



— **Projet régional
de santé
d'Alsace**

— **2012 - 2016**



**Programme Régional d'Accès à la
Prévention et aux soins
(PRAPS PRS)**

Introduction

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est un objectif du plan stratégique régional de santé (priorité 9) ; elle est un facteur commun à l'ensemble des politiques conduites par l'Agence régionale de santé.

L'état des lieux établi par l'agence a mis en évidence l'importance des inégalités sociales et territoriales de santé dans la région. Il est établi, par ailleurs, que les déterminants macro-sociaux (logement, environnement de vie, transports, travail...), économiques et culturels ont une influence sur l'état de santé des populations aussi importante que les comportements individuels ou les soins médicaux. L'enjeu est donc d'agir à la fois sur l'offre de soins et de prévention, mais également plus largement sur les déterminants des inégalités de santé, pour garantir une prise en charge globale sanitaire, sociale et médico-sociale des personnes les plus démunies.

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux soins (PRAPS) constitue l'un des programmes obligatoires du projet régional de santé (PRS). Il s'appuie sur l'acquis des trois programmes précédents.

Elaboré en collaboration avec les services déconcentrés de l'Etat, l'assurance maladie, les collectivités territoriales et locales, les professionnels de santé et des représentants du secteur associatif, il s'attache plus particulièrement à contribuer à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé en région et à garantir la cohérence du parcours de santé et de vie des personnes les plus démunies.

Cette concertation partenariale large a été également menée en collaboration avec les instances de démocratie sanitaire, notamment les deux commissions de coordination des politiques publiques des champs de la prévention, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, ainsi que de l'accompagnement médico-social.

Il est enfin utile de rappeler que même si le PRAPS met en œuvre des actions spécifiques en faveur de nos concitoyens les plus en difficulté, il a pour objet final de leur permettre, à terme, d'accéder aux dispositifs de santé de droit commun.

Sommaire

INTRODUCTION	3
SOMMAIRE	5
I- RAPPEL DU CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE	7
II- LE CONTEXTE REGIONAL – DONNEES SIGNIFICATIVES	11
A/ LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES, DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES GENERALES	11
B/ LES DISPOSITIFS « SANTE-PRECARITE » EXISTANTS EN ALSACE	17
B.1/ Quelques dispositifs réglementaires	17
B.2/ Quelques exemples de dispositifs « passerelles » en Alsace	19
B.3/ Quelques exemples de dynamiques territoriales	20
B.4/ Difficultés d'accès à la prévention et aux soins	27
III- PRIORITES D' ACTIONS DU PRAPS	29
IV- LES LEVIERS FINANCIERS	83
V- PILOTAGE, SUIVI ET EVALUATION	84
A/ PILOTAGE	84
A.1/ Les pilotes	84
A.2/ 5.1.2. Le comité de pilotage et de suivi	84
A.3/ Le groupe projet	85
B/ MODALITES DE SUIVI ET D' EVALUATION	86
B.1/ Les modalités de suivi	86
B.2/ Les modalités d' évaluation	86
GLOSSAIRE	88
ANNEXES	90
ANNEXES	90
ANNEXE 1 : RAPPEL DE QUELQUES CONCEPTS	90
ANNEXE 2 : LES PRINCIPES ETHIQUES	97

I- Rappel du cadre législatif et réglementaire

Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale de 2008 a fait ressortir que malgré le progrès significatif représenté par la création de la CMU en 1999, on continue d'observer des difficultés dans l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

Ce texte établissait particulièrement 5 constats :

- **Un état de santé plus mauvais chez les personnes pauvres** (certaines pathologies sont plus fréquentes chez les personnes pauvres, notamment les caries dentaires) ;
- **Un recours aux soins moins développé chez les personnes pauvres** (les non-recours concernent en particulier la médecine de ville, et surtout les spécialistes) ;
- **Les démarches de prévention sont entreprises moins souvent par les personnes pauvres** (les actes principaux de prévention et les actions de dépistage bénéficient moins aux personnes pauvres. C'est le cas pour les tests de dépistage du VIH/SIDA et de l'hépatite C ou le dépistage organisé des cancers) ;
- **Les difficultés d'accès aux soins s'expliquent aussi par l'organisation du système de protection sociale** (une personne pauvre sur cinq n'a pas de complémentaire santé) ;
- **Le non-recours aux soins s'explique aussi par l'organisation du système de santé** (accessibilité territoriale aux professionnels de santé libéraux, notamment de premiers recours ; accessibilité financière aux soins).

Dans son rapport intitulé *les inégalités sociales de santé* de septembre 2009, le Haut Conseil de la santé observait que « *les inégalités sociales de santé ne sont pas spécifiques à la France, même si elles sont particulièrement marquées dans notre pays. De nombreux pays ont déjà pris la mesure de ce problème et montré que ces inégalités ne constituaient pas une fatalité et qu'il était possible de les réduire* » et concluait que

« *l'accumulation des connaissances sur les inégalités sociales de santé est aujourd'hui telle qu'il n'est plus possible d'ignorer le problème et encore moins de ne pas commencer à agir.*

A terme, ces inégalités sociales de santé pourraient constituer un véritable enjeu de cohésion sociale. Il faut susciter un débat social autour de ces questions et élargir le débat sur la santé au-delà des seuls soins curatifs.

De nombreuses pistes d'interventions et de politiques publiques ont été mises en œuvre dans d'autres pays, notamment en Europe. Cet acquis est important à analyser, pour déployer une politique de réduction des inégalités sociales de santé qui tienne compte du système de santé et des spécificités françaises.

La France est aujourd'hui à un tournant de son histoire vis-à-vis de cette question. La volonté d'agir a été affirmée, elle s'est traduite jusqu'à présent par des initiatives isolées. Elle doit maintenant se traduire par une politique globale et explicitement dirigée vers ce problème, et par la définition d'une démarche structurée, associant différents programmes complémentaires et coordonnés ».

Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

L'article 71 de la Loi d'orientation de lutte contre les exclusions du 28 juillet 1998 a rendu obligatoire les Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies.

Cet article disposait plus précisément :

« Ce programme est établi à partir d'une analyse préalable, dans chaque département, de la situation en matière d'accès aux soins et à la prévention des personnes démunies.

Il comporte des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi qui sont mises en œuvre chaque année, dans chaque département, pour améliorer la santé des personnes démunies, en se fondant sur les situations locales particulières et les expériences existantes. Il précise les conditions dans lesquelles les services de l'Etat, en particulier les services de santé scolaire et universitaire, les collectivités territoriales, grâce notamment aux services de protection maternelle et infantile, les organismes de sécurité sociale, les agences régionales de l'hospitalisation, les groupements régis par le code de la mutualité, les associations, les professions de santé, les établissements et institutions sanitaires et sociales concourent à la mise en œuvre de ces actions. Il s'attache à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels. »

Les Ateliers Santé Ville (ASV) ont constitué une autre évolution importante.

Développés à partir de l'année 2000 dans le cadre des volets santé de la politique de la ville et de la loi relative à la lutte contre les exclusions précitée, ils ont pour objet de fournir le cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets locaux de santé publique. Leur méthode d'élaboration les place en interface entre les élus des villes et la politique de santé de l'Etat.

Elle permet en particulier d'associer des groupes d'habitants au diagnostic local et d'adapter ainsi les projets de santé publique au plus près des besoins locaux.

Cette démarche innovante, associant santé publique, développement social et urbain, a été confortée progressivement par une plus grande territorialisation des politiques publiques, qu'il s'agisse de la loi de santé publique (promulguée le 9 août 2004) ou des nouvelles formes de contractualisation entre les collectivités et l'Etat.

La loi n° 2004 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Son article L 1411-1 définit les objectifs pluriannuels de la politique de santé nationale :

« La Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels.

« La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'Etat.

« La politique de santé publique concerne :

« 1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;

« 2° La lutte contre les épidémies ;

« 3° La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ;

« 4° L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;

« 5° L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;

« 6° L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ;

« 7° La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;

« 8° La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;

« 9° L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ;

« 10° La démographie des professions de santé. »

alors que l'article L. 1411-1 met plus particulièrement l'accent sur la santé, prise dans son acception globale des personnes les plus vulnérables, comme suit :

« L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé.

Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées. »

Enfin, l'article initial L 1411-11 de la loi a instauré le PRAPS dans le cadre d'un plan régional de santé publique,

« En vue de la réalisation des objectifs nationaux, le représentant de l'Etat arrête, après avis de la conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 1411-12, un plan régional de santé publique. Ce plan comporte un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région et notamment un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, un programme de prévention des risques liés à l'environnement général et au travail et un programme de santé scolaire et d'éducation à la santé ; il tient compte du droit pour les personnes détenues, même dans le cas où elles se trouvent en dehors d'un établissement pénitentiaire en application des articles 723 et 723-7 du code de procédure pénale, d'accéder aux dispositifs mis en œuvre en application de l'article L. 6112-1 du présent code. »

La loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires du 21 juillet 2009

Le PRAPS a été confirmé par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Il constitue l'un des programmes obligatoires du projet régional de santé (PRS) et vise, aux termes de la loi, les personnes les « plus démunies ».

Conformément aux dispositions du décret du 18 mai 2010 relatif au PRS, les programmes régionaux, dont le PRAPS,

- Définissent les actions et les financements permettant la mise en œuvre du PRS ;
- Déterminent les résultats attendus, les indicateurs permettant de mesurer leur réalisation et le calendrier de mise en œuvre des actions prévues ;
- Fixent les modalités de suivi et d'évaluation des actions.

//- Le contexte régional – données significatives

D'une façon générale, peu de données quantitatives sont disponibles en région pour connaître la situation régionale, soit parce qu'elles sont inexistantes, soit parce que, dispersées, leur agrégation présenterait de forts biais méthodologiques.

A/ Les données épidémiologiques, démographiques et socio-économiques générales

L'Alsace est une région jeune (la part des personnes âgées de plus de 75 ans est inférieure à la moyenne nationale) et avec une forte densité de population (deux fois plus élevée que la moyenne nationale). Elle connaît par rapport au reste de la France un taux de mortalité générale qui reste élevé même s'il a beaucoup diminué ; en revanche son taux de mortalité prématurée, avant 65 ans, la place dans une situation plus favorable. Si le cancer est la première cause de mortalité comme dans le reste de la France, l'Alsace se caractérise par un taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires beaucoup plus élevé. Elle connaît également une situation très défavorable à l'égard du diabète : elle se situe au 3^{ème} rang des régions ayant les plus forts taux de prévalence. Enfin, la prévalence de l'obésité et du surpoids place la région en 2^{ème} position des régions connaissant les situations les plus défavorables.

Du point de vue de la situation socio-économique, l'Alsace reste une région riche mais particulièrement touchée par la dégradation économique. En effet, depuis 2001, son caractère industriel et son économie imbriquée à celle de ses voisins ont été frappés par les mutations économiques, ce qui s'est traduit par une fragilisation de l'emploi et du tissu social.

L'Alsace fait aujourd'hui partie des régions les plus touchées par la récente crise et a connu une baisse continue de l'emploi se traduisant par une forte progression du taux de chômage.

D'une manière plus générale, il est important de relever le « fait urbain » particulièrement incident en matière d'inégalités territoriales et sociales de santé et de persistance d'îlots de précarité. Ainsi, la seule ville de Strasbourg représente un quart de la population de la région et concentre la moitié des logements sociaux ainsi que la moitié des bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA) de la région. Ce constat n'est pas sans incidence sur les budgets spécifiques à mobiliser.

Inégalités sociales et territoriales de santé

Les taux de mortalité régionaux masquent des disparités sociales très importantes. En effet, à titre d'exemple, le taux de mortalité pour 100 000 hommes de 25-54 ans (1991-2005) varie de 95,6 pour les cadres à 320,3 pour les ouvriers. Le rapport de mortalité entre hommes ouvriers et cadres est de 3,35 en Alsace (contre 3,07 en France). Ce rapport est même plus important pour la mortalité par tumeur (3,55) et surtout celle par pathologies liées à la consommation d'alcool (10,13) du fait pour cette dernière d'un taux de mortalité très faible observé chez les cadres par rapport à un taux de mortalité des ouvriers proche de la moyenne nationale.

Les inégalités sociales se constatent dès l'enfance : les indicateurs de santé bucco-dentaire, de statut pondéral et de développement psychomoteur font déjà apparaître des différences importantes en fonction du niveau socio-économique des parents. A titre d'exemple, la proportion d'enfants atteints d'obésité variait de 3% chez les cadres à 8% chez les ouvriers en Alsace en 2000.

Les travaux réalisés par l'ORS Alsace pour la communauté urbaine de Strasbourg à partir des données recueillies par les services de santé scolaire de la ville montrent des disparités de surpoids et d'obésité entre quartiers importantes. On observe ainsi que 7,4% des enfants de 5-6 ans seraient obèses à Strasbourg contre 6% hors ville ; un pourcentage d'enfants concernés par l'obésité plus élevé dans les écoles situées en zones urbaines sensibles ou zones d'éducation prioritaires (9,7% versus 5,8% dans les autres établissements) ; une répartition inégale par quartier : 16,4% au Neuhof, 11,5% à la Meinau et 3,4% à la Robertsau.

A l'âge adulte, les indicateurs montrent, pour des populations en situation de précarité, un taux nettement plus élevé de problèmes de santé, des comportements défavorables à la santé plus fréquents (tabac, sédentarité, consommation de psychotropes) et un moindre recours aux soins préventifs et curatifs (dépistage organisé des cancers du sein et du col de l'utérus, traitement de l'hyperglycémie...). A titre d'exemple, le taux de femmes n'ayant pas réalisé de frottis depuis trois ans est trois fois plus élevé dans la population précaire.

Une analyse synthétique des disparités sanitaires et sociales a pu être réalisée par canton par l'ORSAL. Celle-ci confirme la forte corrélation qui existe entre indicateurs de santé et situation sociale de la population.

Ainsi, les trois grandes villes du territoire (zones urbaines de Strasbourg, Mulhouse, Colmar) se caractérisent par des indicateurs socio-économiques défavorables et sont marquées par une nette surmortalité prématurée par rapport à l'ensemble de la région. C'est aussi le cas de quatre cantons ruraux, Saales, Sainte-Marie-aux-Mines, La Petite Pierre et Schirmeck qui cumulent des indicateurs socio-économiques défavorables et des taux de mortalité parmi les plus élevés de la région.

Focus sur les bénéficiaires des minima sociaux

- **Bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA)**

Mis en place en juin 2009, le RSA remplace le RMI, l'API et englobe des aides supplémentaires permettant aux bénéficiaires d'atteindre un seuil minimum de revenu. Le poids des bénéficiaires en Alsace est légèrement inférieur au poids global de la population (3,0%).

Bénéficiaires du RSA au 01/01/2010

		Bas-Rhin (%)	Haut-Rhin (%)	Alsace	France métro	% Alsace
RSA	Socle	60,4	39,6	30 039	1 131 354	2,7
	Socle + Activité	61,7	38,3	4 468	182 566	2,4
	Activité	57,8	42,2	10 517	416 234	2,5
	Total	59,9	40,1	45 024	1 730 154	2,6

Source : INSEE

- **Bénéficiaire de la Couverture maladie universelle (CMU) de base et de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)**

Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, la Couverture maladie universelle (CMU) instaure le principe d'une protection qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime obligatoire d'assurance maladie. Ce dispositif se compose de deux volets :

- la CMU de base (CMU-B) permet à toute personne, résidant en France de façon stable et régulière et qui n'est pas déjà couverte à quelque titre que ce soit par un régime obligatoire d'assurance maladie, de bénéficier de la prise en charge de ses dépenses de santé ;
- la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) permet de bénéficier gratuitement d'une couverture maladie complémentaire. Elle est accordée sous condition de ressources et peut concerner des personnes qui ne bénéficient pas de la CMU de base.

Au 31 décembre 2010,

- 51 667 personnes bénéficiaient de la CMU-B1 en Alsace, soit 2,9% de la population alsacienne ;
- 80 887 personnes bénéficiaient de la CMU-C2 en Alsace, soit 4,3% de la population alsacienne.

- **Bénéficiaires de l'Aide médicale d'Etat (AME)**

L'AME instaurée par la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle, est accordée, sous condition de ressources, aux étrangers en situation irrégulière au regard de la réglementation relative au séjour en France, résidant effectivement sur le territoire français depuis plus de trois mois et ne pouvant être affiliés à un régime de sécurité sociale.

Au 31 décembre 2009, 1 926 personnes étaient bénéficiaires de l'AME en Alsace (régime général) dont 1295 assurés et 631 ayants droits.

- **Bénéficiaires de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)**

Cette prestation remplace depuis le 1^{er} janvier 2006 le minimum vieillesse. Il s'agit d'une prestation unique qui vient se substituer à l'ensemble des prestations de solidarité sociales en vigueur jusqu'à présent pour les personnes âgées. En effet, le minimum vieillesse renvoyait à un ensemble de prestations (allocation aux vieux travailleurs salariés, allocation spéciale vieillesse, secours viager, allocation supplémentaire...) auxquelles pouvaient prétendre les personnes âgées ne disposant d'aucun droit ou de droits insuffisants.

En 2009, 6 924 personnes ont bénéficié de l'ASPA en Alsace³.

Données concernant certaines populations spécifiques visées par le PRAPS

- **Les populations migrantes**

⁴Le nombre d'immigrés s'élevait en 2006 à un peu plus de 181.200, soit 10% de l'ensemble de la population alsacienne (contre 8,1% sur le plan national). Cette population a connu une croissance importante de 22,5% depuis le précédent recensement (soit 33.338 personnes supplémentaires).

Cette population immigrée se compose de personnes installées depuis de nombreuses années mais aussi de primo-arrivants. En 2009, 2.695 personnes sont arrivées dans ce cadre.

Parmi ces immigrés, 65.680 personnes sont devenues françaises par acquisition de la nationalité (36%). Ce phénomène est en augmentation.

