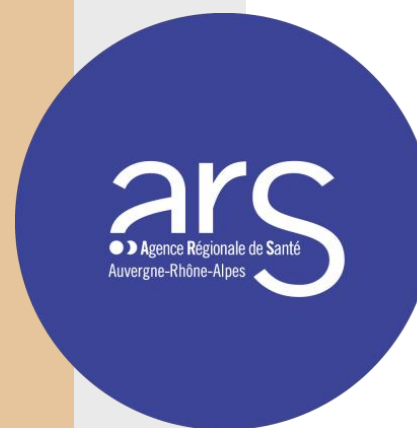




*Programme régional
d'accès à la prévention
et aux soins des personnes
en situation de précarité
(PRAPS)*

2018-2023



Préambule

Chargée du pilotage régional du système de santé, l'agence régionale de santé se voit confier la mission de mettre en œuvre la politique de santé au plus près des besoins de la population et de réguler l'offre en santé en région.

Sous l'impulsion de l'Agence régionale de santé, d'autres acteurs interviennent dans la déclinaison des orientations de la Stratégie Nationale de Santé et dans celles du projet régional de santé.

Ainsi, l'assurance maladie, les collectivités territoriales (au premier rang desquelles on citera les conseils départementaux notamment en matière de politiques en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap) ou bien encore les services de l'État en région sont contributeurs à la mise en œuvre de la politique de santé, dans le respect de leurs attributions et compétences propres.

Dans ce contexte, l'action de l'agence régionale de santé est incarnée par le projet régional de santé (PRS) élaboré en concertation avec les acteurs de santé dans les régions.

Il définit la stratégie régionale de santé, organise sa mise en œuvre opérationnelle et fixe les ambitions et les priorités régionales de santé auxquelles contribuent, chacun dans son champ de compétence, l'ensemble des institutions et promoteurs pouvant intervenir dans la sphère du système de santé, domaine transversal par excellence.

Le projet régional de santé comporte formellement 3 documents constitutifs, élaborés par l'agence régionale de santé sur le fondement d'une évaluation des besoins. Cette évaluation a été réalisée à partir de l'évaluation des PRS ex Auvergne et ex Rhône Alpes, des données socio-économiques, de santé et de l'offre en santé de la région, mais aussi de l'analyse des difficultés rencontrées par l'usager dans son parcours de santé.

Au terme de ce diagnostic, l'agence régionale de santé a élaboré un schéma régional de santé comportant des objectifs en cohérence avec le cadre d'orientation stratégique et un document plus spécifiquement dédié aux personnes en situation de précarité: le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité.

L'analyse qui a prévalu pour ce dernier document, le PRAPS, s'est appuyée sur l'observation des points de ruptures dans les parcours de santé des personnes les plus vulnérables et en lien avec elles, tout en s'inscrivant dans les 6 objectifs plus particulièrement marquants et structurants dans ce schéma 2018-2023 :

- Développer les actions de prévention et promotion de la santé en direction des jeunes plus particulièrement sur des thèmes tels que le surpoids et l'obésité, la santé bucco-dentaire et les addictions, qui sont des marqueurs d'inégalités sociales de santé.
- Développer les actions de prévention secondaire et tertiaire en direction des patients souffrant de pathologies chroniques afin de les rendre davantage acteur de leur prise en charge.
- Garantir, pour tous, l'accès aux soins de 1er recours y compris aux soins non programmés dans un double enjeu : réduction des inégalités géographiques de santé et maintien à domicile.
- Soutenir l'insertion en milieu de vie ordinaire et l'accès aux droits communs pour les personnes en situation de handicap avec comme corollaire le passage d'une logique de places à celle de réponse coordonnée.
- Promouvoir un parcours de soins hospitalier adapté à la personne âgée et renforcer les démarches d'amélioration de la pertinence et de la qualité des soins à leur égard.
- Améliorer la précocité du repérage, du dépistage et du diagnostic en santé mentale dans un enjeu de renforcement de la précocité des interventions.

L'ensemble de ces objectifs trouveront une déclinaison opérationnelle dans le présent programme régional d'accès aux soins et à la prévention.

SOMMAIRE

Améliorer l'accès à la santé des personnes en situation de précarité : un défi à relever pour et avec les personnes concernées..... 4

QUELQUES ELEMENTS DE CONTEXTE..... 4

LA PRECARITE EST UN PHENOMENE MULTIDIMENSIONNEL 9

LES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE REPONDENT A DES TYPOLOGIES TRES DIFFERENTES..... 9

Les objectifs d'amélioration du parcours de santé des personnes en situation de précarité 12

AMELIORER LA CAPACITE DU SYSTEME DE SANTE A MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE 12

FAVORISER LE TRAVAIL EN RESEAU ENTRE LES PROFESSIONNELS DES CHAMPS SANITAIRES ET SOCIAUX POUR L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PRECAIRES 16

FAVORISER L'ACCES AUX SOINS ET LUTTER CONTRE LE NON RECOURS 19

Améliorer l'accès à la santé des personnes en situation de précarité : un défi à relever pour et avec les personnes concernées

Face aux multiples difficultés que doivent affronter les personnes en situation de précarité au quotidien pour répondre aux besoins élémentaires que sont l'hébergement, l'accès à l'alimentation, la santé n'est pas une priorité et passe souvent au second plan de leurs préoccupations faute de moyens. Lorsque les personnes sont amenées à consulter, le problème de santé est souvent aggravé faute d'avoir été évité ou d'être pris en charge à un stade précoce.

Il convient, dès lors, de se donner les moyens d'une politique de prévention et de prise en charge en santé adaptés aux plus fragiles de nos concitoyens au regard de l'objectif du COS : "veiller à l'accès à la santé pour les personnes en situation de précarité".

L'accès à la santé pour les personnes en situation de précarité ne peut être résolu, de manière structurelle, que, par une prise en compte de ces populations dans les démarches de prévention.

Cela réclame des modalités de mise en œuvre et des messages spécifiques. Dans l'attente d'une résolution au fond du problème, il convient de veiller tout particulièrement à l'accès aux dispositifs d'offre, de soins et d'accompagnement et médico-social, pour ces publics précaires.

Ce sont les plus touchés par le « refus de soins » de certains professionnels ou le non recours aux soins, à leur propre initiative.

La ligne directrice, consiste, au maximum, à faire entrer ces populations dans le dispositif de droit commun, la couverture maladie universelle et le dispositif de CMU-C permettant, théoriquement au moins, de couvrir l'essentiel des situations.

Pour les autres, il s'agit, à chaque fois, d'imaginer, en lien avec nos partenaires de l'Etat (DRJSCS), des Collectivités territoriales et des associations, des dispositifs adaptés.

Les Permanences d'Accès aux Soins (PASS) dans le champ sanitaire constituent, de ce point de vue-là, un dispositif socle.

L'impact de la précarité dans la production du handicap et du sur-handicap est une dimension à prendre en compte.

QUELQUES ELEMENTS DE CONTEXTE

La notion de "précarité" est fortement corollée au contexte socio économique. De ce point de vue, la région Auvergne Rhône Alpes est globalement connue pour son dynamisme et son caractère attractif mais avec de fortes disparités.

