé.

- **Mobiliser les organisations coordonnées territoriales sanitaires pour aider à apporter des solutions dans la recherche de médecin traitant**, les inciter à passer des conventions avec les structures AHI (accueil, hébergement et insertion) situées à proximité, à construire des liens avec les PASS et autres dispositifs d'accès aux soins spécialisés, et à soutenir les démarches d'accompagnement mise en œuvre par l'Assurance maladie auprès des patients souffrant d'une affection longue durée (ALD) et qui n'ont pas déclaré de médecin traitant.
- **Développer les collaborations et les alliances entre les acteurs complémentaires du territoire afin d'éviter l'isolement professionnel 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 de ville** pour les aider à progresser dans leur démarche interne (dépenses non recouvrables, accès CDR, nombre d'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.



INDICATEURS DE SUIVI-ÉVALUATION

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

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 construire 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 liés aux consommations ;
- **les CVAC**, qui proposent des vaccinations gratuites ;
- **les CeGGID**, qui permettent 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, organisant des consultations, visites à domicile et autres actions médico-sociales, individuelles et collectives auprès des femmes enceintes, des 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 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'examen des situations (CAES)** destinés au premier accueil des personnes migrantes primo-arrivantes. 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 Île-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'exposition 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 du 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 encore 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 (violences sexuelles, contraception, dépistage du VIH et des infections sexuellement transmises, excision, orientation sexuelle, avec les coordonnées des professionnels et structures de santé référents). 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 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, afin d'explorer les représentations, d'apporter des connaissances et d'orienter si nécessaire. C'est le cas des 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 ou favoriser l'intégration.

Mais en dépit de ces avancées, la stimulation de la prévention et de la 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 corollaire, un **manque de lisibilité** de ce qui se fait réellement ;
- **la difficulté d'avoir accès à un dossier médical pour les patients n'ayant pas de numéros d'identifiant, rendant plus difficile la restitution de bilans déjà effectués.**

Deux approches spécifiques doivent être prises en compte :

D'une part, la nécessité 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 Île-de-France est l'une des régions les plus impactées par la prévalence de maladies transmissibles, comme la tuberculose et la gale, touchant notamment les populations les plus démunies, plus particulièrement exposées, dont les personnes migrantes en situation de rue. La présence de ces pathologies en Île-de-France a conduit à développer les opérations de dépistage et de traitement collectifs sur site, au sein des campements de rue localisés à Paris ou en petite couronne.



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... Étudier les meilleures modalités de mise en œuvre de ces bilans somatiques et psychologiques 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 rendez-vous 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 en aval ;
 - identifier les ressources mobilisables (partenariats, ressources sanitaires propres, redéploiements, ressources complémentaires) pour renforcer ce dispositif ;
 - à 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.
- **Étendre 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 de l'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, de tests de dépistage rapide du VIH/TROD, l'accès aux examens de dépistage des cancers, des infections sexuellement transmissibles (IST) et de la tuberculose. On s'appuiera notamment sur les démarches d'« 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 scénarios 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 en outre 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 sur « comment cuisiner dans une chambre d'hôtel » ou « comment équilibrer un repas avec des ressources financières très limitées ») ;
 - l'hygiène (avec l'accès aux WC, aux bains douches, aux produits de toilette...) ;
 - l'estime de soi et « l'empowerment » (par le biais de lieux de socialisation, de groupes de parole, d'approches communautaires...) ; ce sujet 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 psychosociales collectives favorisant l'estime de soi et l'empowerment : groupes de parole, art thérapie, ateliers d'écriture, 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.

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, elles 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 dans la rue, squats et bidonvilles mais aussi des personnes hébergées ou ayant un logement mais fragiles et désocialisées. Ainsi, face à certains contextes et aux situations des personnes prises en charge, certaines PASS, tout en gardant une vocation généraliste, ont acquis des compétences et des savoir-faire spécifiques.

Une PASS est obligatoirement **composée à 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 au niveau du soin, mais aussi au niveau des partenariats intra et extra-hospitaliers à développer, avec les directions administratives et financières de l'établissement, les cadres hospitaliers, les associations adresses, les médecins de ville...

Au-delà du binôme médico-social obligatoire, d'autres métiers contribuant au fonctionnement de la PASS peuvent être mobilisés en fonction des besoins et du profil de la patientèle : infirmiers diplômés d'État, 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 soins. Elles ne se substituent pas à la médecine de ville, mais 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.

Cependant, **la crise qui affecte le secteur hospitalier depuis plusieurs années, exacerbée par deux années de Covid, atteint pour la première fois les PASS**, jusqu'ici plutôt préservées (avec peu de turnover, peu d'absentéisme, une qualité de vie au travail appréciée, etc.). Les PASS se confrontent aux difficultés de recrutement par un **manque d'attractivité des postes**, dans un contexte où les équipes font parfois elles-mêmes fonction de variable d'ajustement dans l'organisation de leur pôle voire de leur hôpital.

Les PASS doivent aussi faire face à la **complexité de la construction des collaborations avec leurs partenaires intra et extra-hospitaliers dans un contexte de tension sur les ressources humaines**, démarche indispensable pour prévenir toute rupture biographique supplémentaire pour le patient au moment où il sera confronté à d'autres dispositifs de droit commun.

En région Île-de-France, le nombre des PASS 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 un total de 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 psychiatriques³, deux PASS ophtalmologiques⁴, 8 PASS bucco-dentaires⁵) vient d'augmenter grâce à l'ouverture d'une **nouvelle PASS pédiatrique à l'hôpital Necker**. En plus, grâce à la mesure 27 du Ségur 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 pour mettre en place des consultations médicales dédiées et assurer la présence d'un médecin référent dans la totalité des PASS. Aujourd'hui, toutes les PASS bénéficient de leur **propre unité fonctionnelle**.

La file active se chiffre à 57 840 personnes vues en 2019 – 44 010 en 2020 et 43 310 en 2021 dont 17 % de mineurs non accompagnés (MNA). Le nombre de **consultations quant à lui, en augmentation de 10 % depuis 2019**, est caractéristique d'une évolution du public de plus en plus composé de personnes migrantes primo-arrivantes, dans un contexte de réforme de la couverture maladie, avec un délai de carence de trois 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.

3 PASS psy (financement DAF) : Maison Blanche/Sainte-Anne (75) ; Barthélemy Durand (91) ; Max Fourestier/CASH (92) ; Ville Évrard (93) ; H. Mondor (94) ; Les Murets (94). Les PASS de Maison Blanche et Ville Évrard présentes en milieu psychiatrique sont centrées sur les soins somatiques avec la présence d'un médecin généraliste. Deux autres PASS psy ont, elles, fusionnées avec les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) de leur secteur : la PASS de l'EPS Les Murets et Barthélemy 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 deux 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 ophtalmologiques (PASS-O) reçoivent tout patient à condition d'avoir été orienté préalablement par un médecin. Elles offrent un bilan orthoptique, des examens complémentaires, de traitements optiques et médicaux et un accompagnement dans les démarches d'accès aux soins. Le nombre de patients prévisionnels est estimé à 600 par an. Fondation Rothschild (75) ; Hôtel Dieu (75).

5 Pitié Salpêtrière (75) (6,5 fauteuils), Louis Mourier (92) (9,5 fauteuils), Saint-Denis (93) (1 fauteuil), Henri Mondor (94) (2 fauteuils), Hôtel-Dieu (75) (1 fauteuil), Meulan (77) (1 fauteuil). Les PASS psy de Ville Évrard et de Maison Blanche ont étendu leur activité à l'accès aux soins bucco-dentaires de phase 2 pour les patients de leur file active, en se dotant d'un fauteuil dentaire financé sur le budget MIG PASS bucco-dentaire. 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 tranches d'âge comportent peu d'évolution depuis 2018. La tranche 25-45 ans 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. Également en 2020, nombre d'étudiants étrangers – ne pouvant pas payer la mutuelle étudiante – ont été pris en charge en PASS.

Le nombre de mineurs non accompagnés (MNA) est par contre en constante évolution : 90 % sont des jeunes hommes âgés de plus de 16 ans, à 86 % en provenance d'Afrique subsaharienne dont 75 % francophones mais souvent analphabètes. 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 sept PASS mobiles** afin de renforcer l'« aller-vers » dans les territoires. À 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 ;**
- **les impacts des diverses mesures nationales prises pour rendre plus complexe l'accès à une couverture maladie aux personnes étrangères en situation irrégulière**, qui augmentent la pression déjà existante sur les services d'accueil des urgences (SAU) et les PASS. Les équipes attirent de plus l'attention sur les possibilités de conséquences sanitaires néfastes du fait notamment des entrées reportées dans les soins ;
- **des temps de consultation allongés par la sollicitation d'interprètes professionnels (estimée à 21 % de la file active en 2021) ;**
- **la difficulté d'accès à une domiciliation**, une problématique récurrente, qui génère une augmentation de la durée de prise en charge au sein des PASS.



Plan d'action

- **Mieux définir les modalités d'orientation pour mieux répondre aux besoins et gérer la charge de travail des PASS hospitalières** – agir pour une diversification des ressources médicales à l'échelle des territoires.
- **Veiller à la bonne articulation des PASS hospitalières, PASS ambulatoires 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'organisation du lien des PASS hospitalières avec les dispositifs d'aval de soins en ville**, pour les patients stabilisés médicalement et bénéficiant d'une couverture médicale.
- **Gagner en visibilité** pour mieux faire connaître le fonctionnement des PASS et la nature de l'offre de soins proposée, à la fois à l'intérieur de l'hôpital et auprès de l'ensemble des partenaires adresseurs.
- **Améliorer la communication** entre les différents intervenants impliqués dans le parcours de soins/de santé et de vie des personnes en situation de grande vulnérabilité sociale.
- Accompagner **l'évolution des PASS transversales en PASS dédiées**.
- **Augmenter le nombre des PASS spécialisées (bucco-dentaires, mère-enfant, ophtalmologiques)** (sur les secteurs en besoin et particulièrement en grande couronne).
- **Intégrer davantage les PASS au sein des dynamiques territoriales à l'œuvre** (en lien 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.
- Éditer 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 évoluées en fonctionnement dédié.
- % des PASS participant à des instances de coordination territoriale.