¹ Il s'agit de la CMUB gérée par le régime obligatoire

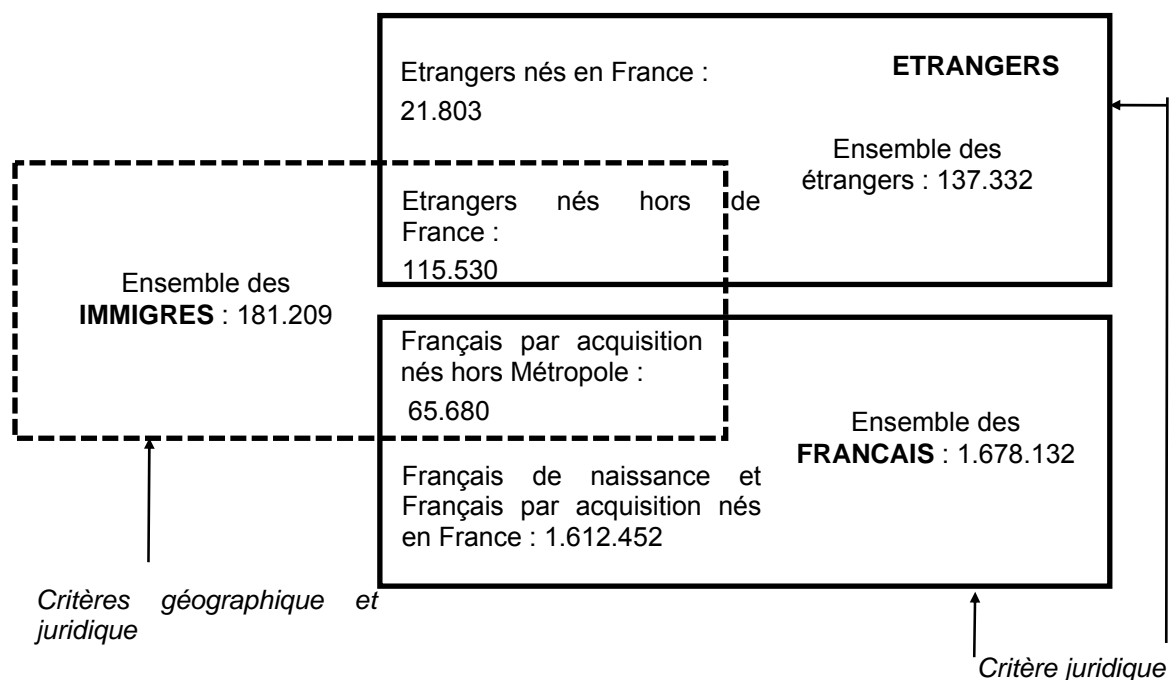
Données de la CNAMTS pour 2010 (www.cmu.fr)

² Il s'agit de la CMUC gérée par le régime obligatoire ainsi que celle gérée par un organisme complémentaire – Données de la CNAMTS pour 2010 (www.cmu.fr)

³ Source : ISSTAL / CRAV Alsace-Moselle

⁴ Source : PRIPI Alsace 2010-2012

Ensemble de la population alsacienne : 1.815.464 personnes



• **La population carcérale**

Au 1^{er} janvier 2010, la population carcérale en Alsace est de 1 797 détenus répartis dans six établissements pénitentiaires :

- La maison d'arrêt de Strasbourg ;
- La maison d'arrêt de Colmar ;
- La maison d'arrêt de Mulhouse ;
- La maison centrale d'Ensisheim ;
- Le centre de détention d'Oermingen ;
- Le centre de semi liberté de Souffelweyersheim.

Population pénale en nombre Sources : SDSE ; direction de l'Administration pénitentiaire.

	Au 1er janvier 2010			
	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Alsace	France
Effectif total	1 084	713	1 797	65 026
<i>dont femmes</i>	37	30	67	2 242
<i>dont prévenus</i>	216	206	422	15 181
Ensemble des condamnés	868	507	1 375	49 845
<i>dont correctionnels</i>	819	301	1 120	42 006
<i>dont criminels</i>	49	206	255	7 834
<i>dont contraints par corps</i>	0	0	0	5
Densité carcérale pour 100 places	130	103	118	108

- **Les familles monoparentales**

En 2008, 51 200 familles alsaciennes étaient composées d'un parent assurant seul l'éducation d'au moins un enfant âgé de moins de 25 ans. Les familles monoparentales représentent ainsi 19% de l'ensemble des familles de la région, un peu moins qu'en moyenne nationale (21%). Plus d'une famille monoparentale sur deux réside dans l'une des trois agglomérations de Strasbourg, Mulhouse ou Colmar. Ce constat est encore plus marqué pour les mères isolées, plus nombreuses que les pères isolés.

Le niveau de vie des familles monoparentales est généralement inférieur à celui des autres familles. Une part importante réside dans une habitation à loyer modéré (HLM) ; alors qu'à peine un couple sur dix avec enfant (s) habite en HLM, c'est le cas d'une mère isolée sur trois.

Près de trois mères de famille monoparentale sur quatre occupent un emploi à temps plein contre six sur dix parmi les autres mères de familles⁵.

- **Les étudiants**

Environ 20% des 60 000 étudiants alsaciens bénéficiaient en 2009 d'une bourse sur critères sociaux⁶.

- **Les personnes sans domicile personnel**

Près de 700 000 personnes seraient sans domicile personnel dont plus de 100 000 personnes à la rue. Aux sans abris de longue date, s'ajoute un nombre croissant de travailleurs pauvres. (*Source : Collectif SDF Alsace*)

Un sans domicile fixe ou SDF est, dans le langage courant, une personne qui réside dans la rue ou dans des foyers d'accueil. On parle aussi de *sans abri* ou d'*itinérant*. (*source : Wikipedia*)

⁵ Source : « Chiffres pour l'Alsace », INSEE, n°19, Septembre 2011

⁶ Source : CNOUS, MESR, *Vie universitaire, 2010, Palmarès des régions*

B/ Les dispositifs « santé-précarité » existants en Alsace

B.1/ Quelques dispositifs réglementaires

Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), instaurées dans les établissements de santé par la loi d'orientation de lutte contre les exclusions ont pour objectif d'offrir aux personnes vulnérables s'adressant aux hôpitaux des dispositifs visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation et de soins. Une partie des publics en situation précaire nécessite en effet une prise en charge simultanée des aspects sanitaires et sociaux et les actions de santé ne doivent pas se limiter aux soins curatifs mais accorder une place essentielle au suivi, à la prévention et à la promotion de la santé.

En Alsace, 4 PASS généralistes ont été créées entre 1999 et 2001. Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) disposent également d'une PASS périnatalité et ont mis en place en 2011 une consultation dentaire. Une PASS psychiatrie vient d'être mise en place par l'Etablissement public de santé d'Alsace du Nord (EPSAN).

Les Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

La circulaire du 23 novembre 2005 relative à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie pose le cadre de ce dispositif dont l'objectif est de répondre aux besoins des personnes ainsi que des professionnels qui les accompagnent. Elles ont pour missions :

- D'aller à la rencontre des publics en situation de précarité ou vulnérables pour favoriser la prévention, l'écoute, le repérage et l'orientation vers les soins spécialisés si nécessaire ;
- D'améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité ou vulnérables présentant des troubles psychiatriques ;
- De développer les outils et les compétences des professionnels de première ligne intervenant auprès des personnes en situation de précarité ;
- De développer le travail en réseau.

Les équipes mobile de psychiatrie sont au nombre de 3 dans la région : l'une située dans le Bas-Rhin, inter-établissements et intersectorielle, basée sur 3 CMP de la CUS (CMP Boecklin secteur 67G04, CMP Berne secteur 67 G05 et CMP Pinel secteur 67G10), la deuxième située sur le territoire 4 de santé (sud du Haut-Rhin), inter-établissements et intersectorielle, associant les secteurs 68G06, 68G07, 68G08 et 68G09, et la troisième située sur Colmar et environs (68G03).

Les Lits haltes soins santé (LHSS)

En 1993 ont été installés, à titre expérimental, des « lits infirmiers », chargés d'accueillir des personnes sans domicile dont l'état de santé ne justifiait pas ou plus d'hospitalisation, mais nécessitait une prise en charge sanitaire et sociale adaptée.

Le Comité interministériel de lutte contre les exclusions (CILE) du 6 juillet 2004 a décidé de « développer les possibilités de dispenser des soins aux personnes sans domicile fixe ».

La loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la sécurité sociale pour 2006, article 50, crée les structures dénommées « lits halte soins santé » et définit le principe de leur financement.

Ces structures assurent des prestations de soins, d'hébergement temporaire et d'accompagnement social au bénéfice de personnes sans domicile fixe dont l'état de santé nécessite une prise en charge sanitaire.

En Alsace, trois structures existent, l'une à Strasbourg (8 lits) portée par le Groupe Hospitalier Saint-Vincent, l'autre à Colmar (11 lits) portée par l'association L'Echelle et la troisième à Mulhouse (20 lits), portée par Adeos.

Les Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)

Chargées d'assurer au sein même de la prison, les soins courants et consultations aux détenus ainsi que la mise en œuvre des politiques de prévention et d'éducation pour la santé, les Unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) sont rattachées à un établissement de santé.

En Alsace, on compte cinq UCSA :

- Maison d'arrêt de Strasbourg ;
- Centre de détention d'Oermingen ;
- Maison d'arrêt de Colmar ;
- Maison d'arrêt de Mulhouse ;
- Maison centrale d'Ensisheim.

Les Centres d'examens de santé (CES)

Les Centres d'examens de santé ont pour mission d'assurer un examen de santé périodique utile et de qualité à tous les assurés et à leurs ayants droit. Depuis 1992, les CES doivent proposer cet examen à certaines populations prioritaires, notamment les personnes en situation de précarité.

Les centres d'examens de santé permettent le recueil des données comparatives pour un certain nombre d'indicateurs concernant la santé de leurs usagers selon le caractère précaire⁷ de leurs conditions d'existence. Hormis pour la consommation d'alcool à risque, pour laquelle le taux est supérieur chez les non précaires, tous les indicateurs indiquent pour les populations précaires :

- Un taux nettement plus élevé de problèmes de santé (hyperglycémie, obésité) ;
- Des comportements défavorables à la santé plus fréquents (tabac, consommation de médicaments psychotropes, sédentarité) ;
- Un moindre recours/accès aux soins curatifs et préventifs (dépistage organisé des cancers du sein et du col de l'utérus, traitement de l'hyperglycémie, consultations dentaires et de médecine générale).

La médecine scolaire

La médecine scolaire est chargée de suivre la santé des enfants dès lors qu'ils sont scolarisés. Les équipes sont constituées de médecins, infirmiers, assistantes sociales et secrétaires qui doivent :

- Assurer la surveillance sanitaire des élèves ;
- Effectuer des actions de prévention et d'éducation ;
- Contrôler les activités physiques et sportives ;
- Effectuer des consultations approfondies en cas de demande ;
- Surveiller l'hygiène des locaux ;
- Aider les jeunes en difficulté ;
- Assurer l'intégration des élèves handicapés.

⁷ Les centres d'examen de santé évaluent le niveau de précarité des populations accueillies à partir d'un indicateur composite, calculé à partir de 11 questions dont les réponses sont pondérées, qu'ils ont mis au point : le score Epices.

Un premier bilan est effectué entre les 5 et 6 ans de l'enfant. Pour cette première visite, il s'agit de dépister les handicaps et les problèmes mineurs relatifs à la vision, au langage, au comportement...Un second bilan est effectué au moment de l'orientation.

Les services de médecine scolaire constatent que les avis médicaux délivrés par les médecins scolaires sont très peu suivis, malgré de nombreuses sollicitations en direction des parents, ce qui génère une dégradation de l'état de santé, faute de recours aux soins. C'est pour pallier cette difficulté que des expérimentations de suivi des avis médicaux ont été mises en place notamment en Section d'enseignement général et de préapprentissage (SEGPA).

La médecine universitaire

Elle assure la protection médicale des étudiants et organise par ailleurs des campagnes d'information et de prévention.

En Alsace, le Service universitaire de médecine préventive de Strasbourg (SUMPS), le centre d'accueil médico-psychologique universitaire (CAMUS) ainsi que le Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé, rattaché à l'Université de Haute Alsace proposent aux étudiants des consultations médicales gratuites.

La Protection maternelle et infantile (PMI)

- Les services de PMI du Conseil général du Bas-Rhin organisent des consultations gratuites de nourrissons, la délivrance gratuite de vaccins et travaillent en partenariat étroit avec les différents services sociaux ;
- Le pôle périnatalité du Conseil général du Haut-Rhin a pour missions la prévention des grossesses non désirées et des risques liés à la sexualité, la promotion de la santé pendant la grossesse et l'accompagnement des futurs parents en situation de difficulté médico-psycho-sociale ;
- Dans le cadre de la promotion de la santé pendant la grossesse, environ 10% des femmes enceintes du département du Haut-Rhin bénéficient de visites individuelles à domicile ou dans un centre médico-social (CMS). Dans 23% des cas, ces visites sont demandées par des professionnels médico-sociaux pour des personnes présentant des difficultés médico-psycho-sociales. Ainsi, en 2008, 211 familles présentaient des difficultés nécessitant une aide pluridisciplinaire.

B.2/ Quelques exemples de dispositifs « passerelles » en Alsace

Les lits de convalescence

L'association le Club de Jeunes l'Etage a mis en place un dispositif expérimental, les lits de convalescence, dont l'objectif est de permettre à des personnes à la rue ou prises en charge par les hébergements d'urgence de nuit de bénéficier d'un hébergement adapté à leur convalescence par la mise en place :

- D'un suivi médical adapté ;
- D'un accueil dans un lieu d'hébergement sans fermeture diurne ;
- De prestations repas ;
- D'un accompagnement dans les démarches d'ouverture des droits sociaux.

En 2010, 58 personnes ont été accueillies dans ce dispositif (38% de femmes et 62% d'hommes). Il s'agit d'un public très hétérogène du point de vue de l'âge et des pathologies présentées (traumatismes, maladies infectieuses et chroniques, fins de grossesses difficiles...). La durée moyenne de convalescence par personne est de 20 jours.

SURSO

Le service d'urgence sociale SURSO, situé à Mulhouse, propose à des personnes sans résidence stable, très éloignées du droit commun, un dispositif favorisant l'accès aux soins.

Ce dispositif s'articule autour :

- De réunions régulières entre l'équipe de SURSO et l'équipe de la PASS ;
- Des rencontres hebdomadaires entre l'équipe de SURSO et les professionnels de santé qui interviennent au sein du service pour identifier les besoins et articuler les compétences ;
- D'entretiens individuels pour amener les personnes à s'inscrire dans une démarche de soins ;
- De consultations médicales (généralistes et psychiatriques) hebdomadaires gratuites.

En 2009, 1 725 personnes ont été accueillies dans le cadre du dispositif, parmi lesquelles une grande majorité ayant bénéficié d'une consultation médicale de proximité.

TUPI

A l'initiative du sous-groupe « exclusion et réseau » du comité local PRAPS de Colmar, un dispositif innovant, TIPI, a été mis en place. Porté par l'association Argile, ce dispositif propose un accompagnement social à des personnes très dépendantes d'une ou plusieurs substances psychoactives, en grande exclusion et sous main de justice, dans l'objectif d'une resocialisation et d'un retour progressif vers les soins.

Des appartements sont mis à disposition de ces personnes en grande souffrance ainsi qu'un accompagnement au quotidien par un travailleur social.

L'interprétariat médical en médecine de ville

L'URMLA coordonne, en s'appuyant sur les compétences en interprétariat médical de l'association Migrations santé Alsace, un dispositif qui permet aux populations migrantes de bénéficier d'interprètes professionnels lorsqu'elles consultent en médecine libérale.

Entre le 1^{er} janvier 2010 et le 30 novembre 2010, 57 médecins ont pu bénéficier du service d'interprétariat médical pour un total de 382 consultations.

B.3/ Quelques exemples de dynamiques territoriales

Les Ateliers santé ville (ASV)

Les Ateliers Santé Ville (ASV) ont été développés à partir de la l'année 2000 dans le cadre des volets santé de la politique de la ville et de la loi relative à la lutte contre les exclusions (circulaires DIV/DGS du 13/06/00 - annonce d'un dispositif singulier et innovant de discrimination positive en matière de santé).

Leurs missions et leur mise en œuvre ont été précisées notamment par les textes suivants :

- ▶ Loi n°2003-710 du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la programmation urbaine. JO du 2 août 2003. Chapitre premier : réduction des inégalités dans les zones urbaines sensibles, annexe 1/point 4 : santé
- ▶ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 à la politique de santé publique
- ▶ Circulaire DGS/SD6D/2004/627 du 21 décembre 2004 relative à l'identification et l'analyse des projets de santé publique contractualisées avec les collectivités locales
- ▶ Mise en œuvre des décisions du comité interministériel des villes (CIV) du 9 mars 2006
- ▶ Circulaire n° DGS/DHOS/SD1A/2006/383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des Ateliers santé ville.

Ils ont pour ambition :

- D'identifier le niveau local des besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie ;
- De faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création de réseaux médico-sociaux ;
- De rendre effectif l'accès aux services sanitaires et sociaux de droit commun ;
- De développer la participation active de la population à toutes les phases (diagnostic, définition des priorités, programmation, mise en œuvre, évaluation) ;
- De développer la concertation avec les professionnels et les différentes institutions sanitaires et sociales.

Leurs axes d'intervention s'articulent autour de :

- La connaissance de l'état de santé de la population des sites prioritaires ;
- La définition des objectifs d'amélioration de l'état de santé et de ses déterminants ;
- L'accessibilité aux droits sociaux, aux soins, à la prévention et à la santé ;
- L'analyse des principaux dysfonctionnements de l'accès à la prévention et aux soins ;
- Les questions concernant les pratiques professionnelles, sociales et d'insertion ;
- La qualité et l'organisation de l'offre de soins, les besoins en formation des professionnels accueillant les publics en situation de précarité.

• **L'Atelier Santé Ville de Strasbourg**

L'Atelier Santé Ville, fruit de la politique de la ville et du PRAPS, s'inscrit dans un renforcement des politiques municipales de santé sur les quartiers classés par la Préfecture en Zone Urbaine Sensible de priorité 1. Hautepierre en 2005, le Neuhof, la Meinau et le Port du Rhin en 2007 et enfin Cronembourg en 2009 ont été successivement concernés.

La Ville de Strasbourg et le Président de la Communauté urbaine de Strasbourg ont adhéré à la plateforme départementale santé précarité le 9 octobre 2008. Les services participent à ses groupes de travail et la conception du fonctionnement de l'Atelier Santé Ville de Strasbourg tient compte des nécessaires cohérences et complémentarités entre ASV et plateforme, en vue d'éviter d'inutiles doublons dans la mobilisation des partenaires.

Enraciné dans la proximité (attentes locales, démarches ascendantes), l'Atelier Santé Ville est en même temps partie prenante des projets portés par des élus au niveau municipal (Projet de rénovation urbaine, Projet social santé de territoire), communautaire (Plan santé CUS, Projet urbain de cohésion sociale), départemental (Programme départemental d'insertion...) ainsi que par les services de l'Etat et l'ARS (plateforme santé précarité, PRAPS, PRS, CLS ...).

Une des caractéristiques fondamentales de l'Atelier Santé Ville est son copilotage Etat (sous-préfet chargé de mission) – Ville (élu désigné par le Maire), en lien étroit antérieurement avec la DDASS, dorénavant avec l'ARS. Au-delà du comité d'orientation annuel, instance de validation institutionnelle des orientations de l'Atelier Santé Ville, l'élu mandaté (également responsable du plan santé CUS) a tenu à mettre en place des comités de suivi par quartier, permettant l'abord des préoccupations et projets locaux en présence de l'adjoint de quartier (également en charge d'une délégation thématique – sports, logement, politique de la ville au niveau communautaire...) et des services en charge de la proximité, de l'animation territoriale, de la rénovation urbaine, du social et des articulations sanitaires et sociales. Le délégué du préfet participe de façon systématique à ces échanges. De même, au sein des groupes santé réunissant dans chaque quartier une grande diversité d'acteurs, l'ARS est représentée, au minimum par le référent du territoire de santé, voire par les experts des problématiques abordées.

L'Atelier Santé Ville se nourrit des constats issus du terrain. Les principales préoccupations des acteurs sont les suivantes :

- L'hétérogénéité de l'implication des secteurs de psychiatrie adulte pour une prise en charge coordonnée sociale et sanitaire ;
- La complexité de l'élaboration de réponses de proximité face aux besoins de santé des toxicomanes ;
- Les limites des interventions des travailleurs sociaux, des référents insertion pour un accompagnement santé tant des personnes en démarches d'insertion que des personnes à la rue ;
- La difficulté à organiser la participation effective des habitants aux diagnostics et aux projets qui les concernent liée à la rareté des interlocuteurs qui soutiennent leur expression directe et plus encore leur réflexion ;
- L'aggravation de la précarité, avec des conséquences sur l'ensemble des déterminants de santé.