Avec 7,9 millions d'habitants, soit 12 % de la population, le rythme annuel de progression de la population régionale est supérieur à celui observé au niveau national : en moyenne plus 0,8 %¹ par an depuis 2009 alors que le rythme annuel moyen observé en France métropolitaine est de 0,5 %.

UNE POPULATION VIEILLISSANTE

Les projections de l'Insee montrent qu'en 2020 la population régionale atteindra entre 8 et 8,1 millions d'habitants et qu'en 2040 elle se situera entre 8,7 et 9,5 millions selon les scénarii. La structure de la population évoluera de façon significative : entre 14,3 % et 14,6 % de la population d'Auvergne-Rhône-Alpes sera âgée d'au moins 75 ans en 2040 alors qu'actuellement 9,1 % de la population régionale atteint au moins cet âge. La part actuelle des 75 ans et plus dans la région comme celle projetée en 2040 sont proches des proportions observées dans l'ensemble du pays².

¹ Rythme annuel moyen lissé sur les années 2009 à 2016.

² Au 1^{er} janvier 2016, 9,1 % de la population nationale a au moins 75 ans. En 2040, cette part sera d'environ 14,6 %.

Structure de la population régionale et nationale 2016 et 2040

	Au 1^{er} janvier 2016	Projection 2040		Projection 2040
	Régionale (%)	Régionale (%)		Nationale (%)
		<i>Hypothèse basse</i>	<i>Hypothèse haute</i>	<i>France entière</i>
		<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>Scenario central</i>
Moins de 20 ans	24,6	21,7	24,1	22,3
20 - 59 ans	50,6	47,3	46,2	46,1
60 -74 ans	15,6	16,4	15,4	17,1
75 ans et plus	9,1	14,6	14,3	14,6
Population totale	7 941 000	8 700 000	9 500 000	72 451 000

Source : Insee, Projections de population à horizon 2040

(1) Choix du scénario conduisant à une population régionale à horizon 2040 plus faible (hypothèse de fécondité basse)

(2) Choix du scénario conduisant à une population régionale à horizon 2040 plus élevée (hypothèse de population haute)

UNE REGION DYNAMIQUE

La région est reconnue pour son dynamisme géographique mais également pour son attractivité économique.

Forte d'une métropole (Métropole de Lyon) et de trois villes de plus de 100 000 habitants (Saint-Etienne, Grenoble et Clermont-Ferrand), avec 80 % de la population vivant dans de grandes zones urbaines (pôles urbains rassemblant 10 000 emplois et plus) ou dans les couronnes de ces dernières, Auvergne-Rhône-Alpes affiche un taux de chômage parmi les plus bas de France (8,7 % en moyenne annuelle 2016, ex-æquo avec l'Ile-de-France et la Bretagne) et le deuxième revenu disponible médian le plus élevé après celui d'Ile-de-France (20 900 € dans la région contre 22 500 € en Ile-de-France en 2014).

L'essor démographique important présente un juste équilibre entre l'accroissement dû au solde naturel et celui issu des mouvements migratoires, de respectivement + 0,4 % et + 0,4 % chaque année en moyenne entre 2009 et 2016. Auvergne-Rhône-Alpes est la troisième région la plus dynamique sur la période après la Corse (+ 1,1 %) et l'Occitanie (+ 0,9 %).

Le taux brut de natalité³ dans la région est de 11,9 naissances pour 1 000 habitants. Seules l'Ile-de-France (14,8 ‰) et Hauts-de-France (12,5 ‰) affichent des taux plus élevés. Dans la région, les naissances couvrent largement les décès et à elles seules - c'est-à-dire sans tenir compte du solde migratoire positif - elles assurent le renouvellement de la population : en 2015, 94 200 naissances ont été domiciliées dans la région soit un nombre supérieur de 40 % au nombre de décès recensés. L'indice de vieillissement⁴ reflète également ce dynamisme démographique : 73,6 personnes sont âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans au 1^{er} janvier 2014. La région présente un indicateur proche de l'indice national mais néanmoins plus favorable que ce dernier (74,7).

UNE REGION MARQUEE PAR DE FORTES DISPARITES

D'un point de vue démographique, la région est très contrastée et caractérisée par des zones à forte attractivité, les agglomérations de Lyon, Grenoble, Saint-Etienne, et Clermont-Ferrand et les régions transfrontalières (Haute-Savoie, l'est de l'Ain), où le taux de natalité est plus élevé et les habitants plus jeunes, et d'autres territoires plus ruraux (l'Allier, le Cantal, la Haute-Loire) où vit une population plus âgée. Si les voies de communication et l'implantation de pôles économiques expliquent ces différences, la géographie physique régionale participe bien sûr également à ce bilan. En effet, la région conjugue de vastes espaces urbains peuplés avec des zones rurales montagneuses à faible densité.

³ Insee, État civil, Estimations de population, données 2015.

⁴ L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les mêmes proportions sur le territoire ; plus l'indice est faible plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé plus il est favorable aux personnes âgées.

L'indice de vieillissement et le taux de natalité par département apportent un éclairage sur ces disparités démographiques. Les départements du Cantal, de l'Allier, de l'Ardèche et de la Haute-Loire abritent une population plutôt âgée dans la mesure où les personnes de 65 ans et plus sont en effectifs quasi identiques ou plus nombreuses que les jeunes de moins de 20 ans. Ces quatre départements présentent par ailleurs un solde naturel négatif (le nombre de décès est supérieur à celui des naissances) en 2015. Les départements de l'Ain, de la Haute-Savoie, du Rhône et de l'Isère - à l'inverse, ont une population plutôt jeune où les moins de 20 ans sont entre 60 et 70 % plus nombreux que les personnes de 65 ans ou plus.

Caractéristiques de la population régionale par département

	Population	Taux brut de natalité (‰)	Indice de vieillissement
	<i>Au 1^{er} janvier 2016</i>	<i>Au 1er janvier 2015, pour 1000 habitants</i>	<i>Au 1er janvier 2014, pour 100 jeunes de moins de 20 ans</i>
01 - Ain	640 400	11,0	61,5
03 - Allier	343 000	8,7	118,0
07 - Ardèche	325 400	10,0	98,7
15 - Cantal	145 800	7,7	134,0
26 - Drôme	506 200	11,4	81,0
38 - Isère	1 261 000	11,9	64,6
42 - Loire	762 100	11,9	85,0
43 - Haute-Loire	227 400	9,6	93,9
63 - Puy-de-Dôme	649 800	10,2	88,7
69 - Rhône	1 840 800	14,5	61,8
73 - Savoie	431 800	10,8	78,0
74 - Haute-Savoie	807 200	12,5	60,7
Auvergne-Rhône-Alpes	7 941 000	11,9	74,1

Sources : Insee, État civil, Estimations de population - Insee - Estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2016) – Insee, Recensement de la population 2014.

Les territoires à l'ouest et au sud de la région sont moins urbanisés avec un âge moyen des personnes plus élevé tandis que les zones du centre, de l'Isère et frontalières avec la Suisse sont à l'inverse denses avec une population plus jeune et un taux de natalité plus élevé.

CONTEXTE SOCIOECONOMIQUE

La région est reconnue pour le dynamisme de son économie. Néanmoins, si les indicateurs de mesure de la situation économique sont favorables au niveau régional, les disparités territoriales sont importantes. La région demeure partagée entre d'une part les zones à forte attractivité où se concentrent un revenu médian élevé et un taux de chômage plus faible, d'autre part les zones plus rurales voire isolées caractérisées par un revenu disponible globalement plus faible.