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.

Différentes 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), rendant possible l'accès aux soins pour les personnes étrangères en situation irrégulière, la **PUMA** (protection universelle maladie) assurant une prise en charge continue des frais de santé grâce à une affiliation à titre personnel à une caisse d'Assurance maladie, et/ou la **complémentaire santé solidaire**, permettant de bénéficier d'une aide pour couvrir les frais de santé restant à charge.

Les difficultés remontées par les acteurs de terrain, aussi bien du champ social que de celui de la santé, tournent essentiellement **autour de la complexité du système et des démarches, et de la méconnaissance du droit et des procédures**, avec pour conséquence un ralentissement des délais de traitement des dossiers et donc d'ouverture de droits.

Les impératifs de lutte contre la fraude et les abus peuvent aussi alourdir les démarches pour les acteurs accompagnant des personnes en instabilité d'hébergement (du fait de la difficulté à avoir une adresse déclarative ou

administrative, de la nécessité d'un changement de caisse d'Assurance maladie en cours d'instruction, de la complexité à rassembler les pièces administratives nécessaires aux démarches).

L'existence du dispositif des soins urgents et vitaux (DSUV) est lui-même mal connu et compliqué 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 aux personnes dépourvues de tout droit à l'AME.

Une autre problématique à faire valoir, dépassant les champs de compétence de l'Agence et de l'Assurance maladie, est celle de la **limitation de la prise en charge des soins des étrangers en situation administrative précaire** (avec l'instauration récente d'un délai de carence de trois mois pour l'accès à la couverture maladie des demandeurs d'asile ; ou la corrélation directe de la nature et la durée de la protection maladie au titre de séjour, générant de possibles ruptures de droits et une multiplication des démarches).

Les difficultés d'ouverture de droits par défaut de domiciliation administrative restent toujours un problème en Île-de-France.

De même que l'illectronisme, la non-maîtrise des outils informatiques, **ou encore la difficulté à pouvoir se déplacer**, qui constituent 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'accueil organisés par ces dernières.

Enfin, il **reste complexe pour les acteurs sociaux mobilisés en première ligne d'évaluer la part du renoncement par rapport au refus de soins, et en cas de refus, les raisons qui le motivent**. Cela doit être mieux documenté.

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

- la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) expérimente **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 leur CPAM** permettant de 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, 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 CMU-C/ACS, la mise en place de la complémentaire santé solidaire, en remplacement de la CMU-C et de l'ACS (avec ou sans participation d'un euro 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 dédiée de la Caisse d'allocations familiales (CAF)** a été mise à disposition. Des **rencontres** ont été instaurées par les caisses d'assurance maladie avec des travailleurs sociaux des territoires pour mieux sonder les problématiques rencontrées et non remontées. Des **référénts PRAPS** sont en cours de nomination au sein de chaque CPAM... Et pour repérer les situations de vulnérabilité et d'absence de droits, des **missions accompagnement 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 des personnes en situation administrative précaire dans l'accès aux droits**, y compris aux droits à la santé. Mieux accompagner les travailleurs sociaux, en particulier ceux exerçant en établissements de santé, dans l'appréhension de la complexité des démarches administratives à mettre en œuvre pour leurs publics.
- **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 dans les démarches d'ouverture de droits et, plus largement, dans toutes les démarches de santé en lien avec un usage numérique. Comme repris plus loin, cela peut s'organiser sous la forme d'un outillage des intervenants de proximité pour leur permettre de mieux accompagner les personnes en difficulté avec les outils numériques. S'engager aussi à 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 primaires d'assurance maladie et les structures AHI d'accueil et d'hébergement des personnes sans chez-soi pour faciliter les demandes d'ouverture de droits.**

- **Renforcer l'outillage 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 afin de 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.
- **Développer 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 cette dernière** (partenariats entre les organismes domiciliataires 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



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 se déroule depuis la prévention et l'aide à l'adoption de comportements favorables à la santé (vus précédemment), en passant par le dépistage, la prise en soins (médecins, pharmaciens, hôpitaux...), 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 du document).

Dans un contexte de développement des maladies chroniques, il s'agit, dans cette partie, de voir comment rendre plus coordonnées et efficaces les prises en charge des personnes en besoin de soins – selon un mode parcours – afin de diminuer les passages itératifs par les urgences, et mieux lutter contre les réhospitalisations évitables ou les situations de blocage lors des sorties hospitalières.

Les personnes sans « chez-soi », à la rue ou hébergées, présentent en effet un **cheminement dans le système de santé souvent chaotique, ponctué de retards, d'abandons, donnant lieu à de nombreux recours aux urgences ou à des hospitalisations potentiellement évitables**. Les parcours souffrent d'un manque fréquent de suivi médical. Les contraintes sont nombreuses : la nature de la protection sociale, la question du rapport au corps et aux soins, les 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 et entraîner un manque de coordination entre les différents professionnels impliqués dans les prises en charge ;
- **le manque de lisibilité**, dont se plaignent les acteurs de l'hébergement, sur l'offre d'accompagnement sanitaire des personnes en situations médico-sociales complexes, souvent fragmentée, avec de nombreux intervenants impliqués dans des champs et disciplines différents ;
- **la mobilité subie des personnes**, du fait de l'instabilité du mode d'hébergement (comme l'hébergement social à l'hôtel), d'opération d'évacuation, de situation d'errance, de parcours migratoire, rendant plus complexe l'articulation entre intervenants et posant 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 au maintien des personnes dans la rue, ou

dans une instabilité résidentielle, ou bien encore dans un lieu d'hébergement éloigné des structures de santé ;

- **la répartition territoriale encore hétérogène – et en deçà des besoins identifiés – des structures de soins résidentiels**, alors qu'elles jouent pourtant un rôle notamment dans la prise en charge post-hospitalière ;
- **la complexité et la difficulté de la transformation digitale du suivi des patients**, en raison de la multiplicité des outils et des logiciels, des inégalités d'accès, du manque de confiance quant à la protection des données et des problématiques d'illectronisme rencontrés aussi bien par les acteurs que par les personnes accompagnées. Se pose par ailleurs une question technique 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 Île-de-France, **les problématiques de patients dits « bloqueurs de lits » (bed blockers)** sont aussi à prendre en compte. Des personnes en situation de grande pauvreté (mais pas que) restent hospitalisées dans l'attente d'une prise en charge d'aval en raison de blocages administratifs, d'absence de solution d'hébergement/logement adapté, d'insuffisances, ou bien encore de méconnaissance par les équipes hospitalières des dispositifs médico-sociaux en soins résidentiels.

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

Concernant les spécificités populationnelles :

- **une focale sera faite sur la prise en charge des parcours de santé des mineurs non accompagnés**, particulièrement complexes, notamment en raison de leur statut juridique incertain – une situation préoccupant de plus en plus les offreurs de soins ;
- **en revanche, la question des discontinuités de suivis des femmes enceintes en situation de grande vulnérabilité sociale sera traitée au niveau de l'axe périnatalité du schéma régional de la santé (cf. axe 1, chapitre 3)**, tout comme les questions plus larges de santé sexuelle et reproductive (cf. axe 1, chapitre 9). Les difficultés et les leviers d'actions à mettre en place y sont analysés pour mieux lutter contre les ruptures de prise en charge (notamment éviter les sorties sèches de maternité à la rue) et assurer des parcours plus 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. Cela suppose le développement de 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 des pratiques de coopération interprofessionnelle, construites dans la durée et recourant au partage d'informations** (avec la maîtrise du secret professionnel sur les modalités de ce partage, la capacité à mobiliser les ressources présentes dans l'environnement de vie de la personne, l'utilisation de supports de liaison entre les différents acteurs – y compris entre 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 personnes prises en charge ;
- le **renforcement de l'offre en soins résidentiels** : appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits halte soins santé (LHSS), lits d'accueil médicalisés (LAM) et lits « Un chez-soi d'abord » (UCSD).

La lutte contre la désertification médicale, notamment en médecins exerçant en secteur 1, et contre l'absence de disponibilité des acteurs de santé de proximité, relève d'un traitement plus général engagé au sein du schéma régional de santé.

Concernant les autres stratégies nécessaires pour assurer un parcours plus efficient pour le patient et renforcer l'articulation entre les différents acteurs impliqués dans des prises en charge souvent complexes, sont ici mis en avant : **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 et le renforcement des structures médico-sociales de soins résidentiels.**

POINTS D'ARTICULATION AVEC LE SCHÉMA 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 répondant 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



Objectifs et stratégies d'intervention

Faciliter les démarches coordonnées entre les intervenants sanitaires et sociaux

La communication entre les intervenants et leur coordination sont des éléments clés dans la réussite d'un parcours de santé.

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, alors qu'il s'agit de renforcer les articulations en amont et en aval de chaque niveau d'intervention, tout en développant les approches pluridisciplinaires.

La notion de parcours interroge par là une autre manière de travailler ensemble. Et ne se résume pas à une simple addition d'actes successifs.

Parallèlement, la place des soins est aussi à penser dans le parcours de vie des personnes : autrement dit, la recherche permanente de cohérence entre les aspirations de la personne, ses ressources et ses capacités, d'un côté, les aides et accompagnements existants et/ou qui lui sont proposés, de l'autre.

La coordination permet alors à chacun de renforcer sa connaissance sur les ressources disponibles, sur les rôles respectifs, de partager et d'échanger les informations utiles, de mettre de la cohérence entre les démarches de soins et celles d'accompagnement social, en lien avec les aspirations de la personne.

Il s'agit aussi de prendre en compte certains malentendus qui peuvent persister 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 lien avec les parcours de soins des patients, comme **les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)** qui assurent 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 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'évaluation des situations d'adultes en difficulté (RESAD)** rattachées au CLSM, et qui permettent aux intervenants des champs social et médical d'élaborer ensemble des réponses adaptées.

Par ailleurs est à mentionner le développement de **partenariats entre structures AHI et structures de soins de proximité, notamment les centres de santé.**



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 d'une cartographie des dispositifs de coordination existants dans les territoires, et contribuer à la réalisation d'une représentation cartographique (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'évaluation 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 ces 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 soins résidentiels ACT/ LHSS/LAM).