Suite au diagnostic local de santé réalisé à Hautepierre en 2005-2006, un rapprochement entre les services sociaux (délégation du CG 67 à la Ville) et la CPAM de Strasbourg a débouché sur une expérimentation conjointe pour la facilitation de l'accès aux droits des bénéficiaires du RMI.

La création d'une Maison de santé urbaine au Neuhof, voulue de longue date par des professionnels libéraux, s'inscrit dans une volonté politique de lutte contre les inégalités et soutient l'élaboration d'un projet territorial de santé. Elle sert de référence pour le renforcement de la pluridisciplinarité dans les quartiers et pour la conception de la future Maison de santé du Port du Rhin.

Les premières réunions des groupes santé ont favorisé la mobilisation des acteurs locaux pour des projets conjoints favorisant l'alimentation équilibrée et l'activité physique au sein de quartiers en rénovation. Elles ont aussi été l'occasion d'un partage de préoccupations avec les représentants de l'ARS, face au déficit de prise en charge des personnes souffrant d'addictions, en vue de réponses locales adaptées.

• **L'Atelier Santé Ville de Mulhouse**

Par délibération du Conseil Municipal du 18 décembre 2006, la Ville de Mulhouse a instauré un Atelier Santé Ville (ASV) porté par la Coordination Santé du Service Communal d'Hygiène et de Santé.

L'Atelier Santé Ville s'inscrit dès son origine dans une dynamique territoriale. Il renforce l'objectif principal de la Coordination Santé de la Ville de Mulhouse, à savoir « lutter contre les inégalités en matière de santé globale et plus particulièrement dans les quartiers prioritaires auprès des personnes éloignées de la santé ».

Un comité de pilotage associant des institutions (Etat, hôpitaux, CPAM, Conseil Général,...) et des associations intervenant dans le domaine de la santé a élaboré, en 2007, un diagnostic partagé.

Cinq axes prioritaires sont développés de front au sein de différentes commissions thématiques :

- *Axe « Accès aux droits »*

En 2009, la commission a organisé, en partenariat avec la CPAM de Mulhouse, une journée « accès aux droits » centrée sur la constitution des dossiers CPAM, les dispositifs d'urgence et d'accès aux soins gratuits et les droits des publics en souffrance, journée à laquelle ont participé 145 professionnels de différents champs.

En 2010, une nouvelle journée a été organisée, ainsi que l'impulsion d'une réflexion avec la CPAM du Haut-Rhin pour la mise en place d'un référent unique « accès aux droits » CPAM.

- *Axe « Souffrance psychique de la personne »*

En 2009, la commission s'est lancée dans l'élaboration d'un annuaire local de la santé et du social. Elle a mis en place une action auprès des jeunes filles du Foyer Marie Pascale Pean (Armée du Salut)

pour identifier les freins à leur bien-être dans la perspective d'une meilleure prise en compte de leur santé mentale et physique. Elle a également organisé une journée d'information et de formation « Santé, Cité, Jeunes » visant à proposer un espace d'échanges entre jeunes et professionnels.

La commission articule son travail autour de deux axes :

- faciliter l'accès aux soins de psychiatrie en favorisant l'accès de proximité, en « déstigmatisant » la psychiatrie (un Point Ecoute qui tient ses permanences dans une structure sociale du quartier), et en accompagnant les professionnels de première ligne : Point Ecoute et groupe d'appui technique sur le quartier Drouot-Barbanègre
- mieux prévenir et prendre en compte le mal-être des jeunes. En 2009 et 2010, des journées de séminaire et d'échange à destination des professionnels ont été organisées sur ce thème. En 2011, dans le cadre de l'année mondiale de la jeunesse, un travail de fond a été mené avec plusieurs groupes de jeunes des quartiers prioritaires et hébergés dans des structures sociales autour des notions de bien-être et de mal-être pour leur permettre d'exprimer leurs représentations de la santé. Ces travaux, menés durant plus de 6 mois, ont donné lieu à un temps de partage et de valorisation lors d'une journée. Cette journée a regroupé des jeunes de tous milieux et elle sera reconduite tous les deux ans. Le travail avec les structures impliquées continue en parallèle dans le cadre d'une commission de travail « souffrance psychique » de l'Atelier Santé Ville.

- *Axe « Santé de l'enfant et du bébé »*

La commission a organisé, dans 3 quartiers de la ville, des groupes d'échanges et de paroles destinés aux parents dans l'objectif de travailler les représentations autour de la maternité, de favoriser les rencontres avec des intervenants santé et de répondre aux difficultés exprimées par les jeunes parents. Un outil de débat et d'information (support vidéo) a été réalisé avec la participation des personnes. Un poste de puéricultrice réseau a également été créé au sein du service d'urgence pédiatrique du Centre Hospitalier de Mulhouse dans l'objectif d'optimiser l'accueil aux urgences pédiatriques par une meilleure orientation des parents vers les lieux appropriés (PMI, associations d'aide aux parents, réseaux de quartiers ...). Ces projets ont été en partie financés par le biais du GRSP.

Le poste de puéricultrice (suite à des rencontres avec les partenaires) a été pérennisé par l'ARS en 2010.

- *Axe « Observatoire local dynamique de santé »*

La commission a impulsé une démarche associant une approche santé publique et une approche développement social et urbain avec pour objectif de disposer d'indicateurs sanitaires et sociaux dans la perspective de constituer une base de référence devant permettre l'élaboration de diagnostics locaux et la définition d'actions de santé. Cette démarche doit permettre de réaliser une photographie évolutive de la santé, croisant données qualitatives et quantitatives, au sein de la commune et plus particulièrement des territoires CUCS. Le projet a été construit en partenariat avec le Conseil de l'Europe, l'Agence d'Urbanisme de la Région Mulhousienne, l'ORSAL et de nombreux acteurs locaux. Les habitants des quartiers sont associés.

En 2010, la participation à la Plateforme Régionale d'Observation Sanitaire et Sociale a été actée.

- *Axe « Réactivation du réseau santé du quartier Drouot »*

Dans le cadre de la réactivation du Réseau Santé Drouot, ont été mis en place, en lien avec le CH de Rouffach et le CIDFF, un point Ecoute en direction des personnes du quartier en souffrance psychique ainsi qu'un groupe d'appui technique destiné à favoriser les échanges autour des pratiques entre professionnels du quartier.

En 2011, cette action a été étendue au quartier Bourtzwiller.

- **L'Atelier Santé Ville de Colmar**

La Ville de Colmar pilote, en lien étroit avec antérieurement les services de la DDASS, dorénavant l'ARS, l'Atelier Santé Ville de Colmar, dont le comité directeur est constitué du Procureur de la République de Colmar, de la CPAM du Haut-Rhin, de la Ville de Colmar, et des services de l'Etat (Préfecture, DDCSPP) ainsi que de personnalités compétentes issues du monde médico-social.

Sa mise en œuvre concrète a été confiée à l'AFPPRA, du fait de son expérience de coordination du Réseau santé social justice de Colmar.

Les actions mises en place sur les quartiers prioritaires du Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS) se déclinent comme suit :

- Travail avec les centres socio-culturels (CSC), dont celui du quartier Florimont, auprès d'un public de 12 à 18 ans, scolarisé. Le groupe est constitué des jeunes qui participent à l'aide aux devoirs. En présentant certains métiers et parcours scolaires ou de formation, la notion d'être acteur de ses choix de vie est discutée et le thème du soin abordé.
- Travail en lien avec l'accueil des jeunes à la salle du Pacific : dans le cadre d'un accueil libre des jeunes du quartier âgés de 15 à 25 ans, la présence régulière du psychologue permet aux animateurs de proposer des discussions spontanées sur différents types de sujets : la question du mal-être liée à un sentiment d'avenir bouché, les conduites à risques par le biais des choix à réaliser face à des situations vécues de façon difficile ...
- Rapprochement avec les centres médico-sociaux (CMS), par un appui technique aux professionnels autour de situations difficiles, quelques interventions dans le cadre du groupe de parole du dispositif d'insertion, des rencontres tripartites (le professionnel, la personne et le psychologue) qui permettent de mettre de la perspective dans la relation professionnel/bénéficiaire. Jusqu'à présent, ce partenariat était principalement effectif dans le champ de l'insertion. Il est en train de s'étendre à toutes les missions, dont la PMI, de l'Espace Solidarité des quartiers prioritaires.
- La collaboration sur des projets spécifiques comme l'absentéisme au collège et la participation à des réunions avec les partenaires des antennes locales sur les quartiers ont été sérieusement envisagées.
- Entretiens individuels de prévention : cette action, qui s'inscrit souvent au décours du travail réalisé au sein des CMS, permet aux personnes de prendre un temps de réflexion sur la situation pour identifier elles-mêmes les démarches possibles.
- Partenariat avec l'Education Nationale en zone d'éducation prioritaire (ZEP) : poursuite de l'action de prévention de l'obésité et rapprochement avec le Réseau d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAAP) pour participer à leurs actions sur ce secteur.
- Rapprochement avec la Colmarienne du Logement (Pôle habitat centre Alsace) pour aborder la problématique santé de certains habitants. Dans un premier temps, pour apporter un appui au personnel (soutien technique autour de situations difficiles, mise en lien avec des partenaires du réseau colmarien) et, dans un deuxième temps, dans la perspective de co-construire des actions collectives.
- Travail de partenariat avec le Centre d'Examens de Santé (CES) de la CPAM du Haut-Rhin.
- Travail avec ATD Quart Monde de Colmar autour de la question de l'accès aux droits et aux soins, des actions collectives dans le cadre de l'Université Populaire, des entretiens individuels de prévention : le projet consiste à faire une action de groupe intégrée dans une action avec des jeunes.

Les comités locaux PRAPS

- **Le comité local PRAPS de Colmar**

La mise en place du PRAPS de Colmar s'est opérée par le biais de groupes de travail pilotés par la DDASS du Haut-Rhin en 1999. Les acteurs de terrain se sont appropriés cette dynamique et ont créé, en 2004, le réseau santé social justice de Colmar (porté par l'AFPRA).

Aujourd'hui, ce réseau est animé par un coordinateur, soutenu par un comité de coordination composé d'un pôle santé, d'un pôle social et d'un pôle justice. Il réunit des acteurs de différents champs qui réfléchissent et conçoivent collectivement des projets au sein de différents groupes de travail (exclusion et réseaux, accès aux droits/accès aux soins, jeunes, seniors, travailleurs sociaux « nord handicap » ...) et a favorisé l'impulsion de nombreux projets (TIPI, facilitateur administratif, projet de bistrot solidaire ...). La coordination intervient également pour favoriser le travail en réseau sur Guebwiller, Munster et Sainte-Marie-aux-Mines.

- **Le comité local PRAPS de Mulhouse**

Le comité local PRAPS de Mulhouse est fortement intriqué avec l'Atelier Santé Ville de Mulhouse. Il est co-animé par deux professionnels des champs sanitaire et social. Son territoire d'intervention est le Haut-Rhin Sud. Il s'organise autour de deux axes :

- Rencontres trimestrielles de tous les membres du « réseau PRAPS Haut-Rhin Sud »

Ces rencontres réunissent une centaine de professionnels des différents champs avec pour objectif de permettre une meilleure coordination dans l'organisation des actions sur le terrain, à travers une meilleure connaissance des missions et des fonctionnements respectifs, la présentation d'expérimentations développées sur le territoire, un partage de l'information et une confrontation des cultures professionnelles.

Elles ont permis l'impulsion de projets tels que :

- L'organisation de formations communes « à l'écoute » ;
 - La création du point **Re Pairs** (lieu d'écoute offrant la possibilité aux usagers de rencontrer des professionnels de santé) ;
 - La création du point Ecoute de Bourzwiller ;
 - L'organisation de journées portes ouvertes ;
 - La création, puis le renforcement de l'équipe mobile psychiatrie précarité ;
 - L'ouverture du pôle accueil des Côteaux ;
 - Des actions sur le bien-être et l'hygiène alimentaire pour les personnes précaires.
- Groupes de réflexion (hébergement, souffrance psychique).

La Plateforme Santé Précarité 67

Initiée en mars 2007 et pilotée à l'origine par la DDASS du Bas-Rhin, la plateforme « santé-précarité » rassemble les acteurs concernés par l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité, dans le département du Bas-Rhin, sous la forme d'un réseau.

Elle constitue un espace :

- De réflexion et d'échanges ;
- De recueil et de transmission d'informations ;
- De remontée d'observations et de difficultés génériques et individuelles ;
- D'élaboration d'actions ;
- De mise en réseau des professionnels de santé et du social des secteurs associatifs et institutionnels.

Au-delà du cloisonnement des institutions, de la diversité des cultures professionnelles, des freins liés aux représentations, la plateforme vise l'articulation entre la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale pour faciliter l'inscription dans le droit commun : l'accès aux droits, l'accès aux soins, l'accès à la prévention et à la promotion de la santé des personnes les plus précaires.

Les objectifs de la plateforme sont les suivants :

- Impulser des modes de coopération et de partage de pratiques entre professionnels de santé des structures sanitaires hospitalières, médico-sociales et sociales et professionnels de santé libéraux pour l'accueil et la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité, de précarité ou d'exclusion ;
- Rechercher, expérimenter et promouvoir de nouvelles formes de coopération entre les structures associatives, les organisations des professionnels et les institutions des champs social, sanitaire et médico-social en Alsace ;
- Assurer l'observation des besoins de santé, d'accès aux droits, d'accès aux soins, à la prévention et à la promotion de la santé des publics précaires et faire remonter des informations aux autorités publiques ;
- Assurer la veille et l'alerte des autorités sanitaires sur des situations de blocage ;
- Proposer un appui technique aux professionnels ;
- Mettre en œuvre des actions communes.

Sont adhérentes à la plateforme 64 structures : associations, établissements de santé, administrations, collectivités territoriales.

Chacune de ces structures désigne en son sein un ou plusieurs « référent-santé » dont les missions sont de :

- Déceler les problèmes de santé des personnes accueillies ;
- Remettre de la documentation ;
- Orienter les personnes en difficulté vers les interlocuteurs appropriés dans l'optique d'une prise en charge globale.

Il y a ce jour 128 référents santé.

Centrée au départ sur Strasbourg, la plateforme s'est progressivement étendue au sud et au nord du département (plate-forme Nord, plate-forme Sud).

Désormais sous l'égide de l'Agence régionale de santé, elle est animée par un coordinateur, soutenu par un comité d'animation.

Plusieurs groupes thématiques se sont constitués autour des problématiques suivantes :

- Pathologies mentales et précarité ;
- Garantir un accès aux droits pour tous ;
- Santé/logement ;
- Médecine libérale et précarité ;
- Addictions ;
- Culture de la santé et des soins ;
- Périnatalité/hébergement.

Ces groupes ont permis l'impulsion de nombreux projets tels que :

- La mise en place d'une équipe mobile en psychiatrie intersectorielle ;
- La réalisation et la diffusion d'un guide « pathologies mentales et précarité » ;
- L'organisation de soirées d'échanges sur les pratiques ;

- Une expérimentation de constitution et d'instruction concomitante des dossiers RMI et CMU-C associant en mode partenarial les CPAM de Strasbourg, Haguenau et Sélestat (CPAM du Bas-Rhin dorénavant), le Conseil Général du Bas-Rhin et la Ville de Strasbourg ;
- La simplification de la primo demande d'admission à la CMU ;
- La mise en place d'une structure pour personnes vieillissantes à la rue : « Accueil des 2 rives » ;
- La mise en place d'une équipe mobile de professionnels de santé en soutien des structures d'accueil et d'hébergement ;
- L'élaboration d'un outil support à la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé ;
- L'organisation de temps d'échanges de pratiques autour de situations de personnes en difficulté avec une ou plusieurs substances psycho-actives ;
- Le partage et l'analyse des difficultés autour de la périnatalité ;
- L'organisation par le pôle « prévention, promotion de la santé et accès aux soins » de l'ARS, en lien étroit avec le comité d'animation de la plateforme, d'une journée régionale des acteurs de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et de l'accès aux soins en Alsace (15 juin 2010 à Colmar) qui a posé les prémices d'une dynamique régionale de la lutte contre la précarité dans sa dimension santé.

Les acteurs

En matière d'accès aux droits, aux soins et à la prévention des personnes en situation de précarité ou vulnérables, de nombreux acteurs interviennent, il s'agit notamment des établissements de santé, des services déconcentrés de l'Etat, des collectivités territoriales et locales, des opérateurs associatifs, des organismes de sécurité sociale ...

L'une des vocations de ce programme est de mettre en place des passerelles entre les différents services et structures œuvrant dans le champ santé-précarité en favorisant la connaissance et la reconnaissance mutuelle des compétences des uns et des autres et en coordonnant les interventions de chacun.

B.4/ Difficultés d'accès à la prévention et aux soins

Les travaux menés dans le cadre des précédents PRAPS, ainsi que l'état des lieux réalisé en vue de la rédaction du projet régional de santé en 2010, ont permis de mettre à jour les principales difficultés d'accès aux droits, aux soins et à la prévention des personnes en situation de précarité ou vulnérables.

Des difficultés communes à l'ensemble des personnes en situation de vulnérabilité, de précarité et d'exclusion (personne sans domicile fixe, jeune en rupture ou en errance, personne en démarche d'insertion, personne âgée psychologiquement et socialement isolée, famille monoparentale, travailleur pauvre, personne vivant dans un quartier dit « sensible », personne handicapée...)

Elles peuvent être synthétisées comme suit :

- Des obstacles financiers à l'accès aux soins et à la prévention (dépassements d'honoraires et restes à charges, absence de complémentaire santé ...).

Sur ce point, les problèmes d'accès à la santé liés à l'absence de couverture sociale sont devenus marginaux depuis la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU). On compte respectivement au 31 décembre 2010 un taux de bénéficiaires de la CMU-B en Alsace de 29 pour 1000 habitants de 18 à 59 ans (contre une moyenne nationale de 35,7⁸) et un taux de 43 pour la CMU-C.⁹

⁸ Il s'agit de la CMUC gérée par le régime obligatoire ainsi que celle gérée par un organisme complémentaire – Données de la CNAMTS pour 2010 (www.cmu.fr)

⁹ Il s'agit de la CMUC gérée par le régime obligatoire ainsi que celle gérée par un organisme complémentaire – Données de la CNAMTS pour 2010 (www.cmu.fr)

Ces difficultés sont toutefois de plus en plus liées à l'augmentation de la part du reste à la charge de l'assuré malgré la couverture sociale obligatoire, les complémentaires et en Alsace l'existence du régime local d'assurance maladie. Les dépassements d'honoraires constituent une part importante de ce reste à charge des patients après intervention des organismes complémentaires.

En Alsace, la majorité des médecins généralistes sont conventionnés en secteur 1 ; la part des médecins généralistes en secteur 2, autorisés à procéder à des dépassements d'honoraires (7%) est sensiblement inférieure à celle observée en France hexagonale (12%), ce taux atteignant 28% en Ile de France. Moins de 1% des praticiens n'étaient pas conventionnés du tout en décembre 2008. La région bénéficie donc de la conjonction plutôt favorable d'une densité de médecins généralistes élevée et d'une faible proportion de médecins en secteur 2.

En revanche, la situation pour les spécialistes est très différente puisque l'Alsace est l'une des régions qui compte la part de spécialistes libéraux en secteur 2 la plus importante (45% contre 40% en moyenne hexagonale). Et contrairement aux généralistes, le nombre de médecins spécialistes libéraux en secteur 2 augmente, et ce plus rapidement qu'au niveau national. Seulement 47% des consultations de spécialistes sont facturées au tarif opposable de l'assurance maladie.