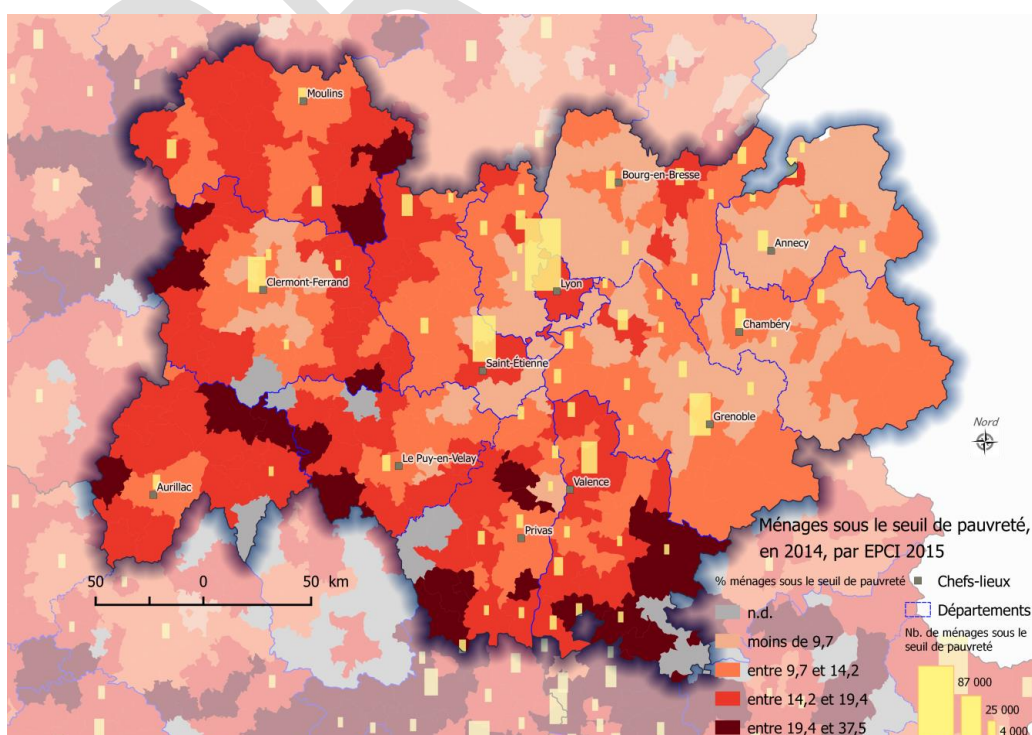
Le revenu médian atteint 20 900 € en Auvergne-Rhône-Alpes. C'est le plus élevé en France de province, mais le constat est à nuancer au sein de la région, puisque d'un département à l'autre cet indicateur varie beaucoup. L'écart dépasse 5 000 € entre le Cantal et la Haute-Savoie, département atypique de par sa proximité avec la Suisse et la présence de nombreux travailleurs transfrontaliers. La situation infra-départementale n'est pas homogène non plus. Ainsi dans le Rhône, le revenu médian des 10% des personnes les plus aisées du département est 3,7 fois plus élevé que celui des 10% les moins aisés.

Caractéristiques économiques de la région par département

	Taux de chômage (%)	Revenu médian (€)	Part des ménages fiscaux imposés (%)	Rapport inter-décile des revenus*
	2016	2014	2014	2014
01 - Ain	7,3	21 700	60,0	3,4
03 - Allier	10,6	19 100	51,9	3,1
07 - Ardèche	10,8	19 400	52,5	3,0
15 - Cantal	6,3	19 000	50,5	2,9
26 - Drôme	11,1	19 600	54,1	3,3
38 - Isère	8,4	21 400	61,4	3,2
42 - Loire	9,9	19 500	53,2	3,0
43 - Haute-Loire	8,2	19 500	51,0	2,8
63 - Puy-de-Dôme	8,7	20 700	58,1	3,2
69 - Rhône	8,9	21 500	62,4	3,7
73 - Savoie	7,7	21 400	63,3	3,1
74 - Haute-Savoie	7,3	24 400	62,9	4,1
Auvergne-Rhône-Alpes	8,7	20 900	58,9	3,4
France métropolitaine	9,8	20 400	58,1	3,5

* : Le rapport inter-décile des revenus est utilisé pour mettre en évidence les disparités entre les plus riches et les plus pauvres. Plus il est élevé, plus les disparités sont importantes. C'est le rapport entre le neuvième décile (qui sépare les 90 % dont les revenus sont les plus faibles des 10 % les plus riches) et le premier décile (qui sépare les 10 % les plus pauvres des 90 % aux revenus les plus élevés).

Sources : Insee, taux de chômage localisés, enquête emploi DOM et Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal.



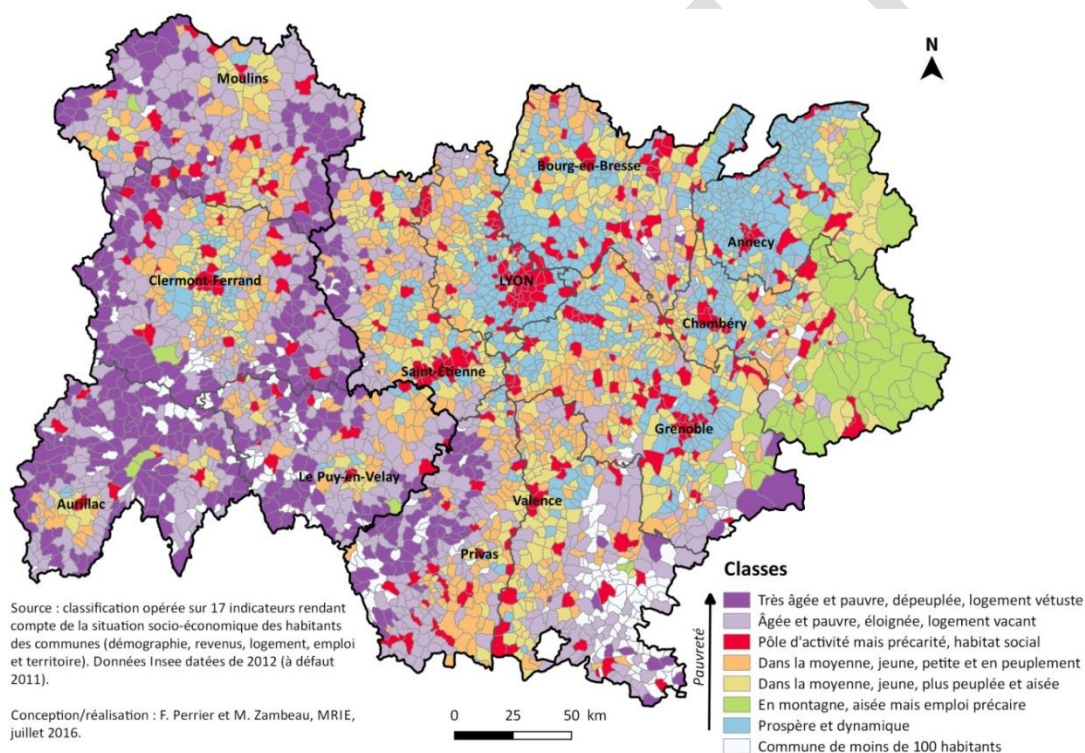
UNE CLASSIFICATION SOCIO-ECONOMIQUE DES COMMUNES

La MRE (Mission régionale d'information sur l'exclusion) a présenté dans son Dossier annuel 2016⁵ les résultats d'une analyse territoriale sur la situation socio-économique des habitants de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Cette analyse, dont la méthodologie est présentée de façon détaillée dans le Dossier 2016, a pour ambition de rendre compte de la diversité d'implantation de la pauvreté dans la région, au niveau communal.