- Accompagner la mise en lien des structures d'exercice coordonné avec les acteurs qui participent à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion (CPTS, maisons de santé, centres de santé...).
- Inciter à l'organisation 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 partenariats et des démarches coordonnées, en appui notamment sur le guide *Santé/Hébergement*. Associer les collectifs citoyens aux démarches⁶ ainsi que les 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 l'accompagnement des personnes sans domicile.

ACTEURS

Pilote : ARS

Copilote : DRIHL

Partenaires : acteurs de terrain, équipes PASS, réseaux de santé, représentants d'association de solidarité, collectivités territoriales

CALENDRIER

2023-2028

TERRITOIRE(S)

Région



INDICATEURS DE SUIVI-ÉVALUATION RÉSULTATS ATTENDUS

- Recensement des modalités de travail partagées au niveau local.

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

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 intervenants sanitaires ou médico-sociaux engagés dans l'accompagnement des publics les plus démunis sont tout autant confrontés que le reste des acteurs du système de santé aux tensions existantes sur les ressources humaines en santé, au niveau du recrutement comme sur celui de la stabilité des postes. Ces difficultés impactent le fonctionnement des dispositifs en place : PASS, EMPP, structures médico-sociales... Elles engendrent des reports d'ouverture d'équipes mobiles médico-sociales, comme cela a été évoqué.

Or, ces métiers ne sont pas nécessairement bien identifiés et valorisés auprès des autres professionnels de santé, y compris auprès des candidats potentiels. Il est essentiel de les faire mieux connaître et d'améliorer leurs images pour donner l'envie de s'y engager.

Travailler sur les métiers de la santé et de la précarité/publics spécifiques relève de nombreuses approches **dorénavant intégrées aux travaux sur les ressources humaines en santé conduits plus largement par l'Agence dans le cadre de son schéma régional de santé.**



Plan d'actions en lien avec le SRS

À titre d'illustration,

Pour les métiers du secteur médico-social PDS :

- intégration des ESMS/PDS et des structures publiques de prévention dans le dispositif de contrats d'allocation d'études ;
- intégration des ESMS/PDS dans le partenariat ARS/Pôle emploi pour faciliter les recrutements de demandeurs d'emploi, y compris en reconversion professionnelle ;
- mobilisation des ESMS/PDS pour proposer des postes d'infirmiers en pratiques avancées, notamment par le biais de subventions spécifiques accordées par l'ARS pour les appuyer dans le financement des formations d'IPA ;
- intégration des ESMS/PDS et des structures publiques de prévention dans les appels à candidatures pour la création de postes de médecins partagés ville-hôpital ;

- recherche de valorisation de ces métiers, peu connus :
 - création de portraits métier, en particulier sous forme de vidéos (trois vidéos réalisées en 2022),
 - mise en place de partenariats avec les instituts de formation,
 - proposition de stages en secteur PDS ou en structures publiques de prévention à destination des instituts de formation (IDE en particulier).

Pour les « nouveaux métiers », comme médiateurs et travailleurs pairs, dans le cadre des réflexions conduites avec le ministère, persévérer dans l'étayage des besoins en « nouveaux métiers », en particulier celui de médiateurs en santé pour intégrer cette ressource dans les financements socles des structures de santé. Porter attention au soutien de la pair-aidance.

Plus largement, pour susciter des engagements :

- construire un plaidoyer pour le développement d'un contenu de formation adaptée aux particularités de prise en charge des publics en situation de vulnérabilité sociale dans les formations initiales de professionnels de santé ;
- améliorer la lisibilité sur le secteur de l'accompagnement des personnes en situation de grande pauvreté, notamment sur les agendas de ses événements.

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 reste posée 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 lors de la sortie d'hospitalisation.

Ainsi remontent les problématiques de patients ne nécessitant que des soins infirmiers mais dont la sortie d'hospitalisation ne peut se réaliser faute d'offre suffisante en dispositifs médico-sociaux existants ou du fait de la méconnaissance de cette offre par les équipes hospitalières.

Des enseignements peuvent être tirés des expérimentations de **missions LAMPES** (missions de prévention et d'organisation des pratiques de liaisons et d'appui médico-psycho-éducatif et social). Elles visent à structurer 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'améliorer les projets de soins à travers des approches pluridisciplinaires, et, en étroite articulation avec la ville, d'anticiper les sorties hospitalières pour s'assurer de relais effectifs en médecine de ville. Une boîte à outils existe, en cours de construction (avec protocoles, procédures, fiches de liaison, grille de repérage...), pouvant être mise à disposition des établissements de santé pour les aider à mettre en place une organisation de séjours mieux adaptés à ces publics.

À un autre niveau, des cellules d'appui à la résolution des situations complexes (CARSIC), créées en 2019, ont aussi été missionnées par l'Agence régionale de santé 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 été mis en place, de leur côté, par les acteurs AHI, en lien avec la DRIHL. Leur action est de garantir la continuité du parcours de vie des personnes en situation particulièrement complexe et d'assurer un fil rouge dans la mise en lien des professionnels de la santé et du social. Ils peuvent participer aux commissions « cas complexes » organisées par certains hôpitaux, apportant leur expertise sociale.

Par ailleurs, 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).

Enfin, 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 leur permettant pas l'accès à une filière d'aval.

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

Toutefois, cette pluralité et diversité des dispositifs d'accueil et de coordination ne permettra pas d'éviter certains blocages lors des sorties hospitalières, des réhospitalisations plus ou moins indues, ni de diminuer tous les passages itératifs par les urgences des personnes présentant un problème conjoint de précarité et de prise en charge.



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) offre une nouvelle opportunité pour accompagner la mise en place d'un mode d'organisation, au sein des établissements de santé. Il sera destiné aux personnes hospitalisées en situation complexe, cumulant grande exclusion, pathologie médicale chronique et ne bénéficiant pas de prise en charge médicale ambulatoire (ayant un recours itératif aux urgences...).

Les objectifs sont de :

- renforcer la capacité des professionnels hospitaliers à prendre en charge ces populations en grande vulnérabilité sociale afin de diffuser la culture médico-sociale et d'améliorer l'intervention sur les situations médico-sociales complexes ;
 - mieux accompagner les services sociaux hospitaliers pour s'assurer que tous les patients reçus en hospitalisation non programmée puissent rapidement avoir un entretien social afin de juger de l'état de leur accès aux droits, notamment à la couverture maladie, et recueillir les éléments nécessaires à l'organisation de leur sortie d'hospitalisation ;
 - identifier des fonctions de coordination médico-sociale (en prenant en compte les résultats des expérimentations LAMPES), pour organiser le repérage dans le parcours hospitalier des 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 :**

Au niveau de la formation initiale :

- **effectuer un 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 et insertion (AHI), ainsi qu'un module spécifique portant sur les établissements de santé en vue de préparer les sorties d'hospitalisation ;

- **favoriser dès la formation la transversalité en proposant des stages** au sein d'établissements de santé et médico-sociaux ;
- **mieux communiquer sur le travail social hospitalier pour favoriser les recrutements** dans ces services.

Concernant les travailleurs sociaux déjà en poste :

- afin de poursuivre le décloisonnement des missions, **développer l'animation de temps rencontres et l'organisation de séminaires** – sous l'égide des délégations départementales de l'ARS – **en direction des personnels des services sociaux hospitaliers** pour porter à leur connaissance les dispositifs présents sur les territoires, en présence des personnels des ESMS eux-mêmes ;
- **élaborer une boîte à outils à destination des services sociaux hospitaliers** de présentation de l'ensemble des ressources existantes et des partenariats à construire avec l'extérieur (médecine de ville, conventionnement CPAM...).
- **Mieux sécuriser les sorties d'hospitalisation et l'orientation vers des structures médico-sociales ou d'hébergement adaptées**
 - Afin de limiter les risques de doublons dans les demandes ou « de perte de chance » pour les patients, **accélérer 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 soins résidentiels (ACT, LHSS, LAM)**, apportant soutien et expertise auprès des DAC lors de commissions d'analyse 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 e-Parcours** (comme une fiche de liaison entre un hôpital et les structures d'hébergement à proximité, animation du cercle de soins, 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.



INDICATEURS DE SUIVI-ÉVALUATION RÉSULTATS ATTENDUS

- Évolution du nombre de travailleurs sociaux au sein des GHT.
- État de la mise à disposition des outils validés sur le site de l'ARS.

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 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 à explorer, comme :

- la sensibilisation et l'éducation pour la santé (vue précédemment) ;
- l'accès à une information claire et accessible, facilitée par la présence d'un médiateur en santé et/ou d'un interprète professionnel en santé (abordée dans la partie « Accompagnement individualisé ») ;
- la démarche d'apprentissage par l'éducation thérapeutique, pour acquérir les compétences et les connaissances nécessaires afin de 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 d'un accompagnement dans l'acquisition de l'équipement et dans l'appropriation des outils digitaux ;
- la sollicitation 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 (abordée dans la dernière partie du document « Améliorer la connaissance ») ;

- les approches dites de santé communautaire.

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 à ce titre être des interlocuteurs dans la durée. **Un partenariat existe avec le Conseil régional des personnes accueillies/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 projets du secteur médico-social résidentiel.

Des outils ont 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, rassemblant des points de vigilance et des repères pour organiser et analyser les pratiques d'accompagnement. Il a été mis en place à l'aide du Pôle de ressources en ETP Île-de-France et du 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 Île-de-France, destiné à accompagner les initiatives de démarches de santé communautaire et pouvant servir de support d'inspiration pour l'action, dans le but de renforcer la place des femmes.

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 à mieux comprendre les informations de santé les concernant. L'objectif est de favoriser l'emploi des services socles, notamment Mon espace santé. Mais cela suppose aussi de renforcer la lutte contre l'illectronisme, tout en prenant en compte les limites et les obstacles créés par le « tout numérique » dans un contexte de raréfaction des interlocuteurs disponibles et accessibles, notamment pour réaliser les démarches administratives.