Le montant moyen des dépassements toutes spécialités confondues et tous secteurs confondus est de 20€ pour les consultations et 58€ pour les actes techniques.

- Des obstacles administratifs et juridiques (lourdeur des démarches CMU-C ou AME, difficultés à obtenir les pièces justificatives ...);
- Des obstacles liés à l'organisation du système de santé (difficultés à s'orienter dans le dédale du système, méconnaissance des droits ...);
- Des obstacles culturels (préoccupation accordée au corps, instruction, éducation, représentations du système de soins, notamment la psychiatrie, croyances ...);
- Des obstacles liés aux conditions de vie des personnes (la santé n'est pas la première des préoccupations, conditions de vie défavorables à la santé (logement, hébergement, etc. ...));
- Des obstacles liés au vécu et aux représentations des personnes (ne pas se penser malades, dévalorisation de soi, rapport particulier au temps, représentations du corps, de la santé ...);
- Des obstacles liés aux représentations et aux pratiques des professionnels (accueil pas toujours adapté, refus de soins, dépassements d'honoraires / restes à charge des patients, représentation du corps médical, réalité du travail sur le terrain qui fait que l'on n'est pas toujours attentif à l'amont et l'aval des soins (milieu hospitalier notamment));
- Des barrières institutionnelles et structurelles (insuffisance des lieux de convalescence, la rémunération à l'acte des médecins ne permet pas toujours la prise en charge de situations très complexes, des dispositifs pas toujours adaptés comme le mode de sectorisation des SDF...).

Des difficultés cumulées pour certaines personnes du fait de leur situation spécifique

Outre les difficultés d'accès aux soins communes à toute personne en situation de vulnérabilité, il convient d'insister plus particulièrement sur les problématiques spécifiques rencontrées par certaines personnes, qui vont au-delà de celles présentées supra.

A titre d'exemple, pour les populations migrantes, doivent être particulièrement pris en compte la non maîtrise de la langue, les obstacles culturels à l'accès à certains soins et actions de prévention et les habitudes alimentaires.

Autre exemple, s'agissant des personnes en détention, qui présentent globalement un état de santé dégradé ainsi que des comportements défavorables à la santé, de nombreuses difficultés persistent malgré les avancées significatives induites par la mise en place des Unités de Consultations et de Soins en Ambulatoire (UCSA). Parmi ces difficultés supplémentaires, on peut retenir notamment l'inadaptation du milieu carcéral aux détenus vieillissants, handicapés ou souffrant de maladies chroniques ou encore aux détenus souffrant de pathologies mentales, la difficulté d'accès à certains biens médicaux comme les lunettes, les prothèses dentaires ou à certains soins paramédicaux (kinésithérapie, orthophonie...), la problématique de mise en place d'un suivi médical à la sortie de détention, etc.

III- Priorités d'actions du PRAPS

Fiche introductive : Les stratégies

Fiche programme n° 1 : Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins.

Fiche programme n° 2 : Faciliter l'accès effectif aux droits des personnes en situation de précarité ou vulnérables

Fiche programme n° 3 : Favoriser l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité ou vulnérables

Fiche programme n° 4 : Structurer et renforcer les dispositifs spécifiques d'accès à la prévention et aux soins (PASS, ACT, LHSS, EMPP)

Note : ce programme est constitué par le volet Population Spécifiques – volet Précarité du Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (SROMS)

Fiche programme n° 5 : Favoriser la santé de certaines populations

1° la santé des détenus

2° la santé des gens du voyage

3° la santé des étudiants

4° la santé des migrants en situation de précarité

5° la santé des personnes sans chez soi

Fiche programme n° 6 : Nutrition et Précarité

Fiche programme n° 7 : Habitat-logement, précarité et santé : lutter contre l'habitat indigne et ses conséquences sur la santé

Fiche programme n° 8 : Santé Mentale et Précarité

Fiche programme n° 9 : Santé et insertion professionnelle

Fiche introductive

Les stratégies

Contexte	<p>Les raisons :</p> <p>Des stratégies et des modes de coopération divers sont déjà mis en œuvre par les professionnels de tous champs et les acteurs de terrain - associatifs et institutionnels - et ils répondent à la fois aux diagnostics posés et aux besoins identifiés.</p> <p>Il convient toutefois, pour en garantir à la fois la portée et une équité de traitement territorialisée, de mettre en place des outils et des stratégies communes et partagées.</p> <p>La mise en œuvre des objectifs des fiches – programme ne peut se concevoir sans référence et sans appui direct à ces outils et stratégies.</p> <p>Elle doit également s’inscrire dans des principes éthiques généraux communs (voir annexe 2).</p>
Stratégies	<ol style="list-style-type: none">1) Améliorer, actualiser et partager la connaissance des problématiques de santé des personnes les plus démunies.2) Développer la coordination entre les professionnels – tous champs – et les bénévoles pour favoriser le travail en réseau.3) Développer l’interdisciplinarité et l’intersectorialité dans les projets et les actions.4) Inscrire et développer les projets et les actions dans des dynamiques territoriales.5) Inscrire et développer les projets et les actions dans une articulation avec les autres schémas et programmes existants en région et dans les territoires ciblés.6) Renforcer les compétences des acteurs de tous champs (information, formation et soutien à la pratique).7) Conforter la démarche participative des personnes (les positionner en tant qu’acteurs à l’action, reconnaître leurs compétences, les intégrer à la réflexion sur la politique de santé et son évolution).8) Assurer un accompagnement, un accueil et une écoute adaptés permettant une prise en charge globale des personnes les plus démunies.

Fiche programme n° 1

Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès_à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins

<p>Contexte</p>	<p>L'état des lieux établi par l'Agence a mis en évidence l'importance des inégalités sociales et territoriales de santé dans la région. Il est établi, par ailleurs, que les déterminants macro-sociaux (logement, environnement de vie, transports, travail...), économiques et culturels ont une influence sur l'état de santé des populations aussi importante que les comportements individuels ou les soins médicaux. L'enjeu est donc d'agir à la fois sur l'offre de soins et de prévention, mais également plus largement sur les déterminants des inégalités de santé.</p>		
<p>Poursuivre le développement et le partage de l'observation des phénomènes de santé et des inégalités sociales de santé en région par une approche territorialisée</p>			
<p>Objectifs stratégiques et spécifiques du PSRS et du SRP</p>		<p>Objectifs opérationnels PRAPS</p>	
<p>1°Améliorer la connaissance et l'observation partagée des inégalités territoriales et sociales de santé (ITSS)</p>	<p>1°Mesurer les inégalités territoriales et sociales de santé (ITSS)</p>	<p>Identifier, par des diagnostics locaux partagés; les territoires pertinents affichant des ITSS.</p> <p>Identifier, par territoire, les ressources mobilisées et mobilisables, pour agir sur les ITSS.</p> <p>Favoriser, pour les domaines encore insuffisamment exploités, des enquêtes spécifiques d'identification et d'objectivation des ITSS.</p> <p>Mettre en place un système d'informations régional partagé sur les ITSS.</p>	

Interface avec PSRS et SRP		<i>2° Assurer une veille sociale et sanitaire</i>	<p>Mettre en place dans chaque territoire de santé une plate-forme santé-précarité (régionalisation et territorialisation de la plate-forme santé-précarité 67).</p> <p>Favoriser l'émergence d'un référent précarité-ITSS par territoire de santé (observation, animation et coordination territoriale) et mettre en place les conditions lui permettant de jouer pleinement son rôle de référent.</p>
	Poursuivre, sur un mode partenarial, intersectoriel et interministériel, le développement d'actions et de dispositifs concernant la population régionale et certaines populations en situation de précarité sur des territoires pertinents identifiés		
	Objectifs stratégiques et spécifiques du PSRS et du SRP		Objectifs opérationnels PRAPS
	2° Adapter les politiques de santé aux territoires et favoriser leur prise en compte au sein des autres politiques publiques	<p><i>1° Favoriser l'émergence de projets et contrats locaux de santé</i></p> <p><i>2° Intégrer la santé dans les autres politiques publiques</i></p>	<p>1) Mettre en place, pendant la durée de vie du PRS, au moins deux CLS chaque année.</p> <p>1) Favoriser par la négociation concertée (collectivités territoriales et locales) l'inclusion systématique d'un volet "réduction des ITSS" dans les contrats locaux ou territoriaux de santé.</p> <p>2) Favoriser par la négociation concertée (administrations d'Etat et institutions) l'inclusion systématique d'un volet "réduction des ITSS" dans toutes les politiques publiques conduites en région.</p>

Interface avec SROS, SROMS et autres programmes	La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé s'inscrit ainsi de manière transversale dans l'ensemble des priorités de santé du schéma régional de prévention, mais également dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS ambulatoire et hospitalier) et médico-sociale (SROMS). Autres programmes : PRGDR, PDALPD, PRIPI, PTI, PDAHI...
Principaux partenaires à la priorité de santé	Etat, collectivités locales, assurance maladie, organismes complémentaires, professionnels de santé, médico-sociaux, sociaux, associations
Pilotage	Pôle Prévention, promotion de la santé et accès aux soins de l'ARS Alsace
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> • CPOM ETAT / ARS : nombre de contrats locaux de santé pendant la durée du PRS • Nombre d'inclusion d'un volet « réduction des ITSS » dans les politiques publiques déployées en région • Nombre d'animations territoriales précarité-ITSS mises en place
Calendrier prévisionnel	2012-2016

Fiche programme n° 2

Faciliter l'accès effectif aux droits des personnes en situation de précarité ou vulnérables

<p>Contexte</p>	<p>Les travaux préparatoires du PRS ainsi que ceux de la plateforme santé-précarité du Bas-Rhin et des comités locaux PRAPS de Mulhouse et Colmar ont établi trois constats majeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'insuffisance de connaissance de leurs droits des personnes en situation de précarité, - le renoncement aux soins ou le report de soins pour des raisons financières, - la complexité des démarches administratives pour l'obtention des droits. 		
<p>Interface avec PSRS et SRP</p>	<p align="center">Poursuivre, sur un mode partenarial intersectoriel (réseau précarité-parcours de santé), l'adaptation des outils de communication aux publics concernés en matière d'accès à leurs droits sociaux et à leur maintien</p>		
	<p align="center">Objectifs stratégiques et spécifiques du PSRS et du SRP</p>		<p align="center">Objectifs opérationnels PRAPS</p>
	<p>Informer de manière adaptée les personnes en situation de précarité ou vulnérables, les bénévoles et professionnels des droits sociaux et dispositifs existants</p>		<p>Rendre accessible, à chaque étape de son parcours de santé ou social, pour chaque personne en situation de précarité, l'information en matière de droits sociaux et d'aides existantes par des outils et des vecteurs de communication adaptés.</p> <p>Développer les actions collectives ou individuelles permettant aux professionnels et aux usagers de s'informer des droits sociaux, des aides et procédures existants.</p>
	<p align="center">Poursuivre, en partenariat avec les organismes sociaux, la simplification des procédures d'admission aux droits sociaux des personnes en situation de précarité</p>		
	<p align="center">Objectifs stratégiques et spécifiques du PSRS et du SRP</p>		<p align="center">Objectifs opérationnels PRAPS</p>
<p>Adapter les politiques de prévention et de promotion de la santé aux populations concernées</p>	<p><i>1°Simplifier les procédures d'admission au droit commun, en accompagnant plus spécifiquement certaines personnes et/ou publics</i></p>	<p>Promouvoir les simplifications/ allègements des procédures administratives d'admission aux droits sociaux (CMU de base, CMU-C, ACS, AME, avantages de l'assurance vieillesse,</p>	

			<p>allocations familiales...). Une attention toute particulière sera portée à l'accompagnement des publics pour l'accès à cette couverture complémentaire, de droit commun ou autre, par la mobilisation de toutes les sources financières possible (CCAS, budget ASS de l'Assurance Maladie...).</p> <p>Mettre en place avec les institutions et organismes sociaux des parcours attentionnés en faveur des personnes en situation de précarité (accueil de proximité, assistance pour les formalités administratives, procédures de substitution des travailleurs sociaux aux bénéficiaires en cas d'impossibilité de ces derniers à effectuer les démarches requises, instruction des dossiers...)</p> <p>Mettre en place des actions concertées permettant de garantir la continuité des droits dans les situations de changement du statut des personnes (changement de situation personnelle, changement de régime d'assurance maladie...).</p> <p>Faciliter, pour les personnes sans domicile stable, la procédure administrative d'élection de domicile, condition sine qua non à l'accès aux droits sociaux.</p> <p>Promouvoir dans tous les territoires où le besoin aura été identifié, la fonction de facilitateur administratif en partenariat avec les organismes sociaux</p>
<p>Interface avec SROS, SROMS et autres programmes</p>	<p>La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé s'inscrit ainsi de manière transversale dans l'ensemble des priorités de santé du schéma régional de prévention, mais également dans les schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS).</p> <p>Autres programmes : PRGDR, PDALPD, PRIPI, PTI.</p>	<p>territoriales de santé s'inscrit ainsi de manière transversale dans l'ensemble des priorités de santé du schéma régional de prévention, mais également dans les schémas régionaux d'organisation</p>	<p>sanitaire (SROS ambulatoire et hospitalier) et</p>

Principaux partenaires à la priorité de santé	Etat, collectivités locales, assurance maladie, organismes complémentaires, CAF, professionnels de santé, médico-sociaux, sociaux, associations, PASS
Pilotage	Pôle Prévention, promotion de la santé et accès aux soins de l'ARS Alsace Réfèrent régional pour l'accès aux soins et la lutte contre les exclusions
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> • taux d'évolution des bénéficiaires de la CMU-C par territoire pertinent rapporté au taux d'évolution des ménages disposant de revenus ; • taux d'évolution des bénéficiaires de l'ACS • taux d'évolution des bénéficiaires de l'AME • nombre de supports et d'actions développées informant les professionnels – tous champs – et les bénéficiaires des droits, aides et dispositifs existants.
Calendrier prévisionnel	2012-2016

Fiche programme n° 3

Favoriser l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité ou vulnérables

<p>Contexte</p>	<p>L'état de santé de la population n'est pas homogène sur le territoire régional. Certaines zones du territoire (Strasbourg, Colmar, Mulhouse, et quatre cantons du massif vosgien : La Petite-Pierre, Schirmeck, Saales et Sainte Marie aux Mines) concentrent des indicateurs sanitaires dégradés (surmortalité générale et prématurée élevées), fréquemment corrélés à des indicateurs socio-économiques également défavorables.</p> <p>Les populations de ces zones bénéficient moins des démarches de prévention, soit qu'elles ne leur sont pas proposées, soit que des facteurs économiques, culturels, sociaux font obstacle à leur accès.</p> <p>L'ensemble des actions régionales doit prendre en compte les inégalités de santé et contribuer à les réduire, en visant, d'une part, à développer des actions en santé globale sur certaines parties du territoire, et d'autre part, en portant une attention particulière aux populations qui, pour des motifs sociaux, économiques ou culturels sont particulièrement éloignées de la prévention et du soin.</p>		
<p style="text-align: center;">Améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité et les plus démunies</p>			
<p style="text-align: center;">Objectifs stratégiques et spécifiques du PSRS et du SRP</p>		<p style="text-align: center;">Objectifs opérationnels PRAPS</p>	
<p>Adapter les politiques de prévention et de promotion de la santé aux populations concernées</p>	<p><i>1°Promouvoir, par des actions de communication adaptée, des dispositifs de prévention et de promotion de la santé</i></p> <p><i>2°Prendre en compte l'expression de la demande et des besoins des personnes vulnérables elles-mêmes en privilégiant les démarches participatives de type santé communautaire</i></p>	<p>Favoriser l'émergence de canaux et de supports de communication spécifiques et adaptés, notamment en matière de dépistages</p> <p>Créer les conditions favorables pour un déploiement, dans les zones et/ou les publics vulnérables, des dispositifs facilitant l'accès à la santé.</p> <p>Initier, par un travail collaboratif avec les communes et les collectivités locales, des démarches de proximité, intersectorielles et multipartenariales, permettant de favoriser les actions de santé communautaires et la participation des bénéficiaires dès la conception d'une action de prévention /</p>	

<p>Interface avec PSRS et SRP</p>		<p><i>3° Améliorer la prévention bucco-dentaire : un exemple de stratégie d'intervention transversale devant réduire les inégalités sociales de santé.</i></p>	<p>promotion de la santé.</p> <p>Développer des actions de prévention et de promotion de la santé en fonction des besoins exprimés par les personnes et les professionnels.</p> <p>Proposer une stratégie spécifique pour les populations identifiées comme ayant un risque carieux élevé¹⁰, dans des zones géographiques fragiles, en particulier via les contrats locaux de santé (CLS) dans les grandes agglomérations, en complément des actions déjà menées par les municipalités concernées.</p> <p>Développer une surveillance en région et effectuer un suivi de l'indice CAOD (nombre de Dents Cariées, Obturées ou Absentes) à 6 ans et à 12 ans, par exemple lors des visites médicales scolaires.</p>
		<p>4° Améliorer la participation des personnes en situation de précarité aux campagnes de dépistage organisé des cancers</p>	<p>Diligenter des études permettant l'identification des freins à la participation et à l'accès aux campagnes de dépistage et de manière plus globale d'accès à la prévention.</p> <p>Identifier les zones géographiques à faible participation pour proposer des cahiers des charges prescriptifs en termes de méthodologie adaptée d'intervention (contrats ou conventions).</p> <p>Mieux coordonner les actions de prévention sur d'autres thématiques (alcool, tabac, alimentation, vaccination...)</p>

Favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité ou vulnérables	
Objectifs stratégiques et spécifiques du PSRS et du SRP	Objectifs opérationnels PRAPS
<p>1° Réduire les freins financiers à l'accès aux soins</p>	<p>Accompagner à l'accès à une complémentaire santé de droit commun.</p> <p>Soutenir et développer les dispositifs d'aide à la mutualisation pour les personnes non éligibles aux dispositifs de protection complémentaire réglementaires.</p> <p>Informar les personnes en situation de précarité et les professionnels qui les accompagnent sur les pratiques tarifaires des professionnels et les recours existants.</p> <p>Plus généralement, une réflexion sera menée sur le phénomène de renoncement aux soins</p>
<p>2° Encourager les actions facilitatrices d'accès à la santé pour les publics vulnérables</p>	<p>Favoriser le développement de l'interprétariat professionnel médical et social – en milieu libéral et hospitalier - pour les publics qui le nécessitent.</p> <p>Favoriser le développement de médiateurs santé auprès des personnes en situation de précarité (dans leur environnement habituel de vie) permettant l'accès au système de santé de droit commun.</p>
<p>3° Favoriser le travail en réseau des professionnels de la santé des champs sanitaire, social et médico-social.</p>	<p>Développer une culture commune de l'approche de la précarité entre tous les</p>

	4° Favoriser et garantir la continuité des soins	<p>professionnels de santé – secteurs libéral et hospitalier – afin de favoriser des coopérations renforcées en matière de prévention et de promotion de la santé et de continuité des soins.</p> <p>Favoriser l'émergence et le développement de modes de travail et de collaboration entre préventeurs, dépisteurs et soignants.</p> <p>Favoriser des coopérations professionnelles – secteurs hospitalier et médecine de ville – en collaboration avec les acteurs des champs social et médico-social pour garantir la continuité des soins des personnes en situation de grande précarité (entrée et sortie de structures d'hébergement d'urgence ; soins de suite).</p>
Interface avec SROS, SROMS et autres programmes	<p>La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé s'inscrit ainsi de manière transversale dans l'ensemble des priorités de santé du schéma régional de prévention, mais également dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS ambulatoire et hospitalier) et médico-sociale (SROMS).</p> <p>Autres programmes : PRGDR, PDALPD, PRIPI, PTI, Schémas départementaux Gens du Voyage, Plan de lutte contre les exclusions de l'Assurance Maladie.</p>	
Principaux partenaires à la priorité de santé	ARS (organisation des soins et prévention et promotion de la santé), organismes sociaux, centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie, collectivités locales et territoriales, ASV, URPS, Etat (Cohésion sociale), structures de gestion des dépistages organisés des cancers, établissements de santé, établissements médico-sociaux, structure d'hébergement, associations...	
Pilotage	Pôle Prévention, promotion de la santé et accès aux soins de l'ARS Alsace	
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> évolution de la participation des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME au dépistage organisé des trois cancers : sein, col de l'utérus, colorectal ; taux de recours à l'interprétariat professionnel médical ; nombre et nature des actions développées dans ce programme ; développement de nouvelles pratiques professionnelles tous champs ; nombre et nature des partenariats mobilisés ; 	

	<ul style="list-style-type: none"> • part des médecins généralistes et spécialistes d'accès direct (gynécologues, ophtalmologues) pratiquant les tarifs opposables ; • évolution de l'écart du taux de renoncement aux soins pour des raisons financières des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et des bénéficiaires de complémentaire santé privé ; • évolution du nombre de personnes en situation de précarité déclarant un médecin traitant.
Calendrier prévisionnel	2012-2016

Fiche programme n° 4

Structurer et renforcer les dispositifs spécifiques d'accès à la prévention et aux soins (PASS, ACT, LHSS, EMPP)

Note : cette fiche programme est constituée par le volet Population Spécifiques – volet Précarité du Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (SROMS). Il renvoie par ailleurs aux objectifs du SROS volets Médecine, Ambulatoire et Psychiatrie.