A partir d'une vingtaine d'indicateurs (caractérisant le territoire, la démographie, la pauvreté monétaire, le logement et l'emploi), une typologie des communes a été réalisée et 7 classes de communes ont été ainsi définies. La carte ci-dessous présente cette répartition, allant de la classe la plus marquée par la pauvreté (en violet) à la moins marquée par la pauvreté (en bleu).

Les communes appartenant à la classe « très âgée et pauvre, dépeuplée, logement vétuste » sont implantées à l'ouest de la région, prioritairement au sein des quatre départements auvergnats ainsi qu'en Ardèche.

Classification socioéconomique des communes d'Auvergne-Rhône-Alpes



Source : MRE

⁵ http://www.mrie.org/images/MRE/mrie/MRE/DOCUMENTS/DA/2016/Extrait_D2016_-_Partie_6_-_p295-235_-_Complet.pdf

LA PRECARITE EST UN PHENOMENE MULTIDIMENSIONNEL

Si la pauvreté sur la région Auvergne-Rhône-Alpes -ou précarité financière- touche 12,3 % de la population, elle recouvre de fortes disparités à la fois territoriales : taux de pauvreté allant de 9,5 % de la population en Savoie à 15% dans le Cantal et dans la typologie des personnes concernées.

Les différentes études conduites par l'ONPES et par les acteurs de la solidarité : médecins du monde ou le Secours catholique mettent en évidence une augmentation évidente depuis 2008 de la précarité avec un élargissement des populations touchées.

Dans son avis sur la « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », le Conseil Economique Social et Environnemental définit ainsi la précarité :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible ».

Cette approche souligne que la précarité est un état potentiellement transitoire, qui touche particulièrement des personnes vulnérables par différents aspects, et qui peuvent basculer dans la précarité au moindre "accident de parcours".

Elle met en évidence que les personnes en situation de précarité ne constituent pas un groupe homogène, c'est-à-dire avec des caractéristiques parfaitement repérées et semblables qui permettraient d'identifier aisément des points de rupture dans leur parcours de soins.

LES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE REPONDENT A DES TYPOLOGIES TRES DIFFERENTES

La précarité s'appuie sur la pauvreté financière, définie au regard du revenu standard médian de la population pour un seuil inférieur à 60% du revenu médian (1008 € en 2014) par mois et par unité de consommation. Un peu plus de 12% de la population régionale vit sous ce seuil de pauvreté. Il s'agit de personnes sans ressources ou avec minima sociaux. Parallèlement, la précarité touche désormais des nouvelles catégories de personnes salariées mais à faibles revenus, dits travailleurs pauvres, notamment à temps partiel ou saisonniers, aggravée par des situations familiales de type "mono parentales". Le taux de pauvreté des familles monoparentales avoisine 36 % en 2014 et avec une précarité accrue pour les femmes et les jeunes. Un jeune français sur 5 entre 0 et 29 ans est considéré comme pauvre en 2014.

Cette diversité des publics en situation de précarité conduit à s'interroger sur les points communs générant pour ces personnes un parcours de santé "chaotique".

Au-delà des motifs "économiques" (précarité financière), des obstacles liés aux conditions de vie des personnes, et aux événements de leur vie, les conduisent à être en rupture avec le système de santé, ce qui les fragilise encore plus et avec pour conséquences des prises en charge tardives dans des états de santé dégradés nécessitant une plus grande mobilisation de ressources.

Cette situation de précarité est souvent aggravée par un fort isolement social qui contribue au renoncement aux soins (rapport du CESE 2017).

Si l'accès aux soins et à la prévention est particulièrement difficile pour certaines populations vulnérables : personnes vivant dans la rue, migrants, gens du voyage, personnes détenues, il peut être tout aussi complexe pour des personnes fragiles "éloignées" socialement ou géographiquement des dispositifs de droit commun que ce soit dans des territoires dits "en politique de la ville" ou dans des zones rurales éloignées des ressources en soins de santé.

Ce qui a pour conséquence des indicateurs en santé défavorables : la mortalité et morbidité sont augmentées, le taux de recours à la vaccination infantile et au dépistage organisé des cancers est moindre, une prévalence de surpoids plus élevé générant davantage de diabète et maladies métaboliques (risque multiplié par 2,9), de maladies cardio-vasculaires (risque multiplié par 1,4) et davantage de dépressions : risque multiplié par 2,4 (rapport de l'académie nationale de médecine 2017).

Les personnes en situation de précarité ont une durée de vie plus courte car de santé fragile, ce qui est susceptible d'ailleurs d'accroître leur précarité ; il s'agit donc d'un cercle vicieux dont il est cependant possible de sortir par des moyens adaptés.

L'objectif d'améliorer le parcours de santé des populations en situation de précarité s'appuie sur l'analyse des "points de rupture" communs à des catégories de personnes vulnérables différentes mais ayant vécu ou exprimé les mêmes difficultés dans la prise en charge de leur santé ; cette approche s'inscrit dans une démarche systémique, globale et non stigmatisante envers des typologies populationnelles.

Les études récentes –DGOS 2016 sur les parcours de soins des personnes en situation de précarité, notamment– montrent qu'il n'y a pas de facteurs spécifiques pour les publics en situation de précarité mais plutôt une complémentarité de facteurs identiques pour tous qui vont conditionner la fluidité du parcours de soins

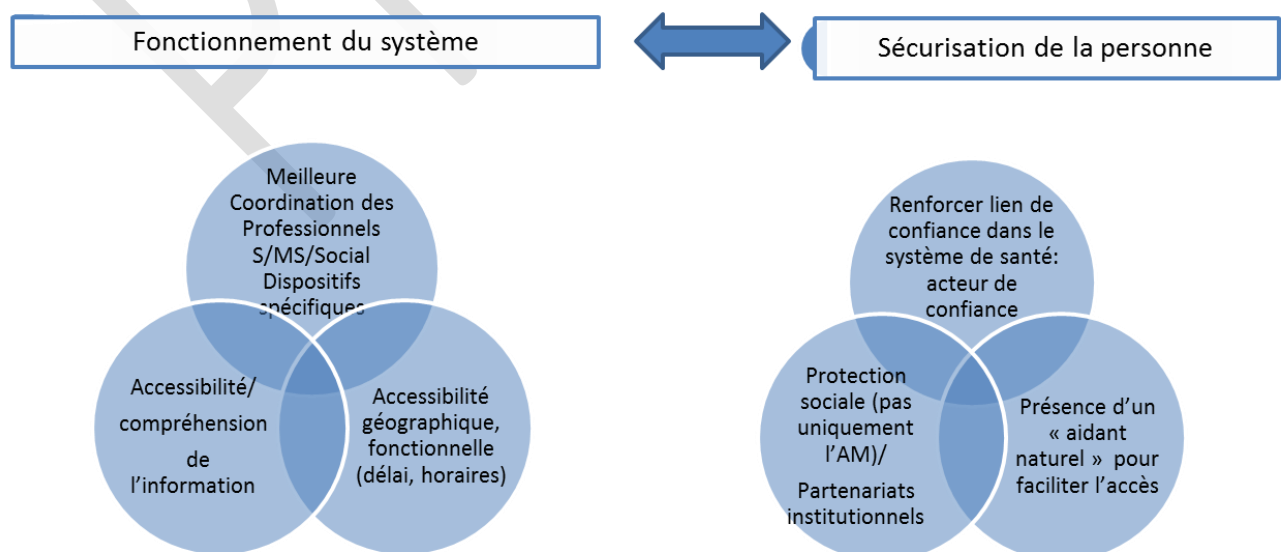
La réussite d'un parcours de soins repose sur un équilibre à 2 dimensions :