Les professionnels de santé peuvent ainsi être des facilitateurs auprès de leurs patients, pour les aider à naviguer dans l'environnement numérique, en les épaulant dans la compréhension des informations médicales en ligne, en les orientant vers des ressources fiables, et en les accompagnant dans l'utilisation des applications et des dispositifs numériques adaptés à la gestion de leur santé.



Plan d'action

- Développer les approches **d'accompagnement thérapeutique** adaptées aux besoins des personnes très démunies, en prenant en compte les environnements de vie et leurs impacts sur leur santé. Ces démarches ont toute leur pertinence au sein des structures médico-sociales (ACT, Un chez-soi d'abord, LHSS, LAM, structures pour personnes âgées ou handicapées), comme dans les structures d'accueil et d'hébergement (CHRS, ESI, etc.). **S'assurer de véritables plans de formations portant sur ces pratiques pluri-professionnelles construites sur mesure.**
- **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 :** à partir de carnets de santé au format papier et/ou en version dématérialisée (comme le dossier médical partagé/Mon espace santé – mais uniquement accessible aux personnes bénéficiant d'un numéro de sécurité sociale définitif), incluant les éléments relatifs aux résultats des actions de dépistage effectuées (tuberculose, IST, VIH, hépatite...) ; à partir aussi d'applications mobiles pour l'accès à distance aux données individuelles (informations sur une prise de rendez-vous, noms de personnes contacts en cas de rencontres lors de maraudes, par exemple...), via, dans tous les cas, un accompagnement personnalisé et approprié.
- **Aider les personnes à développer leur capacité d'utilisation des nouveaux outils numériques et agir contre l'illectronisme en santé.** Accompagner les acteurs de proximité dans l'aide à l'utilisation des outils numériques en santé (formation, appui, outillage pour venir en appui aux personnes en difficulté avec les outils numériques). Promouvoir les démarches d'inclusion numérique en santé.
- **Favoriser les pratiques professionnelles favorisant l'empowerment des personnes,** comme les actions de santé communautaire et les co-formations associant usagers et professionnels.



INDICATEURS DE SUIVI-ÉVALUATION 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.

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 (portant sur les questions de cahiers de liaison numérique, en lien avec le DMP, d'échanges numériques entre acteurs, de solution numérique de gestion des rendez-vous, de proposition de notifications...).

Pour le PRAPS, il s'agit de s'assurer que les personnes en situation de grande vulnérabilité sociale puissent accéder à leurs documents de santé et les professionnels aux données nécessaires aux prises en charge. Cela est d'autant plus nécessaire en cas d'instabilité des lieux de vie, où l'enjeu est de maintenir de la cohérence dans les moyens de partage d'information entre acteurs successifs.

Il s'agit aussi de développer les programmes de télémédecine et les réponses numériques innovantes facilitant l'accès aux soins, ce qui suppose un travail d'adaptation des modalités d'approches aux réalités de vie et aux représentations des personnes.

Les délégués du Conseil régional des personnes accueillies/accompagnées (CRPA), interrogés sur cette question du numérique, ont exprimé un manque de confiance important quant à la protection des données personnelles (en lien aussi bien avec la sphère privée que pour les dispositifs des politiques publiques). Ils ont également évoqué le problème de l'avance de frais pour les actes de téléconsultation, y compris chez les personnes bénéficiant d'une prise en charge à 100 % pour affection longue durée. Et regretté le manque d'informations adaptées en direction des personnes démunies, sans ressources monétaires (avec ou sans couverture maladie ou avec des couvertures incomplètes), sur les plateformes de prise de rendez-vous 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, empêchant leur accès au DMP (dossier médical partagé). Cette situation est source de difficultés pour le suivi médical et 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 sociale** (étude/état des lieux).
- **Faciliter le stockage sécurisé et l'accès des professionnels du cercle de santé aux données administratives et sanitaires individuelles des personnes**, notamment au niveau des PASS ambulatoires, des PASS hospitalières, des pôles santé des centres d'accueil migrants, en lien avec le dossier médical partagé et en tenant compte des expérimentations en cours.
- **Conduire une réflexion pour garantir l'accès à un dossier médical partagé des personnes sans droits ouverts 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.
- **Développer les programmes de télémedecine**, notamment pour la dermatologie et pour les soins de santé mentale, en articulation avec un service d'interprétariat professionnel. **Poursuivre les expérimentations de télé suivi des personnes isolées dans leur lieu de vie** (en particulier hébergées en hôtels) sur les questions de maladies chroniques et de périnatalité. **Diffuser/conforter les pratiques numériques dans les démarches d'« aller-vers »** (notamment la téléexpertise).

ACTEURS

Pilote : ARS

Copilote : DRIHL

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

CALENDRIER**TERRITOIRE(S)**

Région

**INDICATEURS DE
SUIVI-ÉVALUATION
RÉSULTATS
ATTENDUS**

- Nombre de structures ayant intégré dans leur organisation le dispositif de cloud solidaire (formation, utilisation) : PASS, structures de soins résidentiels et structures médico-sociales en addictologie, ESI. Nombre d'utilisateurs. Nombre de professionnels utilisateurs.
- État des programmes de télémédecine.

Structurer et développer l'offre en appartements de coordination thérapeutique (ACT), en lits halte soins santé (LHSS), en lits d'accueil médicalisés (LAM) et en dispositif « Un chez-soi d'abord » (UCSD)

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

En Île-de-France, au 31 décembre 2022, la capacité en nombre de places autorisées en structures de soins résidentiels offrant un accueil temporaire et un suivi thérapeutique est répartie ainsi :

- **569 en lits halte soins santé (LHSS),**
- **206 en lits d'accueil médicalisés (LAM),**
- **1061 en appartements de coordination thérapeutique (ACT).**

Le nombre de places a augmenté depuis le deuxième PRAPS, mais cette progression demeure inférieure aux besoins identifiés.

Pour le reste, trois départements sur huit sont dotés d'un dispositif « Un chez-soi d'abord ».

Des travaux sont engagés pour l'organisation d'un dispositif de régulation des places et d'orientation en soins résidentiels ACT, LHSS et LAM en Île-de-France, avec une installation prévue en 2023.

Les difficultés rencontrées concernent essentiellement les **limites du bâti en Île-de-France** (disponibilité et coût des locaux) et la **problématique des ressources humaines en santé** (vacances de postes, difficultés de fidélisation...).



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 travaillant des propositions 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 (AAP) lancés par l'Agence, notamment grâce à une programmation pluriannuelle régionale (sous réserve des crédits disponibles). Modifier la pratique des AAP en augmentant les délais pour le dépôt de dossier à trois mois et en appuyant les acteurs sur l'identification des opportunités de bâti ou d'opérations foncières en Île-de-France (cf. axe 3 du SRS).
- **Mener une réflexion en vue d'expérimenter de nouvelles formes de prise en charge en soins résidentiels** : ESMS PDS hybride (LAM/LHSS) d'accueil temporaire en aval hospitalier et/ou LAM renforcé pour la prise en charge de personnes âgées dépendantes n'ayant pas la possibilité d'accéder aux Ehpad.
- **Mettre en place une plateforme régionale de régulation du soin résidentiel (LAM, LHSS et ACT)** permettant de centraliser les demandes d'admissions et de faciliter les orientations. Assurer un lien étroit avec le secteur AHI via le SIAO pour 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 Île-de-France. Il s'agit aussi de s'adosser au principe de coresponsabilité territoriale de chaque gestionnaire et d'intégrer 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.



INDICATEURS DE SUIVI-ÉVALUATION RÉSULTATS ATTENDUS

- Évolution du nombre de places autorisées en structures de soins résidentiels.

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

Les mineurs non accompagnés (MNA) nouvellement arrivés, les mineurs non reconnus mineurs et en recours judiciaire contre cette décision, ainsi que les jeunes majeurs étrangers isolés sortant du dispositif de l'ASE, représentent un groupe de personnes extrêmement vulnérables.

La situation est complexe pour les jeunes en recours auprès du juge des enfants : les « ni, ni », car considérés comme non mineurs par les services départementaux de protection de l'enfance (non reconnus mineurs ou isolés après leur évaluation) et dans le même temps non majeurs selon leurs propres documents d'état civil. Cela complique certaines démarches comme celles de l'accès à l'hébergement (le 115 étant réservé au majeurs) ou de l'accès aux soins (pas de représentant légal).

L'Agence a depuis le deuxième PRAPS :

- accompagné l'ouverture d'une PASS pédiatrique en janvier 2022 à l'hôpital Necker, proposant une prise en charge spécifique, médicale et sociale, des MNA ;
- produit une **note d'instruction, publiée le 15 juillet 2019, en direction des professionnels soignants** exerçant en établissements de soins et services de santé, **visant à mieux cadrer la prise en charge sanitaire des MNA étrangers hors ASE**, notamment au sujet 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**, pouvant bénéficier des rendez-vous santé migrants primo-arrivants.
- **Étudier les modalités d'un dispositif innovant médico-psycho-social** à destination des jeunes non reconnus mineurs.

- Favoriser le développement d'équipes mobiles sanitaires, notamment pour l'accompagnement des acteurs de première ligne sur les questions de santé et de conduites addictives, en particulier à travers un travail d'appui des équipes sociales (information/sensibilisation et intervention en binômes).
- S'assurer de la diffusion, de la promotion et de l'appropriation par les offreurs de soins des notes d'instruction et recommandations produites par l'ARS ou par le niveau national, afin de favoriser l'accès aux soins des MNA.



INDICATEURS DE SUIVI-ÉVALUATION RÉSULTATS ATTENDUS

À définir lors des travaux de mise en œuvre

4

Mieux
répondre aux
problématiques de
santé mentale et de
troubles psychiques



Contexte/enjeux

En 2019, une personne sur huit dans le monde – soit 970 millions de personnes – présentait un trouble mental (psychiatrique ou psychologique) impliquant des perturbations de la pensée, de l'émotion et/ou du comportement. Les troubles anxieux et les troubles dépressifs sont les plus courants. En 2020, le nombre de personnes atteintes de tels troubles a augmenté considérablement du fait de la pandémie de Covid-19.