<p>Interface avec PSRS, SROMS et SROS (volets Médecine et Psychiatrie)</p>	<p style="text-align: center;">Améliorer la prise en charge des populations en situation de précarité et des populations vulnérables dans le dispositif de droit commun</p> <p style="text-align: center;">Objectifs opérationnels PRAPS</p> <p>a. Améliorer la prise en charge des populations en situation de précarité et des populations vulnérables dans les dispositifs de droit commun</p> <p>a. Renforcer et partager la connaissance et l'analyse des difficultés d'accès aux soins, tant hospitaliers que libéraux, des populations en situation de précarité</p> <ul style="list-style-type: none">• Développer un dispositif régional d'observation des difficultés d'accès aux soins, animé par la plateforme santé précarité et alimenté par les professionnels des champs social, médico-social et de la santé de la région et renforcer, sur chaque territoire de santé, les temps d'échanges entre les acteurs concernés autour de l'analyse des situations de blocage (personnes pour lesquelles les dispositifs mobilisés, quels qu'ils soient, s'avèrent inappropriés ; personnes pour lesquelles l'admission dans un dispositif, quel qu'il soit, s'avère difficile ...)• Organiser un repérage coordonné et régulier des refus de soins des professionnels de santé libéraux par le biais d'études à conduire en lien avec l'ORS Alsace, l'IREPS et l'Assurance Maladie sur les difficultés d'accès aux soins et les refus de soins <p>b. Soutenir et développer l'implication des professionnels de santé libéraux dans la prise en charge des personnes en situation de précarité, en lien étroit avec l'Assurance Maladie</p> <ul style="list-style-type: none">• Inciter à l'utilisation du tiers payant dans les situations de précarité identifiées par les professionnels libéraux• Veiller à l'application systématique de la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME• Veiller à ce que tout professionnel de santé libéral accueille un nombre minimal de personnes bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME dans sa patientèle• Développer le dispositif d'interprétariat en médecine de ville <p>c. Aménager des temps d'accueil dans le droit commun pour favoriser l'accès aux soins, y compris dentaires, des personnes en situation de précarité en s'appuyant notamment sur un accompagnement physique des personnes par des professionnels œuvrant dans le champ de la précarité</p>
---	--

- d. Adapter le concept des microstructures médicales, en s'appuyant sur le réseau RMS, à la prise en charge des personnes en situation de grande précarité, notamment dans les territoires isolés ou dont la situation socio-économique est fortement dégradée
- e. Améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge par les établissements hospitaliers, publics et privés, des personnes en situation de précarité
- Organiser des temps de sensibilisation/formation des équipes pour une adaptation des pratiques professionnelles
 - Identifier un référent « précarité » par pôle de soins au sein de chaque établissement hospitalier, ces référents étant notamment chargés d'élaborer, par établissement, un protocole de repérage précoce des difficultés d'accès aux soins à partir d'indicateurs partagés et validés par l'établissement
- f. Impulser une réflexion avec les HUS, l'Escale Saint Vincent, des structures de soins de suite et de réadaptation et des CHRS visant à organiser un parcours de soins pour des personnes en grande précarité souffrant de pathologies lourdes et invalidantes qui, actuellement, au sortir d'une hospitalisation pour soins aigus, sont orientées vers les LHSS, dispositif peu adapté à la prise en charge de personnes présentant des pathologies lourdes (cancer, VIH, hépatites, diabète, pathologies cardio-vasculaires, poly-pathologies ...). Il s'agirait d'identifier un dispositif de soins de suite et de réadaptation sur le territoire de santé 2, mais également sur le territoire de santé 4 où une réflexion du même type est également en cours, qui s'engagerait, avec une adaptation des moyens – en termes de formation, de coordination, de temps de travailleur social, d'assouplissement de la durée moyenne de séjour – à accueillir ces personnes et à leur proposer un accompagnement renforcé en termes d'éducation thérapeutique, de réadaptation et de prévention/réduction des conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales de leur pathologie, en amont d'une admission dans un LHSS ou dans un CHRS disposant de compétences médicales ou paramédicales
- g. Identifier un référent psychiatrie/précarité dans chaque zone de proximité, chargé de sensibiliser et d'informer les équipes en intra et en extrahospitalier
- h. Cibler des places dans les hôpitaux de jour psychiatriques pour les personnes en situation de précarité
- i. Adapter l'éducation thérapeutique pour en permettre l'accès effectif aux personnes en situation de précarité par la formation des professionnels (médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux ...), la création d'outils spécifiques et des mesures de gratification
- j. Identifier les besoins, en termes d'appui par des professionnels de santé, des équipes des lieux d'accueil et d'hébergement des personnes en situation de précarité à travers une enquête identifiant les réponses existantes et proposer des pistes d'organisation pour l'ensemble de la région (ex : convention avec des médecins libéraux, intervention d'une EMPP, consultations avancées des CSAPA ...)

Optimiser l'organisation et l'efficacité des dispositifs spécifiques (ACT, LHSS, PASS, EMPP) destinés aux personnes en situation

de précarité

Pistes d'action PRAPS

- a. Réorganiser la PASS somatique sur le territoire de santé 1 pour répondre de manière appropriée aux besoins identifiés
- b. Renforcer l'information autour des dispositifs ACT et LHSS, de leurs missions, de leur fonctionnement et de leurs critères d'admission, notamment auprès des élus des communes éloignées des grands centres urbains et renforcer leur inscription dans un partenariat de proximité
- c. Renforcer l'information autour de la PASS psychiatrique et de la PASS dentaire, créées récemment sur le territoire de santé n°2, de leurs missions et de leur fonctionnement
- d. Encourager la participation de l'ensemble des secteurs de psychiatrie d'un territoire de santé donné au fonctionnement de l'EMPP
- e. S'assurer que les ACT, existants ou à venir, prennent en charge tout type de pathologie lourde et invalidante (ex : cancers, diabète ...)
- f. Organiser une réunion d'échanges annuelle entre les promoteurs des dispositifs spécifiques (ACT, LHSS, PASS et EMPP) et les acteurs à l'origine de l'orientation des personnes dans une perspective d'amélioration de leur fonctionnement

Renforcer les articulations et le travail en réseau pour assurer une prise en charge globale, coordonnée et inscrite dans la continuité

Pistes d'action PRAPS

- a. Développer et renforcer, sur chaque territoire de santé, les temps d'échange de pratiques entre médecins des champs libéral et hospitalier autour des spécificités d'accueil et de prise en charge des personnes en situation de précarité
- b. Renforcer les temps d'échange entre professionnels du champ social et professionnels de la santé, y compris de la psychiatrie, pour un croisement des regards autour des situations des personnes en situation de précarité
- c. Favoriser la continuité des soins en amenant les établissements hospitaliers à préparer, dès l'entrée et en lien étroit avec les acteurs extrahospitaliers, la sortie d'hospitalisation en s'appuyant notamment sur une formalisation des procédures et sur l'outil d'évaluation des pratiques professionnelles
- d. Intégrer, dès l'entrée dans le dispositif LHSS, la question du relais en aval pour garantir la continuité des soins et de la prise en charge sociale
- e. Positionner les PASS comme lieux ressource, de conseil et de soutien en direction des professionnels des champs sanitaire, social et médico-social
 - Renforcer l'information autour du dispositif et sa valorisation auprès des personnes, des bénévoles et des professionnels des différents champs et des élus
 - Encourager les PASS à développer des temps de formation/sensibilisation tant en interne qu'en externe et à organiser une journée annuelle d'échanges avec les partenaires extérieurs
 - Renforcer le partage d'expertise avec les professionnels de santé, notamment libéraux
- f. Encourager les PASS à développer un partenariat « hors les murs », par un renforcement notamment des temps infirmiers, pour réaliser un travail d'explicitation du fonctionnement de la PASS, du système de santé en général et des modalités d'accès et de recours au médecin traitant, au milieu hospitalier et aux dispositifs locaux à destination des personnes reçues dans les lieux d'accueil, d'hébergement et d'insertion
- g. Renforcer les liens entre dispositifs spécifiques (ACT, LHSS, PASS, EMPP) et médecine de premier recours (médecins généralistes, chirurgiens dentistes, personnels paramédicaux)
- h. Développer des consultations avancées des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) dans les dispositifs ACT et LHSS

Développer l'offre et renforcer les moyens
Pistes d'action PRAPS

- a. Signer un CPOM avec les établissements hospitaliers gérant une PASS permettant, au regard de la fixation d'objectifs à atteindre, la mobilisation effective des moyens par ces établissements et d'éventuels réajustements en fonction des besoins identifiés et actualiser, après évaluation, les CPOM relatifs aux PASS signés en 2009 avec les HUS, les HCC et le CH de Mulhouse pour prendre en compte les nouvelles missions fixées par le SROMS
- b. Dédier une enveloppe MIG fléchée pour assurer la réorganisation de la PASS somatique du territoire de santé 1, après évaluation des besoins avec l'établissement ;
- c. Renforcer les moyens des EMPP des territoires de santé 3 et 4 en temps de travailleur social, de psychiatre et d'IDE et de secrétariat pour développer et renforcer le travail autour de l'accès aux droits, de l'évaluation des situations sociales, de l'accompagnement progressif des personnes vers des soins psychiatriques de droit commun et proposer des prestations spécifiques telles que la délivrance de médicaments et l'interprétariat.
- d. Créer (sous réserve de l'attribution de moyens dans le cadre des campagnes budgétaires des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques), dans un premier temps, des places d'ACT sur les territoires de santé 1, 3 et 4 à partir d'une étude approfondie des besoins par territoire au regard de critères socio-économiques et de l'offre globale existante et, dans un deuxième temps, 8 nouvelles places d'ACT sur le territoire de santé 2
- e. Créer (sous réserve de l'attribution de moyens dans le cadre des campagnes budgétaires des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques), dans un premier temps, 10 nouveaux lits LHSS sur le territoire de santé 2 et, dans un deuxième temps, un dispositif LHSS sur le territoire de santé 1 à partir d'une étude approfondie des besoins
- f. Expérimenter (sous réserve de l'attribution de moyens dans le cadre des campagnes budgétaires des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques) la mise en place de 4 lits d'accueil médicalisé (LAM), dont 2 sur le territoire de santé 2 et 2 sur le territoire de santé 4
- g. Réaliser une étude d'opportunité et de faisabilité de création d'une PASS somatique sur le territoire de Sélestat et environs

**Interface avec
SROS, SROMS et
autres programmes**

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé s'inscrit ainsi de manière transversale dans l'ensemble des priorités de santé du schéma régional de prévention, mais également dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS hospitalier, volets Psychiatrie, SSR), SROS ambulatoire) et médico-sociale (SROMS).

Principaux partenaires à la priorité de santé	ARS (organisation des soins, prévention et promotion de la santé) ; organismes sociaux ; centres d'examens de santé ; collectivités locales et territoriales ; établissements de santé ; établissements médico-sociaux ; URPS (médecine) ...
Pilotage	ARS, Pôle prévention, promotion de la santé et accès aux soins
Indicateurs de suivi	A définir
Calendrier prévisionnel	2012 – 2016

Fiche programme n° 5

Favoriser la santé de certaines populations

1° la santé des détenus

Contexte	<p>(PLAN D' ACTIONS STRATÉGIQUES 2010 - 2014 .Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la Justice et des Libertés)</p> <p><u>Les raisons :</u></p> <p>Des besoins objectivés par la prévalence élevée de plusieurs pathologies (VIH, addictions, troubles psychiatriques) Des besoins de santé liés aux caractéristiques sociodémographiques Des besoins de santé en lien avec l'impact de l'incarcération Des besoins croissants compte tenu de l'évolution démographique</p> <p>Les chiffres concernant la santé en prison :</p> <ul style="list-style-type: none">- 1.04% des détenus sont atteints du SIDA,- 4,2% sont atteints du VHC, contre 0,23% et 0,84% dans la population générale,- 8 à 10 fois plus de cas de tuberculose que dans la population générale,- 6 fois plus de suicides que les hommes libres âgés de 15 à 59 ans,- augmentation du taux de suicide de 109 suicides en 2008 à 115 en 2009,- un quart consomme au moins deux substances psychoactives (tabac avec plus de 20 cigarettes par jour, drogues...),- 30% des détenus sont alcooliques,- 17,90% des détenus souffrent d'une dépression inquiétante et 12% d'anxiété généralisée,- 3,80% des détenus sont atteints de schizophrénie nécessitant un traitement (soit quatre fois plus que dans la population générale). <p><u>Les principes :</u></p> <p>Les personnes incarcérées doivent bénéficier de la même qualité et continuité de soin que la population générale. Les plans et les programmes de santé publique doivent être mis en œuvre en milieu carcéral. La prévention et les soins initiés ou poursuivis pendant la période de l'incarcération doivent contribuer au maintien et à l'amélioration de l'état de la santé.</p>
-----------------	--

	<p><u>Le plan vise notamment à :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - renforcer la politique de prévention du suicide, - développer des actions d'éducation et de promotion de la santé, - améliorer l'organisation, la gestion et le suivi des structures sanitaires, - améliorer l'image du monde carcéral, notamment auprès des jeunes, rendre attractifs les métiers en milieu pénitentiaire. 		
<p>Interface avec PSRS et SRP</p>	<p>Améliorer l'accès aux droits des personnes détenues</p>		
	<p>Objectifs stratégiques et spécifiques du PSRS et du SRP</p>	<p>Objectifs opérationnels PRAPS</p>	
	<p>Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins</p>	<p><i>Accompagner plus spécifiquement certaines personnes et/ou publics</i></p>	<p>Informar les personnes sur leurs droits sociaux</p> <p>Systematiser, pendant la durée de la détention, l'étude des droits à la CMU (base et complémentaire) pour permettre l'accès à certaines prestations du panier de biens et services (lunetterie et dentisterie).</p> <p>Anticiper et accompagner les démarches d'accès aux droits à la sortie (partenariat entre les institutions et organismes sociaux et l'ensemble des établissements pénitentiaires d'Alsace).</p>
	<p>Améliorer l'accès aux soins des personnes détenues</p>		
<p>Objectifs stratégiques et spécifiques du PSRS et du SRP</p>	<p>Objectifs opérationnels PRAPS</p>		
<p>Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins</p>	<p><i>Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins</i></p> <p><i>Accompagner plus spécifiquement certaines personnes et/ou publics</i></p>	<p>Assurer une meilleure continuité des soins entre le milieu fermé et le milieu ouvert, notamment en favorisant la transmission des informations entre les dispositifs de soins de droit commun et ceux en milieu pénitentiaire.</p> <p>Sensibiliser les détenus en amont de leur sortie au choix d'un médecin traitant pour garantir la</p>	

			<p>continuité des soins.</p> <p>Améliorer l'information, la communication et la coordination entre les professionnels sanitaires et pénitentiaires dans l'organisation des soins.</p> <p>Réduire les obstacles à l'accès aux soins dus aux différences culturelles et/ou linguistiques (interprétariat médical).</p> <p>Renforcer la prise en charge sanitaire des populations pénitentiaires âgées.</p>
Interface avec PSRS et SRP	Améliorer l'accès à la prévention et à la promotion de la santé des personnes détenues		
	Objectifs stratégiques	et spécifiques du PSRS et du SRP	Objectifs opérationnels PRAPS
	Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins	<p><i>Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins</i></p> <p><i>Promouvoir par des actions de communication adaptée, des dispositifs de prévention et de promotion de la santé</i></p>	<p>Favoriser le partenariat interinstitutionnel dans la mise en œuvre d'actions coordonnées d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique.</p> <p>Renforcer l'offre de formation pluriprofessionnelle et interinstitutionnelle en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique.</p> <p>Favoriser des actions de prévention autour de certaines thématiques : par exemple : lien mère-enfant, suicide.</p>

Accompagner la mise en œuvre du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice (Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la Justice et des Libertés)		
Objectifs stratégiques et spécifiques du PSRS et du SRP		Objectifs opérationnels PRAPS
<p>Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins</p> <p>Adapter les politiques de prévention et de promotion de la santé aux populations concernées</p>	<p>Accompagner plus spécifiquement certaines personnes et/ou publics</p> <p>Prendre en compte l'expression de la demande et des besoins des personnes vulnérables elles-mêmes en privilégiant des démarches participatives de type santé communautaire</p> <p>Réduire les inégalités d'accès et de recours à la prévention et au dépistage</p>	<p>Participer à la mise en œuvre des dispositions particulières de l'instruction ministérielle N° DGS/MC1/DGOS/R4/2011 du 29/08/2011 relative à la réalisation d'un examen bucco-dentaire des personnes détenues lors de leur arrivée en établissement pénitentiaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> Action 7-1 du plan d'actions stratégiques 2010-2014 : permettre aux personnes détenues de bénéficier d'un examen bucco-dentaire lors de leur arrivée intégrée à la visite médicale d'entrée Action 7-2 du plan d'actions stratégiques 2010-2014 : réduction du risque infectieux associé aux soins dentaires
Interface avec SROS hospitalier et autres programmes	<p>La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé s'inscrit ainsi de manière transversale dans l'ensemble des priorités de santé du schéma régional de prévention, mais également dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS hospitalier) et médico-sociale (SROMS).</p> <p>Elle s'inscrit dans une approche globalisante de la population de la région.</p>	
Principaux partenaires à la priorité de santé	<p>Etat (Direction Interrégionale des services pénitentiaires de Strasbourg, SPIP), UCSA, Réseaux de santé et promoteurs, ARS (organisations des soins), Assurance Maladie...</p> <p>Plan d'actions stratégiques 2010-2014 Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice (Ministère de la Santé et des Sports et Ministère de la Justice et des Libertés)</p>	
Pilotage	Pôle Prévention, promotion de la santé et accès aux soins de l'ARS Alsace	
Indicateurs de suivi	<p>Nombre et nature des actions développées au titre des objectifs retenus : accès aux droits, accès aux soins, santé mentales, PPS</p> <p>Collaborations avec les structures de droit commun</p> <p>Partenariats entre établissements, UCSA et structures PPS</p> <p>Evolution du nombre d'affiliations à la couverture maladie universelle</p>	
Calendrier prévisionnel	2012-2016	

2° la santé des gens du voyage

Le terme générique de gens du voyage désigne un statut créé par l'administration française en 1969 pour les personnes n'ayant pas de domicile ou de résidence fixe et habitant dans des caravanes ou des mobil-home. Ces populations se distinguent des populations de Rom migrants, originaires de Bulgarie et de Roumanie.