- La 1ère dimension vise à "sécuriser" les personnes dans leur parcours, en lien avec leurs conditions de vie ce qui inclus dans cette composante à la fois une indispensable protection sociale, un lien de confiance avec un "acteur clé" du système de santé et des "aidants naturels" (familiaux ou autres) qui pourront notamment neutraliser l'éloignement géographique des lieux de soins, y compris en ville pour des personnes n'ayant pas de moyens de locomotion pour mener leurs démarches.
- La seconde dimension de cet équilibre vise l'organisation du système de soins tant dans la question de l'accessibilité fonctionnelle de l'offre : absence de médecins en proximité, horaires d'ouverture inadaptés, délais d'attente pour des rendez-vous chez un soignant trop longs que dans celles des pratiques professionnelles, qui sont parfois de nature à exclure ou éloigner des soins les populations les plus en difficulté :
 - l'absence ou le refus de tiers payant,
 - les dépassements d'honoraires,
 - les refus de soins parfois « cachés » derrière la fixation de délais de rendez-vous très longs ou la présentation de devis exorbitants (pour des soins dentaires par exemple).

Par ailleurs, l'absence de coordination des professionnels de santé ou sociaux intervenant auprès de la même personne se révèle préjudiciable à la prise en compte globale de la situation de la personne et à la continuité des soins.

Cette composante joue un rôle d'autant plus important que la "sécurisation" des personnes n'est pas complète.

La prise en compte de ces 2 dimensions peut être ainsi représentée :



Les priorités portées dans le présent PRAPS visent à prendre en compte ces 2 dimensions en s'appuyant sur la capacité d'agir des personnes pour que tout un chacun devienne le plus possible acteur de son parcours de santé. En parallèle des objectifs énoncés ci-après et déclinés en terme de plan d'actions, d'autres objectifs pouvant améliorer le parcours de santé des personnes en situation de précarité sont communs à plusieurs catégories d'utilisateurs du système de santé et sont inscrits dans le schéma régional de santé.

Les objectifs d'amélioration du parcours de santé des personnes en situation de précarité

AMELIORER LA CAPACITE DU SYSTEME DE SANTE A MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE

Le parcours de soins pour la personne vulnérable est d'autant plus réussi qu'elle se sentira comprise et écoutée c'est-à-dire reconnue et prise en compte pour ce qu'elle est "intrinsèquement".

Si, pour la plupart des patients, une approche indifférenciée par les professionnels n'entraîne aucune conséquence dans leur prise en charge, il n'en est pas de même pour les personnes les plus vulnérables, alors même qu'elles demandent une attention particulière généralement liée à des difficultés de compréhension ou à la crainte d'approcher le système de santé ou la peur d'être jugé, de ne pas savoir, de ne pas comprendre ce qui sera dit.

Les publics en situation de précarité, s'ils sont souvent "repérés" n'ont pas toujours pour autant la prise en charge adéquate comme le soulignent de nombreuses études.

- Celle concernant "l'étude sur des pratiques médicales et dentaires : entre différenciation et discrimination" publiée récemment par le Défenseur des droits met en avant les effets d'un "étiquetage social" qui peut favoriser des pratiques professionnelles différentes, dont certaines renvoient à une discrimination rendant complexe et parfois inopérant le parcours de santé des personnes en précarité.
- Idem - le rapport 2016 de la MRIE.
- Différentes études réalisées par l'ODENORE sur les motifs du "non recours aux soins".

Certes la place donnée au patient tend à être plus importante, notamment depuis la fin des années 1990 avec l'amorce du processus de démocratisation sanitaire jusqu'à la récente loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 qui vise à donner une plus grande place aux patients dans le système de soins.

Néanmoins, pour les plus vulnérables d'entre eux, la prise en compte de leurs souhaits ou de leurs capacités de soins –au sens des possibilités que ces personnes ont en terme d'accessibilité, que ce soit d'ordre social ou financier- semble se faire moins facilement.

A cela s'ajoute le poids "normatif" du système de santé : logique économique, logique évaluative des professionnels de santé qui ne leur permettent pas toujours de prendre le temps nécessaire pour une consultation "aboutie": être certain que le diagnostic soit compris pour que le suivi dans la prise en charge soit réellement fait, est chronophage.

Dès lors il convient de faire évoluer le système de santé dans la prise en charge des personnes les plus fragiles, en prenant en compte les objectifs opérant positivement. Ils sont au nombre de 4 :

- Favoriser une meilleure connaissance, par les professionnels, des personnes en situation de précarité pour en améliorer la prise en charge ;
- Déployer des outils et/ou dispositifs facilitant la compréhension entre les professionnels et les patients ;
- Promouvoir des dispositifs de prévention adaptés aux personnes en situation de précarité ;
- Faciliter la prise en charge en santé mentale des publics en situation de précarité.

FAVORISER UNE MEILLEURE CONNAISSANCE, PAR LES PROFESSIONNELS, DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE POUR EN AMELIORER LA PRISE EN CHARGE

L'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité passe par une meilleure connaissance des professionnels de santé dans la prise en compte des spécificités des personnes rencontrées et en lien avec elles. Diverses études tant sur les motifs de non recours des personnes les plus fragiles ou sur les parcours de soins (EtudeDGOS/Itinere conseil/Efect 2015) montrent une forte attente des personnes en situation de précarité pour être mieux entendues et comprises lors des consultations.

Pour répondre à ces attentes légitimes et garantir d'une meilleure prise en charge des personnes à travers notamment d'une meilleure observance des traitements, il convient de renforcer la formation des professionnels de santé aux spécificités liées aux situations de précarité et à leurs incidences sur la prise en charge ; cette formation pourra s'appuyer sur les démarches de "pair aide" promouvant une co-construction des modules avec des personnes ayant eu un parcours de santé difficile du fait d'une précarité passée.

Ce volet "formation" commun à plusieurs ou toutes les populations abordées dans le PRS est décrit dans le schéma régional de santé.

Par contre, de façon spécifique, le PRAPS propose de relayer la promotion du travail pair dans les structures d'accueil des personnes en situation de précarité, dans une approche à porter avec la direction régionale de la cohésion sociale, en responsabilité de la question de l'hébergement.

Cette action s'appuie sur un dispositif expérimenté et porté par la DIHAL jusqu'en 2017.