En France, une personne sur cinq est touchée chaque année par un trouble psychique, soit 13 millions de personnes. Les données de l'Assurance maladie indiquent que la prise en charge de ces troubles constitue le deuxième poste de dépense de santé dans notre pays.

Le fonctionnement du système de santé mentale est organisé en secteurs, créés par la circulaire du 15 mars 1960 pour répondre aux besoins de soins en proximité. Chaque secteur couvre une zone d'environ 70 000 habitants et rassemble, pour la psychiatrie publique, l'ensemble des structures de soins (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 mais dont la répartition territoriale reste inégale.

Les problèmes de santé mentale sont prégnants chez les publics hébergés, accueillis en structures de jour ou à la rue, y compris chez les migrants primo-arrivants. Une majorité de ces derniers présente une souffrance psychique dont l'origine remonte à des traumatismes vécus avant la migration, au cours du périple migratoire ou aux conditions de vie difficiles rencontrées ici, notamment aux violences subies avant, pendant et après le périple.

Dans ce contexte, la Haute Autorité de santé (HAS) conduit actuellement des travaux sur le thème de la « grande précarité et des troubles psychiques » en lien avec son programme « psychiatrie et santé mentale ». Elle souhaite élaborer des recommandations de bonne pratique sur l'accompagnement de telles situations.

L'organisation de l'offre de soins relève en Île-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 équipes 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 torture ou de violences ;**
- **le programme « Un chez-soi d'abord » sur trois départements ;**
- **un programme de psychologues intervenant en secteur AHI créé par la mesure 9 des Assises de la santé mentale, en cours de déploiement ;**
- **une unité 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 ;**
- **un nouveau dispositif de prise en charge de huit séances remboursées avec un psychologue conventionné « Mon parcours psy », mais qui s'adresse à l'ensemble de la population.**

Enfin, il existe des plateformes de concertation partenariale, comme les **conseils locaux de santé mentale (CLSM)**, pour aider à la construction des politiques locales globales en matière de santé mentale. Et des instances de type RESAD (réseau d'évaluation des situations d'adultes en difficulté) permettant l'analyse de situations complexes avec l'ensemble des professionnels parties prenantes. Ces dispositifs contribuent à l'accès et au maintien dans le logement des usagers de la psychiatrie, une thématique 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 d'articulation 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. L'approche de la santé mentale demande des regards pluridisciplinaires et pluri-sectoriels, du fait d'une pratique clinique se situant au carrefour de ces différents domaines. L'interconnaissance reste à approfondir entre les milieux du social et de la psychiatrie ;

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.

- **les problèmes d'accès aux soins psychiatriques**, d'accueil mais aussi de suivi, et qui se posent de manière encore 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 rendue plus difficile et complexe ;
- **la nécessité de repérer les besoins de prise en charge, d'évaluer et d'orienter vers les registres de 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 travailler sur l'impuissance et le malaise ressentis par les acteurs sanitaires et sociaux de première ligne devant la souffrance psychique des personnes se retrouvant 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**, souvent 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 dans un contexte de fonctionnements très hétérogènes rencontrés vis-à-vis de ces publics ;
- **renforcer les connaissances des équipes soignantes de soins psychiques** portant sur la nature et les spécificités des dispositifs sociaux existants, mais aussi 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** et/ou obtenir un avis spécialisé, à travers notamment des 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. Elles 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 qu'en y intégrant la place des parents et en tenant compte de leurs propres difficultés.

- Ainsi, pour les enfants de 0 à 3 ans, il est souhaitable de :
 - sensibiliser les équipes à envisager spécifiquement les difficultés de ces enfants dès lors que celles de leur(s) parent(s) ou autre adulte tuteur sont abordées ;
 - développer, au sein des 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 lien avec la grossesse ou l'accouchement, 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 patients.
- Pour les enfants de 3 à 12 ans :

La santé psychique des enfants d'âge scolaire se fonde sur la possibilité qu'ils ont 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 à ce niveau. L'école et la fréquentation d'autres enfants sont essentielles.

Chez certains de ces enfants, l'instabilité des conditions de vie peut perpétuer les traumatismes du parcours migratoire ou réactiver d'anciens traumatismes. Ils peuvent alors développer un 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, y compris pour la suite. À 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).

Le cas des personnes migrantes

Depuis 2015, l'ensemble des professionnels de santé et sociaux constatent l'importance croissante du nombre de personnes migrantes d'arrivée récente présentant une souffrance psychique due au périple migratoire, aux conditions de vie difficiles et aux violences subies. Ces problématiques de santé mentale, très présentes lors de l'accompagnement des personnes migrantes, posent souvent des difficultés aux acteurs de première ligne. Il convient cependant de différencier ce qui relève d'un mal-être lié au parcours ou réactivé par les conditions de vie et d'accès aux droits, d'un besoin de soutien psychologique et d'un besoin de prise en charge médicale et psychiatrique, nécessitant parfois des interventions spécifiques 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 (les CMP étant l'unité de base du dispositif de psychiatrie publique). Mais en parallèle, l'ARS Île-de-France déploie un dispositif d'offre spécifique à destination des personnes migrantes (demandeurs d'asile ou non), à travers notamment la création de Capsys (dispositif de seconde ligne ayant pour mission de faciliter l'accès aux soins psychiatriques ambulatoires des populations migrantes en situation de précarité en Île-de-France), et le soutien aux 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...).

Concernant les mineurs non accompagnés, retenir l'importance des lieux d'accueil permettant d'échanger avec des adultes bienveillants et d'établir avec eux des liens de confiance. De là, des orientations vers des soins psychothérapeutiques doivent être mises en place autant que nécessaire, y compris sur le plan addictologique.

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



Objectifs et stratégies d'intervention

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 aux EMPP**, notamment en formalisant les attendus régionaux.
- **Œuvrer pour rendre plus attractifs les postes au sein des EMPP** (les projets territoriaux de santé mentale pourraient ainsi promouvoir les EMPP de leur territoire et aider à leur donner 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. Soutenir le développement de protocoles et de contractualisations inter-établissements au sein du territoire de rattachement, en appui sur les dispositifs locaux de coordination.
- **Rédiger un cahier des charges régional définissant mieux le périmètre des publics cibles des EMPP** dans le vaste champ des situations de précarité, en lien avec les recommandations de la future circulaire nationale et en tenant compte de spécificités régionales.
- **Renforcer au sein des EMPP la présence de 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 postes vacants en EMPP

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

- **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 en milieu psychiatrique.
- **Favoriser la montée en compétence des travailleurs sociaux des services de psychiatrie** afin d'améliorer les articulations avec les équipes sociales de droit commun, notamment du secteur AHI (via notamment la mise en place de formations croisées action sociale et santé mentale, ou à partir d'un accompagnement proposé par les EMPP). Connecter toutes les synergies sociales pour ainsi améliorer les prises en charge.
- **Promouvoir la formation des infirmiers en pratique avancée en psychiatrie**, notamment dans l'intervention auprès des personnes les plus vulnérables.
- **En lien avec le SRS, structurer l'offre de prise en charge des victimes de psycho-traumatisme** (clarifier la place des centres régionaux de psycho-traumatisme, renforcer l'accessibilité aux consultations spécialisées, renforcer la formation des professionnels afin d'améliorer le repérage, l'évaluation, l'orientation, et la prise en charge des patients concernés).
- **Recenser l'outillage d'information à destination des professionnels et des usagers** pouvant aider les services de psychiatrie à la prise en charge des personnes migrantes.
- **Repréciser le cadrage institutionnel 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 psychiatriques à un dispositif d'interprétariat professionnel** (vérifier l'accès aux marchés existants, réaliser un état des lieux de la mobilisation des prestations d'interprétariat, etc.), **et notamment d'interprétariat spécialisé en santé mentale** (promouvoir les formations des interprètes, clarifier les circuits de mobilisation, communiquer auprès des structures de soins...).
- **Promouvoir le développement de PASS généralistes en milieu psychiatrique.**



INDICATEURS DE SUIVI-ÉVALUATION

- État des lieux des pratiques de recours à l'interprétariat professionnel en santé au sein des structures de soins psychiatriques.

Renforcer les liens entre les services de psychiatrie et les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion (AHI)

- **Renforcer le volet formation des travailleurs sociaux hors des services de psychiatrie**, en prenant appui sur le dispositif de formation en santé mentale des travailleurs sociaux qui va se déployer sur quatre ans, porté par la Délégation interministérielle à la prévention et la lutte contre la pauvreté ; en faisant la promotion du guide en santé mentale par l'URIOPSS Île-de-France en cours de préparation à destination de ses adhérents, et des documents de capitalisation des bonnes pratiques en santé mentale élaborés par la Fédération des acteurs de la solidarité d'Île-de-France.
- **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**.
- **Diffuser les bonnes pratiques de partenariats logements/Ville/santé**, à l'exemple de celle de la plateforme logement sur le 93 qui propose une réservation des logements sociaux auprès de Plaine Commune Habitat pour en faire bénéficier les personnes sortant d'hospitalisation, au sein d'un dispositif des baux glissants.
- **Favoriser la participation aux formations croisées « action sociale et santé mentale » de l'EPS Ville Évrard**.
- **Encourager les accompagnants, acteurs de première ligne, y compris bénévoles, à devenir des secouristes en santé mentale** et promouvoir la diffusion de la formation Premier secours en santé mentale (PSSM).
- **Favoriser la participation régulière des EMPP aux instances des SIAO**, en tenant compte des contextes territoriaux.
- **Développer les outils/dispositifs d'ergothérapie sociale au sein du secteur AHI** pour renforcer la capacité des personnes à améliorer leur santé mentale par des activités significatives et collectives (espaces

de paroles, ateliers créatifs, activités sportives, culturelles, communautaires, participation sociale...).



INDICATEURS DE SUIVI-ÉVALUATION

- Pourcentage de structures AHI bénéficiant 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.
- Pourcentage de CLSM ayant dans leurs axes de travail les questions en lien avec la santé mentale et le logement.