<p>Contexte</p>	<p><u>Les raisons :</u></p> <p>Les " gens du voyage " - quatre cent mille personnes en France – et les Roms migrants restent à l'écart de la prévention et des soins de santé. Leur espérance de vie est de quinze années inférieure à la moyenne de la population.</p> <p>Par ailleurs, l'organisation territorialisée de nombreuses politiques publiques rend difficile la prise en compte des populations non sédentaires. En effet, c'est l'adresse de domicile qui donne le statut d'habitant d'un territoire et permet l'activation des droits associés. Par définition, les gens du voyage, même quand ils sont moins mobiles, ne sont pas reconnus comme habitants d'un territoire, ce qui freine l'accès aux droits et l'accès aux soins.</p> <p>À ce premier obstacle s'ajoutent les facteurs de précarité et de fragilité : des conditions de vie difficiles, des difficultés d'accès à la prévention, un chômage très élevé, un taux d'illettrisme important, une relégation sociale et spatiale et, probablement en corollaire, une espérance de vie inférieure de quinze ans à la moyenne nationale (Étude réalisée sur deux ans dans le cadre du projet Romeurope, à l'initiative de Médecins du monde. Actes du colloque européen des 19 et 20 octobre 2000)</p> <p>Ce public se caractérise par un plus mauvais état de santé que la population générale.</p> <p>Bien qu'il n'existe pas de pathologies spécifiques, les problèmes de santé sont liés aux effets combinés de la précarité et de l'habitat : zone de relégation, pollution, tristesse du cadre de vie, avenir professionnel difficile, etc.</p> <p>Les conséquences majeures :</p> <ul style="list-style-type: none">- une mortalité prématurée ;- un accès aux soins souvent tardif ;- des pathologies liées aux conditions de vie et de travail. <p><u>Les principes :</u></p> <p>La promotion de la santé a à voir avec le traitement des inégalités et la lutte contre les exclusions. Par conséquent, elle doit tenir compte de l'influence de l'environnement, des conditions de vie et de travail, de l'ensemble des déterminants et pas seulement des déterminants individuels. Elle doit également tenir compte de l'accessibilité aux services de santé.</p> <p>(Source : La Santé de l'homme n° 390, INPES)</p>
------------------------	--

Permettre un meilleur accès à la santé : accès aux droits, à la prévention, au bien être, à la qualité de vie		
	Objectifs stratégiques et spécifiques du PSRS et du SRP	Objectifs opérationnels PRAPS
<p>Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins</p> <p>Adapter les politiques de prévention et de promotion de la santé aux populations concernées</p> <p>Interface avec PSRS et SRP</p>	<p><i>Accompagner plus spécifiquement certaines personnes et/ou publics</i></p> <p><i>Prendre en compte l'expression de la demande et des besoins des personnes vulnérables elles-mêmes en privilégiant des démarches participatives de type santé communautaire</i></p> <p><i>Réduire les inégalités d'accès et de recours à la prévention et au dépistage</i></p>	<p>Articuler les différents niveaux et organiser la concertation : la création du groupe de travail multi-partenarial peut faciliter la mise en place d'actions adaptées.</p> <p>Améliorer les conditions de vie impactant négativement la santé (emplacement et état des aires de stationnement, logement indigne ou insalubre...)</p> <p>Cf. Fiche programme n°2</p> <p>Sensibiliser et former les professionnels sociaux et de santé, les bénévoles et toutes les personnes en contact avec les personnes aux spécificités (socio-culturelles et autres) et à la santé des populations.</p> <p>Améliorer l'accessibilité aux services de santé de droit commun et, si nécessaire, aux dispositifs spécifiques (PASS somatiques et psychiatriques) dans une logique d'appui au droit commun. Compte tenu de la spécificité de vie communautaire de ces populations, il convient d'axer particulièrement l'effort sur la formation et la mobilisation de médecins libéraux volontaires pour prendre en charge ces personnes, à proximité de leurs lieux d'habitation (aires de stationnement).</p> <p>Promouvoir des actions de prévention inscrites dans la durée et utilisant une pédagogie adaptée (travailler prioritairement les thématiques identifiées par les gens du voyage eux-mêmes ; travailler auprès de la communauté et accompagner)</p>

Interface avec SROS ambulatoire et hospitalier, SROMS et autres programmes	<p>La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé s'inscrit ainsi de manière transversale dans l'ensemble des priorités de santé du schéma régional de prévention, mais également dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS ambulatoire et hospitalier) et médico-sociale (SROMS).</p> <p>Elle s'inscrit dans une approche globalisante de la population de la région.</p> <p>Autres programmes : PTI CG 67, PDI CG 68, Schémas départementaux d'accueil des gens du voyage, PRIPI</p>
Principaux partenaires à la priorité de santé	<p>Etat (Cohésion Sociale), Conseils Généraux, Assurance Maladie, ARS (organisation des soins), URPS....</p>
Pilotage	<p>Pôle Prévention, promotion de la santé et accès aux soins de l'ARS Alsace</p>
Indicateurs de suivi	<p>Nombre et nature des actions développées au titre des objectifs retenus Collaborations avec les professionnels sociaux et de santé</p>
Calendrier prévisionnel	<p>2012-2016</p>

3° la santé des étudiants

Contexte	<p>Etude de l'Union nationale des mutuelles étudiantes régionales (USEM) • La santé des étudiants en 2011 • N°1000467 avec le concours du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.</p> <p>Constats :</p> <p>Les étudiants vivant en famille :</p> <p>Plus d'accès aux soins :</p> <ul style="list-style-type: none">• Les étudiants en famille sont plus nombreux à consulter leur médecin traitant• les étudiants habitant encore dans leur famille sont plus nombreux à prendre des médicaments qu'un proche leur donne• Ils sont moins nombreux à renoncer à des soins pour raisons financières, se déclarant moins fréquemment aussi en difficultés financières <p>Moins de conduites addictives :</p> <ul style="list-style-type: none">• Il y a moins de buveurs excessifs chez les étudiants habitant dans leur famille• Ils ont une perception différente vis-à-vis de l'alcool, puisqu'ils sont plus nombreux à avoir déjà eu conscience d'avoir trop bu• Il y a moins de gros fumeurs• Consomment moins de drogues que les étudiants qui n'habitent pas dans leur famille <p>Mais plus de difficultés à gérer leur stress :</p> <ul style="list-style-type: none">• Sont plus nombreux à mettre plus de 30 minutes pour se rendre sur leur lieu d'études <p>Plus de difficultés pour les étudiants ayant quitté le logement familial :</p> <p>Dans l'accès aux soins :</p> <ul style="list-style-type: none">• Renouvellement de leur parcours de soins : ceux en colocation et logement individuel sont plus nombreux à avoir recours à l'automédication ou à un autre médecin généraliste• Les étudiants en résidence universitaire et en colocation consultent moins de professionnel de santé• Les étudiants en résidence U et en colocation ont plus tendance à renoncer à des soins pour raisons financières car étant justement plus fréquemment en difficultés financières <p>Dans la qualité de vie :</p> <ul style="list-style-type: none">• Plus de stress mal géré et mauvais sommeil en proportion plus élevée chez les étudiants en logement individuel
-----------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Des comportements de rejets plus présents chez les étudiants en résidence U <p>Dans les conduites addictives :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y a plus de buveurs excessifs chez les étudiants habitant en colocation • Ils ont une perception différente vis-à-vis de l'alcool, puisqu'ils sont moins nombreux à avoir déjà eu conscience d'avoir trop bu • Il y a plus de fumeurs quotidiens excessifs chez les étudiants en logement individuel • Les étudiants en logement individuel et en colocation boivent et fument pour participer à des moments de convivialité • Les étudiants en colocation déclarent fumer pour faire comme les autres • Ceux en colocation consomment plus de drogues 		
	<p>Améliorer la connaissance de la santé des étudiants pour favoriser un meilleur parcours de santé intégré à la situation environnementale et aux conditions de vie.</p>		
	<p>Objectifs stratégiques et spécifiques du PSRS et du SRP</p>	<p>Objectifs opérationnels PRAPS</p>	
	<p>Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins</p> <p>Adapter les politiques de prévention et de promotion de la santé aux populations concernées</p>	<p><i>Accompagner plus spécifiquement certaines personnes et/ou publics</i></p> <p><i>Prendre en compte l'expression de la demande et des besoins des personnes vulnérables elles-mêmes en privilégiant des démarches participatives de type santé communautaire</i></p> <p><i>Réduire les inégalités d'accès et de recours à la prévention et au dépistage</i></p>	<p>Promouvoir, en collaboration avec les mutuelles étudiantes, les services de médecine universitaire et les associations étudiantes, des études et des actions visant à établir un état des lieux en matière</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'habitudes alimentaires, - de pratiques d'une activité physique et/ou sportive, - de rattrapage vaccinal (notamment épidémies de rougeole et méningites et respect du calendrier vaccinal) - d'accès aux soins, notamment à certaines spécialités compte tenu des problématiques spécifiques de santé, - de santé mentale compte tenu des problématiques spécifiques (mal-être, solitude, rupture du lien social, stress lié aux études...) - de sexualité, - de conduites à risques (addictions)

<p>Interface avec PSRS et SRP</p>			<p>pour définir des politiques d'intervention partenariales, coordonnées et adaptées de prévention, de promotion de la santé et d'accès aux soins répondant aux besoins de santé des étudiants en Alsace.</p> <p>Promouvoir des actions de santé menées dans les lieux de vie des étudiants et avec les étudiants (développement de dispositifs d'étudiants-relais santé).</p> <p>Favoriser l'inscription de la santé estudiantine comme une préoccupation commune à l'ensemble de la communauté universitaire devant se traduire dans toutes les politiques de l'université en tant que démarche globale de santé.</p> <p>Mieux prendre en compte les besoins spécifiques des étudiants étrangers.</p> <p>Pour garantir le maintien des droits et la continuité des soins, mettre en place des actions concertées permettant de garantir la continuité des droits dans les situations de changement du statut des personnes (changement d'université, de situation personnelle comme les interruptions d'études, le passage au salariat, le changement de régime d'assurance maladie...).</p>
<p>Interface avec SROS, SROMS et autres programmes</p>	<p>La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé s'inscrit ainsi de manière transversale dans l'ensemble des priorités de santé du schéma régional de prévention, mais également dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS hospitalier) et médico-sociale (SROMS).</p> <p>Elle s'inscrit dans une approche globalisante de la population de la région.</p>		
<p>Principaux partenaires à la priorité de santé</p>	<p>Etat (Rectorat), Universités, Services de santé universitaire, Mutuelles Etudiantes, associations étudiantes, professionnels de santé, ARS Alsace (prévention, promotion de la santé, accès aux soins), URPS, associations œuvrant dans le champ de la prévention et promotion de la santé...</p>		

Pilotage	Pôle Prévention, promotion de la santé et accès aux soins de l'ARS Alsace
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - réalisation d'un état des lieux sur la santé des étudiants ; - nombre de réunions de concertation partenariales ; - nombre d'actions PPS développées en direction des étudiants.
Calendrier prévisionnel	2012-2016

4) la santé des migrants en situation de précarité

Le terme migrant peut-être compris comme toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays.

La catégorie des migrants comprend :

- a) les personnes qui se trouvent hors du territoire de l'Etat dont elle possède la nationalité ou la citoyenneté, mais qui ne relèvent pas de la protection juridique de cet Etat, et qui se trouvent sur le territoire d'un autre Etat ;
- b) les personnes qui ne jouissent pas du régime juridique général inhérent au statut de réfugié, de résident permanent, de naturalisé ou d'un autre statut octroyé par l'Etat d'accueil ;
- c) les personnes qui ne jouissent pas non plus d'une protection juridique générale de leurs droits fondamentaux en vertu d'accords diplomatiques, de visas ou d'autres accords.

Contexte	<p><u>Les raisons :</u></p> <p>L'accès aux soins et à la santé des migrants, des sans-papier et des personnes précaires doit faire l'objet d'une attention particulière. En effet, les données disponibles sur leur état de santé font apparaître que ces populations ne sont pas confrontées aux mêmes problématiques de santé que la population standard. Selon leur pays d'origine et le niveau de développement, les motifs et conditions de leur migration et de leur statut en France, leur état de santé ainsi que l'accès aux soins diffèrent de façon importante. De plus, la problématique de l'immigration recoupe fréquemment celle de la précarité.</p> <p>Diverses études et publications (Etude de l'ORSAL, ORIV et Migrations Santé Alsace ; Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé. Saint-Denis, Basset B. (sous la direction de): INPES, coll. Varia, 2008 : 208 p.) ont notamment permis de poser le diagnostic suivant :</p> <ul style="list-style-type: none">- les migrants se déclarent en moins bon état de santé que les Français nés en France,- des pathologies plus fréquentes : maladies infectieuses, maladies chroniques liées à la nutrition, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension artérielle, mais également les risques de surexposition aux intoxications au plomb et aux accidents domestiques, les mutilations sexuelles....,- des vulnérabilités particulières liées à la migration, la non-maîtrise de la langue, les représentations de la santé et les spécificités culturelles, les relations et les problèmes de communication avec les professionnels sont des sources de difficultés diagnostiques,- des vulnérabilités liées à l'accès aux soins : difficultés d'ordre administratif liées à la complexité de la réglementation et du système de santé, difficultés liées aux services de santé eux-mêmes (interprétariat médical). <p>(source : PRIPI 2010-2012 : Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées d'Alsace ; Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale d'Alsace).</p>
-----------------	---

Accompagner les personnes migrantes dans leur vécu pour favoriser l'adhésion à un parcours de santé		
	Objectifs stratégiques et spécifiques du PSRS et du SRP	Objectifs opérationnels PRAPS
<p>Interface avec PSRS et SRP</p>	<p>Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins.</p>	<p><i>Améliorer la connaissance du parcours migratoire et ses effets</i></p>
	<p>Adapter les politiques de prévention et de promotion de la santé aux populations concernées</p>	<p><i>Améliorer la connaissance des personnes migrantes de leur état de santé et du système de santé et les accompagner</i></p>

Diligenter des études permettant de mieux objectiver et de répertorier les besoins en santé des personnes pour y apporter des réponses adaptées.

Encourager, soutenir et développer des actions d'accompagnement des personnes migrantes favorisant une adhésion et une inscription dans un parcours de santé.

Encourager, soutenir et développer des actions de médiation culturelle dans les structures de santé de droit commun.

Encourager, soutenir et développer des actions, individuelles ou collectives, en faveur des personnes migrantes et de leur entourage afférentes aux représentations de la santé (rapport au corps, à la maladie, aux conduites à risque, ...)

Améliorer et garantir le maintien du lien social pour les personnes isolées.

Encourager, soutenir et développer des actions d'éducation à la santé pour garantir une meilleure compréhension par les personnes de leur état de santé.

Améliorer la connaissance des personnes du dispositif de santé (droits, prévention, soins) par des actions adaptées.

Informier, sensibiliser les personnes aux pratiques professionnelles.

		<p><i>Accompagner les professionnels de tous champs pour une meilleure perception et prise en charge des personnes</i></p>	<p>Encourager, soutenir et développer des actions d'information, de sensibilisation et de formation à destination de tous les professionnels (tous champs) et de tous les bénévoles en contact avec les personnes migrantes portant sur leurs représentations de ces publics et sur les pratiques à mettre en œuvre pour garantir un accompagnement et une prise en charge adaptés (dimension socio-culturelle, rapport au temps....) pour garantir la continuité des soins et éviter, le cas échéant, des refus de soins.</p>
Favoriser l'accès aux droits des personnes migrantes en situation de précarité			
Objectifs stratégiques et spécifiques du PSRS et du SRP		Objectifs opérationnels PRAPS	
	<p>Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins.</p>	<p><i>Informer les personnes migrantes de leurs droits</i></p> <p><i>Garantir l'information des personnes migrantes sur leurs droits tout au long de leur parcours de vie</i></p> <p><i>Accompagner, le cas échéant, les personnes migrantes dans leurs démarches d'obtention de leurs droits</i></p>	<p>Rendre accessible, pour chaque personne en situation de précarité, l'information en matière de droits sociaux et d'aides existantes par des outils et des vecteurs de communication adaptés.</p> <p>Informier et former les professionnels des champs social, sanitaire et médico-social ainsi que toutes les personnes en contact avec les personnes migrantes de l'ensemble des droits sociaux et dispositifs en la matière existants.</p> <p>Accompagner, si nécessaire, les personnes migrantes dans leur démarche d'obtention d'une protection maladie intégrale (base et complémentaire, notamment pour garantir la continuité des soins requis par leur état de santé).</p>

		<p><i>Encourager des collaborations novatrices entre les acteurs</i></p> <p><i>Poursuivre l'effort de simplification des démarches administratives en concertation avec les organismes sociaux</i></p> <p><i>Encourager les actions facilitatrices d'accès aux droits pour les publics vulnérables</i></p>	<p>Encourager le développement d'un partenariat entre les administrations sociales et les associations en charge des personnes migrantes (accueil de proximité, accueil personnalisé....)</p> <p>Engager une réflexion partenariale avec les collectivités locales et les associations pour lever l'obstacle d'absence de domiciliation et généraliser le principe déclaratif de l'adresse.</p> <p>Poursuivre la réflexion partenariale avec les organismes sociaux pour simplifier et rendre plus lisible le corpus des formulaires et des pièces justificatives requises.</p> <p>Favoriser le développement de l'interprétariat dans les organismes sociaux pour les publics en situation de précarité.</p>
	Favoriser l'accès aux soins des personnes migrantes en situation de précarité		
	Objectifs stratégiques et spécifiques du PSRS et du SRP		Objectifs opérationnels PRAPS
	Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins.	<i>Informers les personnes migrantes sur les obstacles financiers à l'accès aux soins</i>	<p>Réduire les freins économiques à l'accès aux soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - informer sur les dispositifs d'affiliation à l'assurance maladie (AME, CMU), les coûts, les prises en charge possibles, les coûts résiduels, les aides existantes...