DEPLOYER DES OUTILS ET/OU DISPOSITIFS FACILITANT LA COMPREHENSION ENTRE LES PROFESSIONNELS ET LES PATIENTS

L'accès aux soins et la circulation de l'usager en situation de précarité dans le parcours de soin se révèlent complexifiés par les questions d'ordre linguistique en particulier pour les personnes allophones.

Dès lors, il est essentiel d'accompagner les professionnels avec des outils opérationnels et rapidement mobilisables. A ce titre, l'ordonnance "visuelle", expérimentée par le CCAS de la Voulte sur Rhône facilite, à l'aide de pictogrammes, la compréhension des prescriptions médicamenteuses pour les personnes en difficulté de compréhension de la langue écrite. Cette "ordonnance" a obtenu "le label 2017 du droit des usagers" octroyé par le ministère de la santé.

Il est proposé d'étudier les conditions de sa généralisation et de s'assurer de la diffusion des outils de cette nature, via des plates formes existantes ou en cours.

A ce titre les actions proposées sont :

- renforcer le recours à l'interprétariat pour les structures sanitaires, médicosociales et les professionnels libéraux en ayant la nécessité,
- recenser et diffuser les outils probants du type de "l'ordonnance visuelle": en parallèle de l'interprétariat, moyen d'action linguistique, différents supports aident les échanges entre les personnes et les professionnels.

PROMOUVOIR DES DISPOSITIFS DE PREVENTION ADAPTES AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE

Les études montrent des indicateurs de santé nettement moins favorables pour les personnes en situation de précarité conduisant à une espérance vie diminuée et à une augmentation de nombreuses pathologies en particulier de maladies métaboliques, cardio-vasculaires ou encore risque de dépression. Il est d'autant plus important de renforcer la promotion de comportements favorables à la santé pour agir sur les déterminants de santé des personnes en situation de précarité.

Si ce public est classiquement le plus éloigné du soin, il l'est également des démarches "universelles" de prévention et promotion de la santé car peu captives aux messages "classiques".

Dès lors, il convient d'adapter l'action institutionnelle sur les thèmes priorités en lien avec les acteurs des territoires ciblés.

Les objectifs opérationnels visent à :

- Adapter les actions en faveur de la prévention de l'obésité en lien avec une activité physique adaptée: l'accès à une alimentation équilibrée est garant d'un meilleur état de santé et évite ou réduit les maladies chroniques- type diabète-en forte évolution chez les personnes en situation de précarité. Pour ce faire il est proposé de soutenir les acteurs tels que les ASV: ateliers santé ville dans les territoires en politique de la ville, les médiateurs en santé dans leurs missions d'amener les personnes les plus éloignées du soin à prendre en charge leur propre santé dans des actions de sensibilisation collectives.

- Adapter les actions favorisant les dépistages des cancers et des maladies chroniques en proximité des populations les plus vulnérables.

Il est avéré que les actions classiques en faveur du dépistage organisé des cancers en particulier "féminins" et du colo- rectal touchent moins les personnes défavorisées du fait de barrières culturelles, du rapport à son propre corps, d'une image de soi négative qui constituent des freins. Dès lors, il convient d'adapter les messages d'information pour mieux prendre en compte la représentation individuelle des personnes à la démarche de dépistage organisé en lien avec les structures en lien avec des "usagers pairs".

- Améliorer la santé bucco- dentaire des personnes vulnérables.

Les orientations du Conseil de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM– 20/07/2017) rappellent que "l'état de santé bucco-dentaire français est l'un des plus médiocres des pays européens." "Cet état de santé bucco-dentaire dégradé touche plus particulièrement les populations précaires et fragilisées."; il constitue un des marqueurs d'une santé physique dégradée chez les sans-domicile.(DREES - sept 2015).

Il est important de prévenir et prendre en charge le plus tôt possible l'état de santé dentaire des personnes les plus fragiles et éloignées du soin.

Pour ce faire, il est proposé de soutenir les opérateurs en privilégiant les actions dans les quartiers ou prioritaires et sur les lieux de vie: structures d'hébergement, centres sociaux, prisons...

- Prévenir les comportements à risque et les IST: la région Auvergne Rhône alpes est la 2 ème région française touchée par le VIH/SIDA (source Ameli). Le nombre d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST) (syphilis, gonococcies, chlamydiae) continue d'augmenter en ex Rhône-Alpes comme au niveau national. Cette progression est particulièrement observée chez les hommes ayant des relations avec les hommes (HSH): +365% en 2 ans pour les syphilis, +129% en 2 ans pour les gonococcies. La part des co-infections est élevée et concerne surtout le VIH et les infections à Chlamydia, ce qui est en faveur de comportements sexuels à risque (multi-partenariat et utilisation insuffisante du préservatif), notamment chez les HSH séropositifs.

Or, les conditions de vie des personnes sans domicile les exposent plus particulièrement aux maladies transmissibles, qui peuvent alors se répandre de façon épidémique et poser des problèmes aigus de santé publique.

La prévalence élevée du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles (IST), témoigne de la fréquence de consommation de drogues injectables et d'adoption de comportements sexuels à risque parmi les personnes de la rue ou celles en situation de précarité.

Les étrangers en situation de précarité, principalement les migrants originaires d'Afrique subsaharienne, constituent également un sous-groupe à fort taux d'infection par le VIH ou par les virus des hépatites B et C . Souvent en séjour irrégulier, ils cumulent les obstacles tant en ce qui concerne l'accès au dépistage que l'accès aux soins.

Il est donc nécessaire de soutenir particulièrement les acteurs œuvrant avec les publics ciblés: migrants, détenus, prostitués.

- Promouvoir la Prévention médicalisée par des moyens adaptés aux personnes en situation de précarité : renforcer vaccination "hors les murs" par les CEGIDD pour les publics repérés: migrants, détenus, prostituées...

FACILITER LA PRISE EN CHARGE EN SANTE MENTALE DES PUBLICS EN SITUATION DE PRECARITE

Les personnes vulnérables sont plus souvent en souffrance psychique ou atteintes de pathologies mentales psychiatriques nécessitant à la fois un repérage et une prise en charge précoces en lien avec un décroisement des acteurs.

Touchées plus que les autres par un accès difficile de la ressource en santé mentale : déficit de professionnels sur certains territoires, délais d'attente trop longs, difficulté à se déplacer pour les personnes.

Il est proposé de :

- Optimiser le fonctionnement des Centres médico psychologiques (CMP) par la réduction du délai d'accès pour les primo-consultants, le redéveloppement des interventions à l'extérieur et la promotion des recommandations de l'ANAP (modalités du premier accueil, créneaux d'urgence, agenda partagé, suivi des délais de RDV...).
- Améliorer la prise en charge des personnes en renforçant la synergie entre les acteurs, notamment en renforçant les Conseils Locaux en santé mentale (CLSM).

Le CLSM est un levier de suivi et de prévention des situations de souffrance psychique notamment pour les plus fragiles. L'instruction du 30 septembre 2016 vise la généralisation des CLSM en particulier dans les contrats de ville pour permettre l'amélioration des parcours en santé mentale des habitants en QPV.

FAVORISER LE TRAVAIL EN RESEAU ENTRE LES PROFESSIONNELS DES CHAMPS SANITAIRES ET SOCIAUX POUR L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PRECAIRES

La coordination entre les professionnels du soin et du médicosocial est un facteur de réussite pour assurer aux personnes les plus vulnérables une prise en charge globale et qui tienne compte de leurs lieux de vie.