Développer les interventions précoces auprès des enfants et de leur famille

- Encourager la consolidation des liens entre les EMPP, les PMI et les équipes de psychiatrie périnatale.
- Favoriser l'inclusion de professionnels de la pédopsychiatrie au sein des EMPP (infirmiers, 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.
- Promouvoir la prise en charge globale en santé mentale des enfants et des jeunes mères en améliorant le repérage précoce des familles vulnérables.
 - 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 et l'ASE, notamment à travers les CLSM.
 - Promouvoir l'**accès aux lieux d'accueil enfants-parents (LAEP)** des familles très démunies.



INDICATEURS DE SUIVI-ÉVALUATION 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.

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

- **Structurer le dispositif de prise en charge de la santé mentale des migrants en Île-de-France**, notamment en améliorant les liens entre l'offre spécifique (Capsys/associations spécialisées) et l'offre de droit commun (centres médico-psychologiques) ainsi qu'en diffusant une cartographie, régulièrement réactualisée, des structures mobilisables (Capsys, structures associatives, centres médico-psychologiques, équipes 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, à l'exemple de la structure Capsys.

5

Renforcer les réponses aux conduites addictives



Contexte/enjeux

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

Déjà, l'enquête sur la santé mentale et les addictions (Samenta) réalisée en 2009 par l'Observatoire du Samusocial 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 en 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'usager 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 sont des structures médico-sociales financées par l'ARS via l'ONDAM PDS. Ils 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 proposée s'effectue le plus souvent en ambulatoire, mais certains de ces centres proposent de l'hébergement en centres thérapeutiques résidentiels (CTR, collectifs), ou en appartements thérapeutiques (AT, individuels). Ils 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 » liés aux consommations, selon

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

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, d'aide à l'hygiène et d'accès aux soins de première nécessité.

Au 1^{er} janvier 2023, l'Île-de-France comptait 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 :

- **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 ;
- du côté des CSAPA/CAARUD, **le problème d'une tension sur les ressources humaines**, avec un impact négatif sur les capacités d'accueil, parfois insuffisantes face aux besoins ;
- du côté du secteur AHI, **les problématiques des représentations et des a priori sur les addictions**, avec une méconnaissance du tissu des ressources locales spécialisées en addictologie, ce qui se traduit par des refus fréquents d'accueil ou des exclusions de personnes présentant des conduites addictives.

De fait, une des préoccupations rencontrées sur le terrain est que les personnes consommatrices de substances psychoactives sont souvent en difficulté pour accéder aux dispositifs d'hébergement et d'inclusion sociale. D'autant plus que nombre de gestionnaires conditionnent l'admission et le maintien dans les lieux à une obligation d'abstinence, ce qui stigmatise les personnes avec des problèmes de dépendance, voire occasionne chez elles des ruptures de parcours. Alors qu'à l'opposé, **une approche de type « Logement d'abord »** a démontré son efficacité en donnant la priorité au logement et en mettant en valeur les compétences de la personne. Mais cela veut dire aussi un accompagnement approfondi et des équipes formées.

C'est pourquoi **la stratégie de réduction des risques et des dommages (RDRD)** peut jouer un rôle important dans les structures d'hébergement actuelles, en introduisant une alternative à l'abstinence et au sevrage par la possibilité d'un usage contrôlé de la consommation. Il ne s'agit plus de contraindre la personne mais de solliciter ses ressources pour qu'elle puisse

elle-même gérer sa propre consommation. Cette approche éducative est 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, particulièrement en Île-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, 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 Île-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 ces stratégies de réduction des risques (aide au développement de plans d'actions internes, mise en place d'actions de formation, mise à disposition d'outils...).

Les enjeux sont les suivants :

1. **Mieux accompagner vers des soins spécialisés les personnes présentant des problématiques addictives « lourdes » (ayant un impact important sur leur vie) 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 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 souvent isolés, sans ressources, sans logement et rencontrant des difficultés 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. Et renforcer la veille sur les consommations de cocaïne pour adapter l'offre de prise en charge.

Certains 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 SRS (Plan crack) et ne seront pas repris ici.



Objectifs et stratégies d'intervention

Renforcer les compétences

- **Maintenir l'aide à la montée en compétence des acteurs de la filière AHI et de soins résidentiels sur les 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'appui pour l'identification des acteurs de santé mobilisables : sensibiliser et former.

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

- **Encourager les coopérations entre les acteurs de ces différentes filières.**
- **Accompagner le développement des interventions hors les murs** des CSAPA et des CAARUD pour aller vers les structures du secteur AHI.
- Promouvoir une **formalisation des échanges entre les acteurs**, dans le respect des missions de chacun, et en tenant compte de l'accord de la personne accompagnée (on peut citer l'exemple d'expérimentation de contrats tripartites signés par exemple entre un CHRS, un CSAPA et une personne accueillie pour formaliser son suivi médico-psycho-social).

- Inciter à la **mutualisation des compétences entre les professionnels de l'addictologie et ceux des SIAO** afin d'améliorer l'évaluation et l'orientation des personnes vers des structures de vie adaptées.
- **Renforcer l'animation territoriale et s'appuyer sur des organisations en binômes structures addiction/AHI.**

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 résidentiels.

Améliorer l'orientation des personnes placées sous main de justice ou sortant 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 de « 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), notamment 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)



Contexte/enjeux

La prise en charge et le devenir des personnes sans domicile en perte d'autonomie, du fait du vieillissement précoce 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 d'Île-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 d'incapacités physiques et/ou psychiques, devient vite compliquée à vivre tant pour les personnes accueillies dans des structures non adaptées que pour les équipes conscientes d'une non-réponse aux besoins mais sans pouvoir toujours les caractériser et donc orienter.

Les résultats d'un premier état des lieux régional diligenté par l'ARS Île-de-France entre le 10 février et le 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 (confrontées à des problématiques de vieillissement prématuré) ;
- la prévalence de troubles psychiques et d'addictions est importante ;
- un peu plus d'un quart des personnes (26 %) n'ont pas d'autorisation de séjour (soit 246 personnes) ;
- une petite part (5 %) ne dispose pas de couverture médicale ; et 18 %, soit 168 personnes, bénéficient de l'Aide médicale de l'État, ce qui laisse présager de difficultés d'orientation dans les ESMS ;
- un tiers (33 %) 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 relais et de ressources partenariales 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, particulièrement quand il s'agit des moins visibles, hébergées chez des tiers et/ou tributaires de conditions d'exclusion encore plus fortes (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 du nombre de personnes sans-abri à l'échelle de la Métropole du Grand Paris, menée dans les communes volontaires, permettent d'avoir une idée du volume de personnes vieillissantes en situation de rue. Sur les 2 598 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 du nombre des personnes âgées parmi les sans-abris est aussi en lien avec le processus de vieillissement de la population générale et l'appauvrissement du niveau de vie de certaines personnes âgées dont le nombre vient grossir celui de la population des personnes qui ont vieilli après un parcours de vie déjà difficile.

La prise en charge des personnes en perte d'autonomie sans chez-soi doit être adaptée et appréhendée dans sa globalité 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 déjà présenter un vieillissement précoce avec une perte d'autonomie.

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 réalisée en 2019 par le Centre d'action sociale de la Ville de Paris 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 celles-ci ne sont pas toujours outillées pour la prise en charge de personnes prématurément vieillies.

Un certain nombre d'obstacles en gênent l'accès, d'abord administratifs mais aussi en termes 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 Île-de-France, apporte une réponse, mais celle-ci reste insuffisante du fait de la faiblesse du nombre de places (en cause, notamment, l'insuffisance capacitaire du bâti en Île-de-France), et ne se révèle toujours pas 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 accueils dans les structures concernées.

Surtout, celles-ci 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 prise 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.

L'enjeu est donc 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 présentant de multiples incapacités, notamment pour mieux différencier 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 termes de ressources, notamment les dispositifs d'accueil adéquats mobilisables, leurs modalités d'accès et les mesures dérogatoires possibles. Inversement, de former les soignants des filières gériatrique 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 gériatrique 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 SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2023-2028

- Axe 2. Construire des parcours de santé lisibles, fluides et répondant 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



Objectifs et stratégies d'intervention

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

Le bilan effectué du deuxième PRAPS 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 la formation, important, est abordé par la suite.

Enfin, chaque personne accompagnée a des attentes et des besoins singuliers. Il s'agit de mettre en place un processus de co-construction entre elle et les professionnels, non pas une approche standardisée, impersonnelle. Cela passe par la mise à disposition d'outils pratiques aidant les intervenants à associer étroitement les personnes à la construction de leur propre 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 à réaliser des actes de la vie quotidienne, pour faciliter la remontée d'informations et pour 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. **Constituer une boîte à outils accessible sur le site de l'Agence, desti-**

née 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, et ainsi orienter les recherches de prise en charge. Mettre en place un ou des groupe(s) utilisateurs.

- **Y associer des outils visuels permettant à la personne de dire ce dont elle a besoin** et 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 les outils de repérage déjà existants de la perte d'autonomie harmonisés et utilisables par les acteurs de la filière AHI, des outils d'expression des personnes accompagnées en perte d'autonomie, et des liens vers les dispositifs ressources « personnes âgées » ou en situation de handicap.
- Progression de l'usage de cette boîte à outils harmonisée au niveau des acteurs de la filière AHI – enquête évaluative.

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

La coopération effective entre les parties prenantes et le dialogue inter-sectoriel sont à favoriser. Il s'agit de développer une culture d'alliance entre tous les professionnels œuvrant pour rendre plus efficient le parcours de vie des personnes. Pour ce faire, de nouvelles ressources sont à promouvoir, comme les **dispositifs d'appui à la coordination (DAC)** qui viennent en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux pour la prise en charge des patients complexes. Les DAC jouent un rôle important dans la coordination territoriale. Ils informent, orientent et accompagnent les professionnels, les patients et leur entourage dans les situations complexes. Ce sont aussi des 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 ainsi les communautés professionnelles de leur territoire. On compte actuellement 22 DAC présentes en Île-de-France.