		<p><i>Encourager les actions facilitatrices d'accès à la santé pour les publics vulnérables</i></p>	<p>- promouvoir l'accès aux soins et aux soins sans avance des frais dans l'attente de la reconnaissance de leurs droits sociaux</p> <p>Favoriser le développement de l'interprétariat professionnel médical – en milieu libéral et hospitalier - pour les publics en situation de précarité.</p>
Favoriser et garantir la santé des personnes migrantes vieillissantes en situation de précarité			
Objectifs stratégiques et spécifiques du PSRS et du SRP		Objectifs opérationnels PRAPS	
<p>Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins.</p> <p>Adapter les politiques de prévention et de promotion de la santé aux populations concernées</p>		<p>Promouvoir en collaboration avec les institutions et organismes compétents, les collectivités, les professionnels et les associations prenant en charge les personnes âgées immigrées des études et actions visant à</p> <ul style="list-style-type: none"> - objectiver les problèmes de santé spécifiques (liés au vieillissement, à l'isolement, aux conditions de vie...) rencontrés par cette population ainsi que les modes de prise en charge actuels. - objectiver et mieux partager la connaissance des acteurs de tous champs intervenant auprès de ces personnes, - objectiver et réaliser des besoins d'information ou de formation individuelle ou collective desdits acteurs <p>pour définir des politiques d'intervention partenariale, coordonnées et adaptées de prévention, de promotion de la santé et d'accès aux soins et d'accompagnement répondant aux besoins de santé des personnes migrantes vieillissantes en situation de précarité.</p>	

		<p>Mieux accompagner les personnes migrantes vieillissantes dans leurs démarches d'obtention de certains droits : les migrants vieillissants ne veulent pas mobiliser leurs ressources financières à des fins de santé car elles préfèrent en transférer un maximum à leurs familles restées dans les pays d'origine.</p> <p>En conséquence certaines pistes d'accompagnement peuvent être explorées :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Accompagner les migrants vieillissants dans leurs démarches pour l'obtention de l'A.P.A. 2) Faciliter, le cas échéant, simplifier les démarches administratives d'obtention de l'A.P.A. 3) Faciliter la mise en relation avec les acteurs des services à domicile.
Interface avec SROS ambulatoire et hospitalier, SROMS et autres programmes	<p>La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé s'inscrit ainsi de manière transversale dans l'ensemble des priorités de santé du schéma régional de prévention, mais également dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS ambulatoire et hospitalier) et médico-sociale (SROMS).</p> <p>Elle s'inscrit dans une approche globalisante de la population de la région.</p> <p>Autres programmes : PRIPI, Schémas gérontologiques 67 et 68,</p>	
Principaux partenaires à la priorité de santé	Etat (Cohésion Sociale), Collectivités locales et territoriales, Assurance Maladie, ARS (organisation des soins ; prévention, promotion de la santé et accès aux soins), URPS, associations...	
Pilotage	Pôle Prévention, promotion de la santé et accès aux soins de l'ARS Alsace	
Indicateurs de suivi	<p>Nombre et nature des actions développées au titre des objectifs retenus</p> <p>Collaborations avec les professionnels sociaux et de santé</p>	
Calendrier prévisionnel	2012-2016	

5° la santé des personnes sans chez soi

Contexte

Les raisons :

« Le terme de « sans chez soi » ne renvoie pas à une définition administrative (sans domicile) mais part de l'expérience des personnes. En effet ce qui pose problème, selon les personnes sans abri auditionnées, c'est l'absence d'un lieu à soi, où l'intimité et la sécurité soient garanties et qui s'inscrive dans un espace urbain délimité et privé : c'est-à-dire un « chez soi ». Il s'agit donc bien plus d'un habitat à soi que d'un simple abri contre le vent et la pluie. La question du « chez soi » renvoie à la citoyenneté (notamment au respect des droits fondamentaux et constitutionnels) et à l'accomplissement d'une vie pleine et entière, et pas seulement à la protection contre les intempéries ou à des logiques de survie.

La conférence de consensus de 2007 « Comment sortir de la rue » avait validé ce terme de « sans chez soi » comme un terme de référence.

La littérature scientifique internationale montre un âge de décès nettement inférieur à la moyenne de la population .

S'agissant de la morbidité en santé mentale des personnes sans chez soi, selon une enquête effectuée à Paris, les données disponibles indiquent une surreprésentation importante des pathologies mentales et des addictions. La littérature internationale montre que les prévalences de schizophrénie et de psychose dans cette population atteignent des taux 5 à 30 fois supérieurs à ceux de population générale. L'augmentation des personnes vivant dans la rue avec des troubles mentaux, d'abord mise en évidence aux Etats-Unis dans les années 1980, est aujourd'hui bien documentée dans diverses grandes villes européennes.

En ce qui concerne la morbidité somatique, et selon les enquêtes épidémiologiques françaises, la plupart des maladies sont retrouvées dans cette population avec une fréquence et une gravité accrue par rapport à la population générale. Il s'agit notamment des affections dentaires, respiratoires, infectieuses, dermatologiques ou encore traumatiques

En plus de constituer une exposition plus importante à des risques de santé, la vie dans la rue aggrave particulièrement les maladies chroniques, qui deviennent alors plus complexes à prendre en charge. Il en va ainsi, pour ne citer que quelques exemples, du diabète, de l'hypertension artérielle, des infections au VIH, aux virus des hépatites, ou encore des cancers.

Les résultats des nombreuses enquêtes réalisées dans différents pays développés mettent en évidence des expériences communes de difficultés à la fois à l'accès et à la continuité des soins.

Favoriser l'accès aux droits des personnes sans chez soi			
	Objectifs stratégiques et spécifiques du PSRS et du SRP	Objectifs opérationnels PRAPS	
Interface avec PSRS et SRP	<p>Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins.</p>	<p><i>Informier exhaustivement les personnes sans chez soi de leurs droits</i></p> <p><i>Garantir l'information des personnes sans chez soi sur leurs droits tout au long de leur parcours de vie</i></p> <p><i>Accompagner, le cas échéant, les personnes sans chez soi dans leurs démarches d'obtention de leurs droits</i></p> <p><i>Encourager des collaborations novatrices entre les acteurs</i></p>	<p>Rendre accessible, pour chaque personne sans chez soi, l'information en matière de droits sociaux et d'aides existantes par des outils et des vecteurs de communication adaptés.</p> <p>Informier et former les professionnels des champs social, sanitaire et médico-social ainsi que toutes les personnes en contact avec les personnes sans chez soi de l'ensemble des droits sociaux et dispositifs existants en la matière.</p> <p>Accompagner, si nécessaire, les personnes sans chez soi dans leur démarche d'obtention d'une protection maladie intégrale (base et complémentaire, notamment pour garantir la continuité des soins requis par leur état de santé).</p> <p>Encourager le développement d'un partenariat entre les administrations sociales et les associations en charge des personnes sans chez soi (accueil de proximité, accueil personnalisé....).</p> <p>Poursuivre la réflexion partenariale avec les organismes sociaux pour simplifier et rendre plus lisible le corpus des pièces justificatives requises.</p> <p>Favoriser la signature de conventions spécifiques de collaboration entre les services hospitaliers et les organismes d'assurance permettant une étude et une reconnaissance</p>

		<p><i>Formaliser des procédures de collaboration entre les organismes sociaux et les professionnels de santé pour l'obtention et le maintien des droits à la couverture maladie.</i></p>	<p>accéléérées des droits.</p> <p>Favoriser des relations privilégiées entre les professionnels de santé libéraux de premier recours et les organismes d'assurance maladie permettant une étude et une reconnaissance accélérées des droits.</p>
Favoriser l'accès aux soins des personnes sans chez soi			
Objectifs stratégiques et spécifiques du PSRS et du SRP		Objectifs opérationnels PRAPS	
<p>Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins.</p>	<p>Favoriser l'émergence de pratiques professionnelles et médicales coordonnées, notamment dans les lieux de soins.</p>	<p>Former les professionnels de terrain (police nationale et municipale, gendarmerie, sécurité civile) à l'accompagnement spécifique des personnes sans chez soi (prévention des agressions, violences et discriminations, travail en réseau...).</p> <p>Favoriser l'émergence de réseaux pluridisciplinaires et intersectoriels permettant une meilleure prise en charge sanitaire des personnes sans chez soi tout au long de leur parcours de soin et de vie.</p> <p>Formaliser des protocoles et des fiches de liaison médico-sociales de prise en charge articulée entre les secteurs sanitaire (hospitalier et ambulatoire) et social des personnes sans chez soi permettant de garantir la continuité des soins tout au long du parcours de vie et d'hébergement d'urgence.</p> <p>Intégrer dans les formations initiales et/ou spécifiques des professionnels de santé de premier recours des modules sur la santé et le soin des personnes sans chez soi.</p> <p>Former tous les professionnels de santé, dans les cursus de formation généraux, à la question des comorbidités psychiatriques des personnes sans chez soi et à la réduction des risques et des dommages.</p>	

			Favoriser un meilleur partage des connaissances des expertises et pratiques entre associations en charge des personnes sans chez soi et les professionnels de santé hospitaliers et libéraux pour garantir le décloisonnement et la coordination du parcours de santé des personnes.
	Favoriser une meilleure connaissance du grand public des problématiques des personnes sans chez soi		
	Objectifs stratégiques et spécifiques du PSRS et du SRP		Objectifs opérationnels PRAPS
	Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins.	Informier et sensibiliser le grand public pour permettre une prise en charge anticipée	Initier des campagnes d'information et de sensibilisation sur les risques et les conséquences de la vie dans la rue sur la santé des personnes sans chez soi à la rue. Diffuser (plaquettes ou autre supports) des informations relatives aux secours d'urgence et de prise en charge sanitaire des personnes sans chez soi.
	Favoriser une meilleure prise en charge personnelle et collective des personnes sans chez soi		
	Objectifs stratégiques et spécifiques du PSRS et du SRP		Objectifs opérationnels PRAPS
	Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins.	Permettre aux personnes sans chez soi de mieux se prendre en charge	Intégrer dans l'accompagnement des personnes sans chez soi des moments et des lieux d'expression : groupes de parole collectifs autour des phénomènes de violence et de discrimination auxquels elles sont exposées et/ou qu'elles subissent dans une logique de santé communautaire. Mettre à disposition des personnes sans chez soi des informations et des formations individuelles et/ou collectives leur permettant de mieux se défendre face aux discriminations et aux violences auxquelles elles sont exposées et/ou qu'elles subissent dans une logique de santé communautaire. Susciter et développer des actions d'accompagnement des personnes sans chez

			soi intégrant des pairs issus de la population sans abri.
	Favoriser l'expérimentation de dispositifs locaux de prise en charge des personnes sans chez soi		
	Objectifs stratégiques et spécifiques du PSRS et du SRP		Objectifs opérationnels PRAPS
	Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins.		<p>Susciter et soutenir des expérimentations de dispositifs locaux mettant en réseau les dispositifs spécifiques et de droit commun avec des offres de services supplémentaires : accès à un chez soi, accès aux lits et aux consultations somatique et psychiatrique et sociales avancées dans le contexte de vie des personnes sans chez soi.</p> <p>Favoriser des projets permettant de mieux coordonner et articuler les accompagnements somatiques, psychiatriques et sociaux des personnes sans chez soi, en particulier les femmes enceintes, les personnes vieillissantes, les adolescents sortant de l'aide sociale à l'enfance pour cause de limite d'âge.</p>
Interface avec SROS volets ambulatoire et hospitalier, le SROMS et autres programmes	<p>La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé s'inscrit ainsi de manière transversale dans l'ensemble des priorités de santé du schéma régional de prévention, mais également dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS ambulatoire et hospitalier, psychiatrie) et médico-sociale (SROMS).</p> <p>Elle s'inscrit dans une approche globalisante de la population de la région.</p> <p>Autres programmes : PDAHI</p>		
Principaux partenaires à la priorité de santé	Etat (Cohésion Sociale), Conseils Généraux, Assurance Maladie, Collectivités locales et territoriales, ARS (organisation des soins), URPS....		
Pilotage	Pôle Prévention, promotion de la santé et accès aux soins de l'ARS Alsace		
Indicateurs de suivi	<p>Nombre et nature des actions développées au titre des objectifs retenus</p> <p>Collaborations avec les professionnels sociaux et de santé</p>		
Calendrier prévisionnel	2012-2016		

Fiche programme n° 6

Nutrition Santé : Diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants et adolescents en difficultés socio-économiques

Contexte	<p>L'Alsace présente une prévalence de l'obésité supérieure à la moyenne nationale avec un taux d'obésité déclarée chez l'adulte de 17,8% contre 14,5% en France métropolitaine en 2009 ; la région se situe en 2^{ème} position des régions après le Nord-Pas-de-Calais ; chez le jeune enfant, la situation régionale est particulièrement préoccupante avec une prévalence du surpoids et de l'obésité supérieure à celle de toutes les autres régions en 2006 (4,1% des enfants âgés de cinq à six ans étaient obèses, 15,3% étaient en surpoids¹¹).</p> <p>Parmi les facteurs favorisant l'apparition et le développement du surpoids et de l'obésité en Alsace, figurent certaines habitudes alimentaires (apports lipidiques excessifs avec une part prépondérante des acides gras saturés ; apports insuffisants en glucides lents ; apports en protéines d'origine animale trop importants^{12 13}), un rythme alimentaire inadapté notamment chez l'enfant et l'adolescent (collation matinale, absence de petit déjeuner chez un adolescent sur quatre, grignotage chez un enfant sur cinq) et une activité physique insuffisante (moins de la moitié des enfants pratique au moins deux heures d'activité physique par semaine)¹⁴.</p> <p>Si globalement, grâce notamment à la mise en œuvre du Programme National Nutrition Santé (PNNS), la prévalence du surpoids et de l'obésité se stabilise chez les enfants de cinq à six ans au niveau national comme en Alsace, l'évolution est moins favorable parmi les populations ayant le degré d'instruction ou le niveau de revenus les plus faibles. Des habitudes alimentaires défavorables et une moindre pratique d'activité physique de loisir, qui favorisent le surpoids et l'obésité, justifient le développement d'une politique appropriée en direction de ces populations. A défaut, une amélioration de la situation de la population générale s'accompagnerait d'un creusement des inégalités sociales de santé.</p> <p>L'action de prévention du surpoids et de l'obésité s'orientera prioritairement vers les enfants et les adolescents (jusqu'à 17 ans) :</p> <ul style="list-style-type: none">- Le surpoids à la naissance est un facteur associé au risque d'obésité de l'enfant dans certaines études ;- La précocité du rebond d'adiposité (avant l'âge de cinq ans) est un signe d'alerte constamment associé au risque d'obésité de l'enfant ;- Les habitudes alimentaires s'acquièrent dès la petite enfance ; l'éducation des parents et la correction des éventuelles erreurs doivent donc se faire très tôt, avant que celles-ci ne s'installent durablement ;- La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie de 20 à 50% avant la puberté et de 50 à 70% après la puberté, il est donc nettement plus efficace de dépister et de traiter le surpoids et l'obésité avant la puberté. <p>Face à l'ampleur et à la complexité du phénomène, les recommandations en matière de prévention de l'obésité soulignent l'importance de développer une approche globale, large et interdisciplinaire, prenant en compte de façon concertée le caractère multifactoriel des comportements.</p> <p>Pour lutter contre les inégalités sociales de santé en termes d'alimentation et d'activité physique, il importe de renforcer la promotion de la santé dans la région en matière de nutrition et d'activité physique : d'une part, en adaptant les stratégies d'interventions aux populations concernées, en privilégiant l'approche territoriale et communautaire, d'autre part, par l'implication et la formation des acteurs locaux à ces</p>
-----------------	--

	<p>problématiques.</p> <p>Plus particulièrement pour les personnes et publics en situation de difficultés socio-économiques dont diverses études ont montré une situation nutritionnelle moins satisfaisante que la population prise dans son ensemble, il importe d'axer l'action dans le domaine de la nutrition couplée à l'exercice d'une activité physique régulière vers les deux causes principales : les comportements individuels et le contexte dans lequel ces derniers s'insèrent.</p> <p>La mise en œuvre de cette approche globale doit enfin être étroitement liée à l'organisation d'une réponse coordonnée et graduée sur les différents territoires.</p> <p>Une part importante des actions ne ressort pas strictement du champ de compétence de l'agence et appelle des politiques coordonnées de l'Etat, de l'assurance maladie et des collectivités locales notamment.</p> <p>Cette priorité est en phase avec les objectifs du PSRS et du SRP de la thématique de réduction du surpoids et de l'obésité dès le plus jeune âge et des maladies chroniques y associées (diabète, HTA)</p>	
	<p>Promouvoir l'adoption de comportements favorables à la santé dans les domaines de la nutrition et de la pratique d'une activité physique auprès des personnes et publics rencontrant des difficultés socio-économiques</p>	
	<p>Objectifs stratégiques et spécifiques du PSRS et du SRP</p>	
	<p>Développer l'activité physique chez l'enfant et l'adolescent</p>	<p><i>Informers et sensibiliser les parents, les enfants et les adolescents aux bienfaits de l'activité physique sur la santé</i></p>
	<p>Objectifs opérationnels PRAPS</p>	
	<p>Accompagner les associations de quartier pour promouvoir l'activité physique en particulier auprès des populations socialement défavorisées, faire émerger la demande, les freins ou obstacles et les relayer auprès des élus.</p>	

		Promouvoir l'adaptation de l'offre alimentaire aux recommandations nutritionnelles (ex. CAAPS) en lien avec la DRAAF	Accompagner les associations de quartier dans leur démarche de promotion de la santé pour promouvoir une alimentation équilibrée auprès des familles défavorisées.
		Promouvoir et développer une offre alimentaire en direction des personnes en situation de précarité qui respecte les recommandations nutritionnelles du PNNS	
		Objectifs stratégiques et spécifiques	Objectifs opérationnels PRAPS
	Développer une offre alimentaire de qualité et accessible à tous		<p>Poursuivre les efforts à réaliser pour rendre plus accessibles aux populations défavorisées les aliments de bonne qualité nutritionnelle et gustative, en particulier les fruits, les légumes et le poisson.</p> <p>Soutenir la mobilisation des collectivités territoriales : les régions, les conseils généraux, les villes et les élus disposent de nombreux leviers pour promouvoir une alimentation de qualité et la pratique d'une activité physique régulière auprès des habitants tels que le développement d'une politique de transport favorisant les déplacements actifs, l'amélioration de la qualité nutritionnelle dans la restauration scolaire, la facilitation de l'accès des personnes défavorisées aux offres et services créés, la concertation des habitants, ou encore la sensibilisation des personnels municipaux.</p> <p>Adapter l'aide alimentaire aux besoins des personnes défavorisées, en qualité et en quantité</p> <p>Améliorer la connaissance du réseau de distribution sur les dispositifs d'aide alimentaire</p>

		Soutenir les actions locales et notamment celles des bénévoles et développer les partenariats inter-associatifs, ceux avec les collectivités locales ainsi que les échanges sur l'aide alimentaire entre acteurs des domaines sanitaire et social.
Interface avec des schémas et autres programmes	La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé s'inscrit ainsi de manière transversale dans l'ensemble des priorités de santé du schéma régional de prévention, mais également dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS ambulatoire et hospitalier) et médico-sociale (SROMS). Autres programmes : PNNS, Plan régional d'alimentation - PRALIM, PNSE Autres plans : Plan Obésité (PO), Plan Cancer, Plan Santé Jeunes	
Principaux partenaires à la priorité de santé	Etat (politiques publiques interministérielles et intersectorielles : DRAAF, DREAL, Cohésion sociale – directions régionale et départementales -, Education Nationale – santé scolaire et universitaire -, politique de la Ville...), Conseils Généraux (services de PMI), collectivités locales (Villes), professionnels des champs social, sanitaire et médico-social, structures d'accueil des populations précaires, structures d'insertion professionnelle, associations, ARS (prévention, promotion de la santé et accès aux soins)	
Pilotage	Pôle Prévention, promotion de la santé et accès aux soins de l'ARS Alsace	
Indicateurs de suivi	Nombre et nature d'actions développées : information, formation et éducation nutritionnelle, promotion de l'activité physique Nombre et nature des partenariats développés	
Calendrier prévisionnel	2012-2016	