Pour contribuer à cet enjeu, 5 objectifs sont proposés :

- Améliorer la prise en charge des personnes souffrant d'addiction dans les lieux d'hébergement ;
- Améliorer la prise en charge des personnes sans domicile individuel en sécurisant le logement ;
- Faciliter l'entrée en structures " EHPAD " des personnes en situation de précarité ;
- Adapter les parcours de soins aux particularités des personnes vulnérables les plus en difficultés ;
- Renforcer la cohérence des acteurs territoriaux pour une meilleure prise en charge des personnes en situation de précarité.

AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SOUFFRANT D'ADDICTION DANS LES LIEUX D'HEBERGEMENT

Les professionnels des structures, de différents métiers, ont souvent du mal à comprendre les personnes vulnérables résidentes, ce qui peut générer des difficultés dans la prise en charge des personnes résidentes.

Il est proposé de:

- Améliorer le repérage, l'orientation ou le maintien sur site des personnes souffrant d'addictions dans les structures d'hébergement.
- Poursuivre les formations des professionnels des structures d'hébergement sur la question de prise en charge des addictions.

AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SANS DOMICILE INDIVIDUEL EN SECURISANT LE LOGEMENT

Prendre en charge la personne en grande précarité dans une approche de parcours nécessite souvent de prendre en compte, en tout 1^{er} lieu, la question du "lieu de vie" donc du logement. En effet, il est avéré que les personnes justement sans logement- "à la rue" ou sans domicile stable- connaissent un taux élevé d'échec dans leur prise en charge conduisant à une aggravation de l'état de santé: ceci est particulièrement vrai dans la prise en charge psychiatriques.

Dès lors, il est proposé de favoriser l'articulation entre le logement et les soins psychiatriques en soutenant les dispositifs ad hoc.

Dans ce contexte, un dispositif expérimental depuis 2012 intitulé "un chez soi d'abord" consistant à prendre en charge des personnes sans abri souffrant de troubles psychiques graves et pour lesquelles les dispositifs classiques d'action sanitaire et sociale sont inadaptés, a montré qu'en leur permettant un accès à un logement , et en organisant sur le lieu de vie une prise en charge pluri disciplinaire, ces personnes connaissent une amélioration de leur état de santé et sont stabilisées dans leur logement.

FACILITER L'ENTREE EN STRUCTURES " EHPAD " DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE

Les personnes en situation de précarité ont plus de difficultés à entrer en EPHAD car elles nécessitent souvent un temps d'adaptation plus long à un lieu de vie collectif : du fait d'un isolement social antérieur générant plus que d'autres des difficultés à s'adapter à la vie en collectivité.

Du fait de leur parcours préalable, il paraît nécessaire que ces personnes les plus vulnérables puissent bénéficier d'un accompagnement spécifique par leur structures d'hébergement lorsqu'elles en sont issues.

Il est proposé de soutenir et mesurer l'impact de dispositif innovant favorisant une meilleure insertion des personnes en situation de précarité aux structures d'hébergement pour personnes âgées.

ADAPTER LES PARCOURS DE SOINS AUX PARTICULARITES DES PERSONNES VULNERABLES LES PLUS EN DIFFICULTES

Parmi les personnes en situation de précarité, certaines catégories, de par leurs spécificités, nécessitent une prise en charge particulière.

Il est proposé de:

- Promouvoir une prise en charge inter institutionnelle des migrants : l'arrivée récurrente des migrants sur la région nécessite souvent une mobilisation "sanitaire" non prévue et "désorganisée", ce qui génère parfois des tensions dans les ressources mobilisables; dès lors une meilleure coordination préparée entre les acteurs institutionnels: préfecture, réseau cohésion sociale, l'OFII et les professionnels permettrait une meilleure prise en charge et un repérage amélioré de leur prise en charge en matière de santé.
- Adapter les modalités de prises en charge pluridisciplinaire pour le parcours des femmes enceintes vulnérables.
Plus que les autres, les femmes en situation de précarité ont un état de santé dégradé et le contexte d'une grossesse est une source potentielle d'aggravation avec des risques encourus pour l'enfant à venir, pouvant être lié à plusieurs facteurs: absence de repérage d'un état de précarité lors de l'entretien préalable alors que ce repérage devrait faire l'objet d'un accompagnement renforcé, de difficultés de suivi pendant la grossesse, de difficultés en sortie de maternité.
Il est proposé de travailler en articulation avec les réseaux de périnatalité sur les dispositifs de coordination des partenaires et sur l'articulation avec les dispositifs des PASS autour de la périnatalité.
- Soutenir la réduction des risques pour les personnes prostituées.
La loi du 13 avril 2016 fait état d'un volet prévention et d'accompagnement vers le soin des personnes prostituées
Les actions s'inscriront dans ce cadre.
- Favoriser l'accès à la santé pour les personnes détenues.
De nombreux rapports mettent en avant les problèmes de santé des détenus (IGAS 2015, Invs 2013, Cour des comptes 2014...) rendant nécessaires de renforcer leur prise en charge de santé. - Les personnes incarcérées sont souvent ciblées dans les plans nationaux (VIH, tabac ...) et, plus récemment dans une nouvelle stratégie santé des personnes placées sous-main de justice officialisée en 2017 propose les axes suivants :
 - améliorer la connaissance de l'état de santé des personnes entrant en détention pour mieux répondre à leurs besoins: enquête régionale à réaliser,
 - développer la promotion de la santé des personnes détenues : environnements favorables, copil prévention, formations des personnels...
 - poursuivre l'amélioration des repérages et dépistages : risque suicidaires: inciter toutes les USN1 à offrir une consultation psychiatrique à tous les entrants, améliorer le dépistage des risques infectieux (VIH, VHC, VHB), réduire les conduites addictives, améliorer l'état de santé bucco-dentaire, prévenir la perte d'autonomie,
 - améliorer l'accès aux soins des personnes détenues : pourvoir les postes de soignants vacants en prison en incitant les ETS à prévoir, améliorer les hospitalisations des personnes par l'analyse des hospitalisations annulées et celles indues par défaut d'organisation de la sortie; veiller à ce que les CATTP financés soient actifs,
 - promouvoir des soins de qualité :en améliorant la coordination des partenaires en lien avec les addictions, en incitant les professionnels à utiliser la télémedecine, en améliorant la coordination pour que les détenus sortants bénéficient d'une visite stages d'internes, repositionner les CRIAVS sur leurs missions et fusionner les 2 centres de la région,
 - essayer de limiter le nombre de suicides en prison en incitant les ETS psychiatriques à réaliser des RMM après suicide d'un détenu en établissement psychiatrique et en incitant les USN1 à participer aux commissions ad hoc,
 - améliorer le respect des droits des patients détenus en limitant le recours à l'isolement et à la contention des patients détenus aux strictes nécessités cliniques.

RENFORCER LA COHERENCE DES ACTEURS TERRITORIAUX POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE

Sur un même territoire, et en vue d'appréhender les personnes dans tous les aspects de leur vie ayant un impact sur leur santé, la coordination entre les différents acteurs, partenaires institutionnels peut se faire au travers du contrat local de santé –CLS-. Cet outil permet de déployer une politique à un niveau territorial selon les besoins des populations (diagnostic) et en fonction des ressources locales repérées. Dès lors, suivant la nature des territoires ciblés, il convient de formaliser l'attention soutenue pour les personnes les plus vulnérables.