Citons aussi les **dispositifs intégrés handicap (DIH)**, dispositifs territoriaux dont la finalité est de créer une dynamique territoriale entre acteurs, afin de fluidifier les parcours de vie les plus complexes des personnes en situation de handicap. Ils œuvrent à renforcer la lisibilité de l'organisation territoriale, promouvoir la coresponsabilité 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 faire état de nombreux autres dispositifs de coordination et de partenariats formalisés, comme les instances d'analyse de situations individuelles complexes portées 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 (citons 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 doubles saisies, la perte d'information, l'amélioration des interfaces, 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 existantes** pouvant capitaliser les apports partenariaux et consolider les parcours des personnes accompagnées sans chez-soi en perte d'autonomie (celles portées ou connues par les DAC, les commissions SIAO, les Copil PASS, les CLSM...). **Veiller à la bonne 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 de personnes en perte d'autonomie souffrant d'incapacités multiples en attente d'une orientation adaptée, ce 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 pluridisciplinaires et pluri-partenariaux de concertation et de suivi sur la question des personnes sans chez-soi en perte d'autonomie** souffrant d'incapacités multiples, permettant notamment la capitalisation d'outils et des bonnes pratiques. Une telle instance peut aussi être l'instance de suivi de mise en œuvre du PRAPS.



INDICATEURS DE SUIVI-ÉVALUATION RÉSULTATS ATTENDUS

- Identification/désignation de référents UD-DRIHL, Dd-ARS et Conseil départemental chargés sur les questions de personnes sans chez-soi en perte d'autonomie.
- Cartographie des espaces d'appui précarité-perte d'autonomie.
- État 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.

Informer/former les acteurs 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 social, sanitaire et médico-social 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 aussi leur territoire d'intervention).

Au niveau des acteurs du secteur social, il s'agit de former à repérer les signaux marquants et à mieux connaître les ressources de la prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes, de travailler aussi sur la crainte des travailleurs sociaux d'intervenir dans des champs perçus d'emblée comme relevant de l'intimité des personnes.

Pour les acteurs du sanitaire et du médico-social, les besoins de formation portent sur les pratiques adaptées aux spécificités et aux besoins des personnes sans chez-soi (refus de soins, incurie, addictions...). Ce sujet sera abordé dans une autre partie 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 Île-de-France et l'ARS Île-de-France. Ce guide pratique est à leur disposition pour donner des repères sur les problèmes de santé les plus fréquents, dont celui de la perte d'autonomie, ainsi que des informations sur les ressources pouvant être mobilisées. Ce guide demande cependant une mise à jour régulière dans le temps. Il convient aussi d'en réétudier les modalités d'appropriation.

La **Fédération des acteurs de la solidarité Île-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'ils sont chargés 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 rendues accessibles.

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

- la mission Interface du Samusocial 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 Île-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 pour progresser dans la connaissance de l'offre existante. Renforcer 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 ViaTrajectoire (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** des travailleurs sociaux, de modules d'enseignement portant sur le vieillissement des personnes accompagnées, et sur la fin de vie.
- **Promouvoir et diffuser des contenus de formation/information spécifiques** à destination des acteurs concernés, de l'hébergement, du secteur médico-social résidentiel (ACT, LAM, LHSS) et sanitaire, portant sur la dimension sémantique des mots, comme ceux de perte d'autonomie pour en faire mieux partager le sens, sur la démarche de recherche de ressources dans les territoires (en structures spécialisées et en logements diffus accompagnés) et sur les modalités d'orientation. Prendre appui sur les guides santé et sociaux existants (en particulier le guide santé/hébergement).
- Favoriser plus largement les **formations croisées associant les professionnels du champ de la lutte contre la pauvreté et ceux intervenant dans le droit commun** de la santé pour faciliter le développement des cultures opérationnelles communes sur ce sujet des personnes sans domicile en perte d'autonomie.
- En lien avec l'instance de suivi du PRAPS, suivre le déroulement et l'avancée de ces démarches.



INDICATEURS DE SUIVI-ÉVALUATION RÉSULTATS ATTENDUS

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

Favoriser l'accompagnement individualisé dans les structures d'hébergement social et de soins résidentiels, le temps d'une orientation adaptée

L'accueil au sein de dispositifs d'hébergement de personnes sans chez-soi en perte d'autonomie, souffrant d'incapacités multiples, demande un investissement spécifique et adapté en termes d'accompagnement. Or, **l'essentiel des dispositifs sociaux du secteur AHI ne disposent pas de personnels soignants ni d'auxiliaires qualifiés pouvant aider à la réalisation des gestes de la vie quotidienne** (se nourrir, s'habiller, aller aux toilettes...). C'est la raison majeure qui limite les prises en charge sans ruptures de ces publics. Et peut même remettre en cause le principe d'accueil inconditionnel.

L'enjeu est donc ici le développement et la mobilisation des ressources de proximité pour initier, dans l'attente d'une solution adaptée et pérenne, les accompagnements médico-sociaux personnalisés nécessaires, au sein même des lieux d'accueil (offreurs de soins, ESSIP, SSIAD, Samsah, HAD, etc.). Il s'agit d'améliorer la qualité des prises en charge, mais en encourageant dans le même temps 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 (présentées en première partie du document), dont les premières ESSIP (équipes spécialisées de soins infirmiers précarité), autrefois 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. On en trouve, pour le moment, dans les départements du 75, 93, 94 et 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 lesquelles les professionnels de ville ou hospitaliers ont besoin d'aide. Ils peuvent aussi appuyer la recherche/mobilisation des ressources locales ;
- **des programmes d'éducation thérapeutique** et d'aide à l'observance des traitements développés au sein de structures d'hébergement.

Parmi les difficultés rencontrées, remonte d'abord la **complexité de captation du bâti** en Île-de-France qui empêche les hébergeurs de réaliser des aménagements de chambres adaptées aux personnes handicapées et à mobilité réduite. Ensuite arrive **le sujet de la fin de vie** : les professionnels sociaux chargés de l'accompagnement et de la réinsertion des personnes

ne se sentent pas partie prenante de cet accompagnement de fin de vie, qu'ils assignent au seul domaine des soignants. Enfin, l'impossibilité de faire appel aux professionnels médicaux et paramédicaux (comme les kinésithérapeutes) des secteurs libéral ou médico-social, quand il s'agit de personnes sans droits ouverts – mais uniquement aux dispositifs de prise en charge médico-sociale spécialisée destinée aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques, avec leurs limites (absence de kinésithérapeute).



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 dans les orientations vers les structures adaptées ; et/ou en s'appuyant sur des fonctions de référent santé/autonomie installées 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 des hébergeurs avec les structures de soins habituelles de proximité** intervenant à domicile (HAD, SSIAD, Samsah, infirmiers libéraux, médecins traitants, secteurs de psychiatrie), en sollicitant éventuellement l'appui des DAC. 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)**, où des binômes infirmiers/aides-soignants se mettent au service des 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 précoces sur les signes de fragilité** (prévention des chutes, dénutrition...). Développer des actions de repérage/dépistage des maladies chroniques et des cancers.
- **Encourager les démarches d'accompagnement de la fin de vie** reposant, notamment, sur la sensibilisation des acteurs pour accompagner et dialoguer avec les personnes accompagnées. Recenser les pratiques inspirantes comme celle des petits déjeuners « FUN » mis en place par la mission Interface du Samusocial de Paris – fun pour funéraire – afin de parler de façon apaisée des directives anticipées, du rapatriement des corps...

- **Accompagner la montée en charge, sur le volet 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 une aide à domicile plus intensive en alternative à l'Ehpad.
- **Développer les parcours de soins** pour que les personnes puissent bénéficier d'une prise en charge en psychiatrie et 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. Ces parcours de soins doivent intégrer la prise en charge sociale et l'appui des associations du champ de la grande précarité (notamment du fait de leurs pratiques d'« aller-vers » : 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, à renforcer en lien avec le Centre ressource régional de psychiatrie du sujet âgé de l'AP-HP.
- Soutenir les actions menées par la DRIHL dans la recherche d'**adaptation des structures d'hébergement social aux normes d'accessibilité des personnes à mobilité réduite** (chambres PMR, accessibilité des douches, ascenseurs...).
- **Faciliter l'accès à des bilans diagnostics spécialisés, comme les consultations « mémoire ».** Nombre parmi ces personnes sont identifiées comme ayant un profil psychiatrique alors qu'elles présentent en fait une maladie neurodégénérative atypique, dont le repérage est à améliorer afin d'adapter l'orientation et la prise en charge.



INDICATEURS DE SUIVI-ÉVALUATION

- **Nombre de personnes accompagnées dans les actes de la vie quotidienne et/ou bénéficiant d'un plan personnalisé de soins** (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 à l'ensemble des personnes repérées en perte d'autonomie dans les structures d'hébergement ou de soins résidentiels.
- **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.

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 médico-sociale adaptée, puisque se joue ici l'assurance pour les établissements d'être financés pour les prises en charge proposées.

Car c'est l'âge (à partir de 60 ans pour l'aide sociale départementale, à partir de 65 ans pour l'aide sociale d'État) – et non 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 logements-foyers 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 d'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 pour qui la demande de renouvellement d'un titre de séjour pour soins est en cours.

De façon plus large, la régularité du séjour est incontournable pour l'admission en structures médico-sociales du secteur du « handicap » ou des « personnes âgées » (d'où le problème des personnes européennes inactives sans ressources suffisantes).

Pour d'autres personnes, la difficulté d'accéder aux structures médico-sociales adaptées provient 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.

Au sujet des personnes relevant de l'aide sociale à l'hébergement, c'est la longueur des délais d'instruction qui est parfois en cause, du fait notamment de la recherche des obligés alimentaires ou du domicile de secours (en rapport avec le parcours d'errance de la personne...).

Concernant l'accompagnement des personnes de moins de 60 ans pouvant relever du secteur du handicap, le besoin a été remonté de la nécessité d'établir de meilleures relations de confiance avec les organismes gestionnaires de l'offre d'accompagnement du handicap. Un appui est possible sur la feuille de route nationale des MDPH 2022, cherchant à transformer ces dispositifs pour améliorer le service public de l'accès aux droits et de la vie quotidienne des personnes en situation de handicap, et en faire un maillon fort de territoires 100 % inclusifs. Il s'agit ainsi de mettre en place, pour les personnes en situation de handicap, des plans d'accompagnement individuel permettant d'identifier les solutions de compensation proposées face aux difficultés spécifiques rencontrées pour couvrir leurs besoins.