Il est proposé d'intégrer la formalisation d'actions envers les personnes en situation de précarité dans les CLS à venir.

PROJET

FAVORISER L'ACCES AUX SOINS ET LUTTER CONTRE LE NON RECOURS

Dans notre pays, en 2017, avec un contexte général d'amélioration de la santé, plus de 5 millions de personnes ne disposent pas de la totalité de leurs droits de santé. (rapport 2017 de l'Académie de médecine).

Les récentes études soulignent également qu'une personne sur quatre, a renoncé à des soins; ce taux de renoncement est bien plus élevé –environ 50%- pour les personnes à faible revenu (10^{ème} baromètre IPSOS-Secours populaire 2016).

Ces chiffres couvrent des réalités bien différentes : certes le 1^{er} motif invoqué est souvent d'ordre financier (pour l'optique, le dentaire notamment) alors même que des dispositifs d'aide à la prise en charge financière existent (CMU-C; Acs) mais insuffisamment mobilisés.

Pour autant d'autres motifs de renoncement aux soins trouvent leur source dans la complexité des dispositifs et des démarches administratives créant une distance, parfois réelle dans les territoires ruraux, entre les personnes et l'offre de soins semblant parfois infranchissables.

Il convient dès lors de faciliter l'accès au "droit commun" notamment de l'assurance maladie par le soutien aux démarches inclusives en vue de permettre aux personnes les plus fragiles de (re)devenir acteur de leur santé.

Cet enjeu de réduction des inégalités des accès aux soins se décline autour de 3 objectifs :

- Améliorer L'accès au " droit commun" des personnes en situation de précarité ;
- Optimiser l'offre de prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes en situation de précarité ;
- Développer des dispositifs probants favorisant l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables L.

AMELIORER L'ACCES AU " DROIT COMMUN" DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE

Lorsque l'on évoque le "droit commun" en termes d'accès à la santé, il s'agit pour bon nombre de personnes d'être prioritairement couvert par les droits de l'assurance maladie ce qui, pour les plus fragiles, se traduit par la Couverture Maladie Universelle et sa complémentaire santé : CMU C.

Depuis le 1er janvier 2016, la protection universelle maladie (PUMA) est entrée en application remplaçant la CMU de base avec l'objectif de limiter autant que possible la rupture de droits sociaux liés à des changements de situation personnelle.

Or ce sont précisément les personnes en situation de précarité qui subissent le plus la perte de leurs droits, et par là même connaissent des difficultés à les retrouver générant des situations de non recours persistant en partie liée à la complexité administrative.

Divers dispositifs soit réglementaires soit issus d'initiatives déployées en région existent et méritent d'être renforcés :

- Développer les dispositifs de médiation en santé

La médiation en santé est un dispositif d'accompagnement vers le système de santé, touchant les habitants les plus éloignés du système, sur leur lieu de vie, en vue de faciliter le retour "au droit commun" et dans une approche visant à les rendre autonome.

La Haute Autorité en Santé a publié récemment un référentiel sur les "bonnes pratiques" de la médiation, tel que prévu par l'article 90 de la loi de modernisation du système de ; ce référentiel s'est largement inspiré de l'approche de médiation telle que mise en place par l'ARS depuis 2015 sachant que d'autres pratiques de médiation existent sur le territoire régional organisées et portées de façon différentes.

La médiation voulue par l'ARS porte sur les quartiers en politique de la ville depuis 2015 sur le pourtour rhônalpin ; elle a permis de renforcer l'accès aux droits et aux soins des personnes en difficulté sur 60% des QPV.

Il est proposé de conforter les médiations existantes, et de développer de nouvelles formes de médiation tenant compte des spécificités des territoires, à l'instar des « pôles de santé publique » mis en place en ex auvergne et promus dans une approche parcours précarité ou de la médiation mobile dans les territoires ruraux avec une population disséminée.

- Renforcer les Permanences d'accès aux soins : PASS; somatiques et leur adjoindre autant que nécessaire des consultations spécialisées en pédiatrie, dentaire et psychiatrique.

Cette action est rendue nécessaire par l'augmentation des publics « traditionnels » en situation de vulnérabilité sociale et en difficulté pour accéder aux soins du fait de l'absence de réponse de la médecine de ville. Par ailleurs, l'augmentation de la population migrante (en amont et aval de la demande d'asile) ne pouvant accéder aux dispositifs de droit commun (absence de droits CPAM) accroît le nombre de personnes en consultations auprès des PASS avec des problématiques en santé étendues (dentaire, fragilité ou pathologie mentale).

En corollaire, sur une région telle qu'Auvergne Rhône-Alpes, il est nécessaire d'harmoniser ce dispositif sur le territoire régional : en effet, un 1^{er} travail d'évaluation des PASS réalisée par une interne en santé publique conduit à revoir certaines pratiques locales dans l'objectif d'une harmonisation régionale pour être en conformité avec les missions attendues des PASS (circulaire de juin 2013).

Ce travail est conduit par la coordinatrice régionale et nécessite une mobilisation supplémentaire en termes de moyens alloués à la mission de coordination régionale, compte tenu de la charge représentée par l'ensemble des PASS des 12 départements.

- Optimiser l'articulation avec l'Assurance maladie : les dispositifs tels que la médiation en santé ou les PASS interviennent pour faciliter l'accès aux droits de sécurité sociale des personnes rencontrées. A ce titre, pour faciliter la prise en charge des personnes, il est important qu'un partenariat entre les personnels facilitant ces parcours et l'assurance maladie puisse s'établir.

Une convention "cadre" établie tout récemment au plan régional pourra décliner des actions visant à rapprocher les acteurs locaux et à favoriser le traitement des dossiers portés par les médiateurs locaux.

OPTIMISER L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET MEDICO SOCIALE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE

Au-delà des dispositifs relevant du 1^{er} objectif, d'autres assurent également la prise en charge des personnes les plus fragiles; il s'agit de dispositifs spécifiquement médico sociaux que sont les Lits d'accueil médicalisé- LAM, les lits halte soins santé-LHSS, les appartements de coordination thérapeutique-ACT-qui permettent le maintien des personnes sur leurs lieux de vie leur assurant une prise en charge globale.

Il convient de recenser les dispositifs existants afin d'assurer un maillage territorial correspondant aux besoins.

DEVELOPPER DES DISPOSITIFS PROBANTS FAVORISANT L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES LES PLUS VULNERABLES

Les dispositifs de l'hébergement d'urgence connaissent des difficultés récurrentes liées à la fois à des questions de capacité mais aussi au mauvais état de santé des personnes accueillies. Les personnels des centres, souvent travailleurs sociaux ont du mal à faire face à la lourdeur des cas: polypathologies chroniques, vieillissement, handicap génèrent des questions de santé sans pour autant que la solution soit hospitalière; cette nécessité a conduit certaines structures à avoir des personnels infirmiers avec ou sans l'aide de l'ARS alors que d'autres structures ne peuvent financer ces postes seules d'où nécessité d'un calibrage régional.

Il est proposé de soutenir des approches novatrices de cette approche.

ARS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

241 rue Garibaldi – CS 93383 – 69418 Lyon cedex 03
04 72 34 74 00 – www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr