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

On peut enfin parler des expérimentations d'Observatoires des parcours de santé, outils de remontées des difficultés rencontrées dans les parcours d'aide et de soins, portés par les DAC, visant à identifier les dysfonctionnements observés sur le terrain par les acteurs du social, médico-social et sanitaire et qui permettent d'alimenter les réflexions territoriales.



Plan d'action

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 du niveau de la dépendance et des pathologies en rapport avec la 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 administrative précaire (raccourcissement des délais d'obtention de documents, plaider 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.



INDICATEURS DE SUIVI-ÉVALUATION RÉSULTATS ATTENDUS

- Identification des structures Ehpad aguerries à l'accueil de ces publics.
- État de la diminution du nombre de longs séjours hospitaliers pour raisons non médicales.
- Évolution 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.

Développer des solutions d'accueil adaptées aux situations complexes

Des réponses existent pour l'accueil des personnes âgées mais sans être toujours bien adaptées aux personnes ayant eu un épisode de vie à la rue. Leur prise en charge 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.

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 leur âge biologique.

Les équipes d'accueil peuvent se retrouver confrontées à 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 abîmé/cassé par le passage à la rue.

Il s'agit par ailleurs de prendre en compte **les surcoûts de la prise en charge engendrés par les polypathologies et les situations médicales complexes**, causées elles-mêmes par des symptômes psycho-comportementaux d'origine multiple : dénutrition, démence atypique, plaies, vieillissement prématuré des fonctions organiques, addictions, souffrance psychique, problèmes dentaires, ophtalmologiques... voire par des problèmes d'incurie.

Dans la continuité des recommandations identifiées dans le PRAPS 2, l'ARS cherche à mieux comprendre les difficultés rencontrées par les dispositifs médico-sociaux dans l'accueil de ces personnes sans-abri en perte d'autonomie.

Elle mène actuellement une **étude auprès des Ehpad d'Île-de-France**, dans l'objectif de recenser le nombre des personnes âgées en situation de grande précarité sociale accueillies (enquête conduite auprès des 709 Ehpad), d'analyser les spécificités de la prise en charge de ces publics, dont les coûts induits, et de formuler ensuite des préconisations. La publication des résultats est prévue fin 2023.

À un autre niveau, la **mission Interface**, portée par le Samusocial de Paris, est une action inspirante sur laquelle prendre appui. 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 double objectif : d'une part, aider les personnes dans l'élaboration de leur projet de vie et, d'autre part, accompagner le développement des compétences des intervenants sociaux des lieux de vie présents puis soutenir les équipes médico-sociales d'aval dans l'accueil et la prise en charge de ces publics. 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, de plus de 200 personnes).

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

Sont aussi à prendre en compte :

- **l'installation actuelle 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)**, où se retrouvent 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 médicalisés (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 de la personne 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. Il s'agit 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 préadmission. 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, par de la formation, de l'aide en médiation, de l'analyse des pratiques, etc. Mettre en place un dispositif de référents gériatres spécialisés** (avec la promotion de la télémedecine). **Capitaliser les 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 polypathologiques 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. Évaluer les 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 Île-de-France.
- **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 »). Construire un 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 âgé ou les équipes mobiles de soins palliatifs...

- **Valoriser les Ehpad déjà engagés** dans une démarche d'accueil de publics issus de la rue (avec des projets de soins d'établissements adaptés).
- **Développer les petites unités de vie, les maisons d'accueil et de résidence pour l'autonomie (MARPA)** et les résidences services pour les personnes âgées pouvant y prétendre.
- **Développer les dispositifs de LAM renforcés (avec un volet gériatrique) pour pallier 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 médico-social (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), mais aussi mieux articuler les modes de financement.



INDICATEURS DE SUIVI-ÉVALUATION

- État 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.
- Évolution du nombre de places créées en offre d'accueil inconditionnel de longue durée.
- Évolution 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



Contexte/enjeux

Il est important de regarder de plus près ce qui caractérise la santé des personnes en situation de grande pauvreté ainsi que la nature et les causes des situations de renoncement aux soins ou de difficultés à se maintenir dans un parcours de santé. L'action pour l'accès aux droits et aux soins s'en trouve renforcée par une meilleure compréhension des caractéristiques des publics concernés, des niveaux de prise en charge à investir, des processus de travail et d'organisation à mettre en œuvre, des retombées à ne pas négliger... C'est mieux appréhender et suivre aussi l'impact des actions engagées.

Des études existent mais sont souvent ignorées des acteurs de terrain.

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), des institutions nationales (DRESS, SPF) ou des structures associatives (Fondation Abbé Pierre, Médecins du Monde, Comede), ou encore la création dernièrement de la Fondation hospitalière pour la recherche sur la précarité et l'exclusion sociale par l'hôpital de Nanterre –, **le lien entre la recherche et le terrain** fait encore défaut. Les données disponibles restent suffisamment exploitées.

Ainsi, l'Agence régionale de santé Île-de-France est-elle destinataire d'un grand nombre de données relatives à la santé des personnes migrantes primo-arrivantes en Île-de-France : produites à l'occasion des bilans infirmiers proposés par les pôles santé installés au sein des centres d'accueil et d'examen des situations administratives (CAES), collectées lors des opérations de mise à l'abri, retracées dans les rapports d'activité... Cet ensemble nourrit une vision de l'état de santé de ces personnes, mais ces données sont disparates et concernent des situations individuelles extrêmement diverses (administratives, de durée de séjour...).

Les recherches participatives proposent à ce titre des formes de production de connaissance intéressantes à développer. Elles conjuguent l'implication des acteurs et des personnes en situation de pauvreté qui œuvrent pour mettre à disposition des informations co-produites ou collectées collectivement. Cette production conjointe de connaissance devient mieux appropriable et favorise l'empowerment des personnes accompagnées. Par ailleurs, ces méthodes de croisement des savoirs et des pratiques permettent de modifier les paradigmes et par là d'orienter vers des pistes de réflexion et d'action novatrices.

Il s'agit donc de renforcer les liens avec la recherche et les savoirs, de favoriser le recueil d'informations et mieux utiliser ensuite les connaissances produites, y compris avec l'aide des personnes concernées, pour adapter les recommandations et améliorer les interventions.



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 producteurs de ces données 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, voire provenant de sites pilotes déclinés territorialement ;
 - construire, en particulier, un tableau de bord de la santé des personnes migrantes primo-arrivantes en Île-de-France à partir des remontées des bilans de santé et des équipes mobiles médico-sociales.
- **Poursuivre la montée en charge de la production des recueils de données**, notamment au sein de dispositifs « passerelle » de droit commun comme les EMPP, les PASS, les équipes mobiles médico-sociales... afin de mieux suivre leur rôle facilitateur dans les prises en charge. Encourager aussi une meilleure saisie au sein des établissements hospitaliers permettant de mieux quantifier et qualifier les personnes en situation de vulnérabilité sociale présentes (via une utilisation effective des possibilités de codage de la précarité). Inciter, plus com-

munément, à l'identification et au suivi des personnes dans les bases de données de santé existantes.

- **Promouvoir les grandes études transversales**, par exemple pour actualiser l'étude Samenta publiée en 2010 et portant sur l'estimation des troubles de santé mentale et les addictions de la population francilienne sans logement personnel.
- **Mettre en avant les approches « d'expériences patients »** pour recueillir des éléments sur les vécus et les ressentis dans les démarches d'accès aux soins et de parcours de santé.
- **Assurer une veille sur le non-recours aux soins**, à partir des informations recueillies par les dispositifs comme les missions accompagnement 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).



INDICATEURS DE SUIVI-ÉVALUATION

- 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.

Glossaire

ACT : Appartement de coordination thérapeutique

AHI : Secteur d'accueil, d'hébergement et d'insertion

AME : Aide médicale de l'État

APUR : Atelier parisien d'urbanisme

AP- HP : Assistance publique - Hôpitaux de Paris

ARS : Agence régionale de santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASH : Aide sociale à l'hébergement

AT : Appartement thérapeutique

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CAES : Centre d'accueil et d'examen des situations (pour migrants)

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CHU : Centre d'hébergement d'urgence

CLAT : Centre de lutte antituberculose

CLS : Contrat local de santé

CLSM : Conseil local de santé mentale

COPIL : Comité de pilotage

CPA : Centre de premier accueil

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSST : Centre spécialisé de soins aux toxicomanes

CTR : Centre thérapeutique résidentiel

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

DDETS : Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités

DRIETS : Direction régionale et interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités

DRIHL : Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement

DSS : Direction de la sécurité sociale

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMPP : Équipe mobile psychiatrie précarité

EMSP : Équipe mobile de soins palliatifs

EMSP : Équipe mobile santé précarité

ES : Établissement de santé

ESI : Espace solidarité insertion

ESMS : Établissement de santé et médico-social

ESSIP : Équipe spécialisée de soins infirmiers précarité

FAS : Fédération des acteurs de la solidarité

FIR : Fonds d'intervention régional

GHT : Groupement hospitalier de territoire

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

IPA : Infirmier en pratique avancée

IST : Infection sexuellement transmissible

LAM : Lits d'accueil médicalisés

LAMPES : (mission de) Liaison et d'appui médico-psycho-éducatif et social

LAEP : Lieu 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 difficultés spécifiques »

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PASS ambulatoire : Permanence d'accès aux soins de santé dite « ambulatoire » ou de ville

PDS : Personne en difficultés spécifiques

PMI : Protection maternelle et infantile

PPS : Prévention promotion de la santé

PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

PRS : Projet régional de santé

PSSM : Premiers soins en santé mentale

PTSM : Projet territorial de santé mentale

PUMA : Protection universelle maladie

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

RDRD : Réduction des risques et des dommages

RESAD : Réseau d'évaluation des situations d'adultes en difficulté

SAU : Service d'accueil des urgences

SIAO : Service intégré d'accueil et d'orientation

SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation

SRS : Schéma régional de santé

SSR : Soins de suite et de réadaptation

TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

UD-DRIHL : Unité départementale de la direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