Fiche programme n° 7

Habitat-logement, précarité et santé : lutter contre l'habitat indigne et ses conséquences sur la santé

<p>Contexte</p>	<p>Le logement indigne, outre d'être une situation sociale difficile à vivre, constitue également un risque très important pour la santé de ses occupants, d'un point de vue tant physique que psychologique.</p> <p>Les problèmes de santé physiques récurrents sont les difficultés respiratoires (rhinites chroniques, développement de crise d'asthme, voire dans certains cas une recrudescence des cas de tuberculose) et les maladies de peau (mycoses diverses, allergies...) et plus particulièrement pour les enfants, les risques de saturnisme et d'intoxication par le monoxyde de carbone.</p> <p>Des facteurs environnementaux interviennent également (présence de radon par exemple).</p> <p>S'y surajoutent souvent des souffrances psychologiques et une vie sociale perturbée dans un environnement peu sécurisant, symptômes d'un réel malaise : repli, dépression, honte, somatisation...</p> <p>Les orientations retenues ci-après le sont en complément et en coordination avec celles du Plan Régional de Santé Environnementale (PRSE 2) et celles du Schéma Régional de Prévention (PRS SRP) – partie B.2.b prévenir les risques liés aux milieux de vie, avec une focale toute particulière sur la lutte contre l'habitat indigne et ses conséquences sur la santé des personnes qui y vivent.</p>	
<p align="center">Protéger la santé des populations vivant dans un habitat défavorable à la santé</p>		
<p align="center">Objectifs stratégiques et spécifiques du PSRS et du SRP</p>		<p align="center">Objectifs opérationnels PRAPS</p>
	<p>Lutter contre l'habitat indigne</p>	<p>1° Développer une démarche partenariale de repérage territorial de l'habitat insalubre, particulièrement sur les territoires cumulant des indicateurs socio-économiques et sanitaires dégradés</p> <p>2° Développer des professions de conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI). Toutefois, ces professionnels n'intervenant que sur prescription d'un médecin appartenant au réseau CMEI, il convient de travailler à la conception d'un lien pouvant relier les occupants précaires d'habitat indigne à des professionnels chargés de dispenser des recommandations sur le thème de « comment bien habiter son logement » afin de prévenir la survenance de problèmes de santé.</p>
		<p>Inscrire la thématique de l'habitat indigne au sein des Contrats locaux de santé</p>

<p>Interface avec PSRS et SRP</p>		<p>3° Prévenir la dégradation des logements et lutter contre l'habitat indigne</p> <p>4° Renforcer le dépistage de certains risques liés à la vétusté de l'habitat</p> <p>5° Renforcer le travail partenarial sur l'approche psychosociale des populations vivant dans un habitat indigne</p>	<p>Promouvoir des actions d'information à destination des élus locaux sur la répartition des rôles en matière de lutte contre l'habitat indigne</p> <p>Mettre en place des actions de sensibilisation et d'information des professionnels dans le cadre des réhabilitations des logements</p> <p>Renforcer les actions de dépistage du saturnisme, notamment auprès des enfants et adolescents</p>
<p align="center">Promouvoir les actions favorisant un mieux-vivre ensemble et permettant aux personnes de mieux s'approprier leur logement</p>			
	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir des actions collectives de nettoyage - Valoriser et soutenir les professionnels du nettoyage et entretien des espaces communs et publics - Organiser un recueil des insatisfactions et difficultés rencontrées avec une analyse des situations problématiques par un groupe pluri professionnel et inter-sectoriel. - Développer les actions visant à mobiliser collectivement les personnes pour le respect et la protection, voire l'amélioration de son environnement. - Renforcer l'accompagnement des personnes en logement 		
	<p>La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé s'inscrit ainsi de manière transversale dans l'ensemble des priorités de santé du schéma régional de prévention, mais également dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS hospitalier et ambulatoire) et médico-sociale (SROMS).</p> <p>Autres programmes : Programmes d'Intérêt Général de l'habitat indigne, PDALPD, PRSE2</p>		

Principaux partenaires à la priorité de santé	ARS (pôle santé-environnement, pôle prévention, promotion de la santé et accès aux soins), DREAL, Cohésion sociale (directions régionale et départementales), Conseils Généraux, Collectivités locales (Villes), bailleurs sociaux, Assurance Maladie, associations, professionnels des champs sanitaire, social et médico-social, UDAF....	
Pilotage	Pôle Prévention, promotion de la santé et accès aux soins de l'ARS Alsace	
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et nature des partenariats intersectoriels développés • Nombre et nature des actions de prévention des risques sanitaires liés à l'habitat indigne développées 	
	Couverture territoriale (intégration d'un volet dédié dans les CLS)	
Calendrier prévisionnel	2012-2016	

Fiche programme n° 8

Santé Mentale et Précarité

<p>Contexte</p>	<p><u>Les raisons :</u></p> <p>Les intervenants sociaux et de la psychiatrie témoignent de façon de plus en plus prégnante de leur dénuement respectif dans l'accompagnement des personnes en précarité souffrant de troubles psychiatriques.</p> <p>Difficultés pour les acteurs du social à caractériser les troubles rencontrés, évaluer la nécessité d'une indication de soins psychiatriques et gérer les troubles qui viennent entraver les projets d'insertion. De leur côté, les services de psychiatrie sont confrontés à la précarité sociale des personnes qu'ils prennent en charge, venant accroître les difficultés à élaborer et mettre en œuvre un projet thérapeutique qui puisse avoir une chance de déboucher sur une réinsertion durable en milieu ordinaire.</p> <p>A l'origine de ces difficultés, sont identifiés la méconnaissance du public et le cloisonnement entre le secteur social et celui de la psychiatrie tant au niveau de la pratique - absence de langage commun - que de liens fonctionnels - peu de partenariats mis en place - rendant la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques délicate.</p> <p>L'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité et de souffrance psychique nécessite l'ouverture d'un espace de discussion et de partenariat entre social et psychiatrie, clinique et politique, tant les enjeux multiples invitent à des réponses collectives et concertées. Aborder la souffrance psychique ne peut se faire que dans une triple approche : une approche de santé mentale, une approche globale de la santé et une approche sociale.</p> <p>(source : Guide «Précarité et santé mentale : repères et bonnes pratiques» - Fnars, décembre 2010)</p>	
	<p>Prendre en compte les besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité ou vulnérables</p>	
	<p>Objectifs stratégiques et spécifiques du groupe PRAPS (référence PRAPS 3)</p>	<p>Objectifs opérationnels PRAPS</p>
	<p>Aller à la rencontre des personnes pour favoriser la prévention, le repérage et, le cas échéant, l'orientation vers les soins spécialisés</p>	<p>Développer les compétences des professionnels de première ligne intervenant auprès des populations en situation de précarité : aide au repérage, à l'orientation, connaissances des dispositifs.</p> <p>Organiser des permanences dans les lieux de vie (structures d'accueil et d'hébergement).</p> <p>Organiser des rencontres pluridisciplinaires au domicile sur demande.</p>

<p>Interface avec PSRS et SRP</p>	<p>Développer les outils et les compétences des professionnels – tous champs – de première ligne intervenant auprès des personnes</p> <p>Développer le travail en réseau</p> <p>Améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité présentant des troubles psychiatriques</p>	<p>Organiser des temps d'échange de pratiques, d'information et de formation communs (pluridisciplinaires).</p> <p>Accompagner et soutenir les équipes accueillant des personnes précaires en situation de souffrance psychique ou présentant une pathologie mentale.</p> <p>Favoriser et développer des projets collectifs associant les professionnels de la santé mentale et les professionnels des autres champs.</p> <p>Sensibiliser les professionnels de la santé mentale (secteurs hospitalier et ambulatoire) à l'approche des publics en situation de précarité.</p> <p>Assurer la cohérence de la prise en charge psychiatrique des personnes en situation de précarité en travaillant l'interface avec les différents secteurs de psychiatrie.</p> <p>Assurer la continuité des soins et des relais entre les périodes d'hospitalisation et les projets de suivi extra-hospitaliers.</p>
	<p>D'une manière plus générale, il importe de mieux prendre en compte dans la déclinaison de cette fiche-programme la question de l'intégration dans la cité de l'accompagnement vers le droit commun des personnes atteintes de troubles psychiques. Dans cette approche, l'accompagnement médico-social devra également être considéré. Cet accompagnement ne pouvant être efficient que s'il se base sur les besoins et les attentes exprimés par le public précaire, il conviendra de s'assurer d'une formation adéquate des personnels qui les ont en charge.</p>	
<p>Interface avec SROS, SROMS et</p>	<p>La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé s'inscrit ainsi de manière transversale dans l'ensemble des priorités de santé du schéma régional de prévention, mais également dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS hospitalier et ambulatoire) et</p>	

autres programmes	médico-sociale (SROMS). Autres plans et programmes : Plan National Santé Mentale (à venir), PRST ...
Principaux partenaires à la priorité de santé	PASS, EMPP, dispositifs d'écoute, professionnels des champs sanitaire, social et médico-social, associations...
Pilotage	Pôle Prévention, promotion de la santé et accès aux soins de l'ARS Alsace
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Développement des compétences et des pratiques professionnelles (collaborations, formation...) - Partenariats mobilisés
Calendrier prévisionnel	2012-2016

Fiche programme n° 9

Santé et insertion professionnelle

<p>Contexte</p>	<p>Le taux de chômage est encore plus marqué chez ceux qui rencontrent des problèmes de santé (Etude de décembre 2005 du Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé – CETAF). De même, l'alcool, le handicap, la consommation de substances psychoactives, le diabète sont des problèmes d'une plus grande prévalence chez les jeunes en difficultés professionnelle (il existe peu de données sur les problématiques de santé des personnes en situation d'insertion hors jeunes).</p> <p>A leurs difficultés d'accès à l'emploi s'ajoutent des difficultés particulières d'accès aux droits et d'accès à la santé. Les réponses à ces constats reposent sur une prise de conscience des différents acteurs du monde de la santé, de l'insertion professionnelle, de l'insertion sociale et familiale, et sur une stratégie de mise en réseau de tous les interlocuteurs visant à la fois l'insertion et le bien être des personnes en situation d'insertion. (Cf. Charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle, conseil national des missions locales)</p>		
<p>Interface avec PSRS et SRP</p>	<p align="center">Favoriser l'accès à la santé des personnes en insertion dans le cadre de leur projet professionnel</p>		
	<p align="center">Objectifs stratégiques et spécifiques</p>		<p align="center">Objectifs opérationnels PRAPS</p>
	<p>Renforcer l'accès aux soins, aux droits et à la prévention des personnes en insertion en encourageant des actions de promotion de la santé.</p>	<p>Prendre en compte la santé des personnes en situation de précarité ou vulnérables comme un déterminant clé dans les parcours professionnels (personnes en situation d'insertion, personnes en milieu de travail ordinaire et demandeurs d'emploi)</p>	<p>Développer des actions de prévention et de promotion de la santé en direction des personnes en insertion professionnelle en concertation avec les acteurs du monde professionnel</p> <p>Renforcer les partenariats et le travail en réseau entre les acteurs de la santé et ceux de l'insertion professionnelle (échanges de pratiques, développement de connaissance, logique de mutualisation et de moyens...).</p> <p>Développer la mise en œuvre de modules santé à destination des personnes en situation d'insertion (favoriser des actions d'accès ou de retour aux soins et à la prévention).</p> <p>Développer, en direction des travailleurs en intérim, une information sur les dispositifs de santé existants</p> <p>Travailler sur l'adéquation entre l'état de santé des personnes et leur projet professionnel</p>

Les principaux partenaires à la priorité de santé	Etat, collectivités locales, DIRECCTE, Professionnels de l'insertion, professionnels de santé, opérateurs de prévention		
Pilotage	Pôle Prévention, promotion de la santé et accès aux soins de l'ARS Alsace		
Indicateurs de suivi	Nombre et qualité des actions en la matière		
Calendrier prévisionnel	2011-2016		

IV- Les leviers financiers

Le PRAPS n'est pas financé à partir de fonds ou d'un budget opérationnel dédié.

Le financement s'inscrit globalement dans le cadre de diverses sources dont la mise en œuvre incombe à l'ARS.

En effet, en fonction de la nature des objectifs ciblés par les actions retenues, différents fonds peuvent être mobilisés :

- Les crédits d'intervention prévention, sécurité sanitaire, offre de soins selon diverses procédures ;
- Le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) ;
- Les crédits relevant du médico-social au titre du financement de structures assurant l'accueil et l'accompagnement des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (ex : CAARUD, CSAPA ...);
- La dotation financière des Missions d'Intérêt Général (MIG) : MIG PASS par exemple.

A cela s'ajoute, dans la logique de participation partenariale à la mise en œuvre opérationnelle du PRAPS, des sources de financements croisés avec d'autres opérateurs et acteurs en région : l'Assurance Maladie, les Collectivités locales et territoriales, la Politique de la Ville..., notamment au travers de coopérations formalisées (Contrats locaux de santé...).

V- Pilotage, suivi et évaluation

A/ Pilotage

A.1/ Les pilotes

L'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du PRAPS de quatrième génération est confiée à deux pilotes, agents de l'Agence régionale de santé.

Ils sont par ailleurs chargés de :

- Promouvoir le programme auprès des acteurs de terrain et institutionnels ;
- Veiller à la déclinaison du programme et des objectifs énoncés ;
- S'assurer de l'interface avec les autres programmes existants ;
- Maintenir et renforcer les dynamiques de terrain ;
- Mobiliser et fédérer les compétences et les moyens financiers ;
- Suivre et évaluer le programme.

A.2/ 5.1.2. Le comité de pilotage et de suivi

Un comité de pilotage et de suivi est mis en place, il est composé comme suit :

Des représentants de l'Assurance maladie et des mutuelles :

- Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ;
- Mutualité sociale agricole (MSA) ;
- Régime local d'assurance maladie (RL) ;
- Mutualité française d'Alsace (MFA).

Des représentants des services déconcentrés de l'Etat :

- Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) ;
- Directions départementales de la cohésion sociale (DDCS et DDCSPP) ;
- Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) ;
- Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) ;
- Direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) ;
- Rectorat.

Des représentants des collectivités territoriales :

- Conseil général du Bas-Rhin ;
- Conseil général du Haut-Rhin ;
- Ville de Strasbourg / CUS ;
- Ville de Mulhouse / Coordination santé.

Des professionnels de santé :

- Un représentant de l'Union régionale des professions de santé / médecins (URPS/médecins) ;
- Un médecin spécialiste en matière de santé de la population carcérale ;

Des acteurs de terrain :

- Un représentant de chacune des Permanences d'accès aux soins de santé d'Alsace (PASS) : Strasbourg, Mulhouse, Colmar, Haguenau, PASS Psy 68 en projet ;
- Un représentant pour le dispositif Lits haltes soins santé de Strasbourg (Escale Saint-Vincent) ;
- Un représentant pour le dispositif Lits haltes soins santé de Mulhouse (Association ALEOS) ;
- Un représentant de chacune des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ;
- Le Directeur de l'association Club de Jeunes l'Etage ;
- Les coordonateurs des comités locaux PRAPS de Colmar et de Mulhouse ;
- La Directrice de l'association de lutte contre la toxicomanie (ALT) ;
- Un représentant de Médecins du Monde ;
- Les coordonateurs de la plate forme santé précarité portée par l'Agence régionale de santé.

Des représentants des usagers :

- Un représentant du Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS Alsace)
- Un représentant de la Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale (FNARS Alsace)

Le comité de pilotage et de suivi a pour missions de contribuer :

- A la définition des objectifs du PRAPS 4 ;
- Au suivi des indicateurs du PRAPS 4 ;
- A l'évaluation du PRAPS 4.

A.3/ Le groupe projet

Il est une émanation du comité de pilotage et de suivi et est en charge de :

- L'instruction des demandes de financement des actions déposées dans le cadre de l'appel à projets régional portant sur la prévention et la promotion de la santé pour la thématique « réduction des inégalités territoriales et sociales de santé »
- Le suivi des projets retenus pour un financement

B/ Modalités de suivi et d'évaluation

B.1/ Les modalités de suivi

Il s'agira de mesurer annuellement le degré de mise en œuvre des principales actions ou activités prévues et de décrire les écarts observés, au regard des réalisations effectuées.

Le suivi sera réalisé dans le cadre du comité de pilotage et de suivi à partir des éléments suivants :

- Un tableau de bord annuel des activités réalisées ;
- Des comptes-rendus synthétiques des rencontres avec des promoteurs de projets.

B.2/ Les modalités d'évaluation

L'évaluation finale du programme sera réalisée à partir d'un cahier des charges élaboré par le comité de pilotage et de suivi.

Elle a pour finalités de :

- Mesurer le degré d'atteinte des objectifs fixés dans le programme ;
- Proposer le cas échéant, une réorientation des objectifs du programme.

Dans ce cadre, elle portera notamment sur :

- Les résultats atteints ;
- La prise en compte des principes énoncés dans le programme ;
- Les bénéfices perçus et les difficultés rencontrées par les personnes bénéficiaires du programme ;
- La pertinence des objectifs définis dans le programme.

GLOSSAIRE

A

ACS	Assurance Complémentaire Santé
AME	Aide Médicale d'Etat
ARH	Agence Régionale De L'hospitalisation
ARS	Agence Régionale De La Santé
ASPA	Allocation De Solidarité Aux Personnes Agées
ASV	Atelier Santé Ville

B

BCG	Bacille De Calmette Et Guérin
-----	-------------------------------

C

CADA	Centre D'accueil Pour Demandeurs D'asile
CAF	Caisse D'allocations Familiales
CAMUS	Centre D'accueil Médico-Psychologique Universitaire
CES	Centre D'examens De Santé
CG	Conseil Général
CH	Centre Hospitalier
CHRS	Centre D'hébergement Et De Réinsertion Sociale
CILE	Comité Interministériel De Lutte Contre Les Exclusions
CISS	Collectif Inter-Associatif Sur La Santé
CLS	Contrat Local De Santé
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMS	Centre Médico-Social
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU-B	Couverture Maladie Universelle De Base
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAMTS	Caisse Nationale D'assurance Maladie Des Travailleurs Salariés
CPAM	Caisse Primaire D'assurance Maladie
CRAV	Caisse Régionale D'assurance Vieillesse
CRS	Conférence Régionale De Santé
CSC	Centre Socioculturel
CTRI	Comité Technique Régional Et Interdépartemental
CUCS	Contrat Urbain De Cohésion Sociale

D

DDASS	Direction Départementale Des Affaires Sanitaires Et Sociales
DDCS	Direction Départementale De La Cohésion Sociale
DDCSPP	Direction Départementale De La Cohésion Sociale Et De La Protection De La Population
DEPP	Direction De La Stratégie, Des Etudes Et Des Statistiques
DISP	Direction Interrégionale Des Services Pénitentiaires
DRASS	Direction Régionale Des Affaires Sanitaires Et Sociales
DREES	Direction De La Recherche, Des Etudes, De L'évaluation Et Des Statistiques
DRTEFP	Direction Régionale Du Travail, De L'emploi Et De La Formation Professionnelle

E

EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
EPSAN	Etablissement Public De Santé Alsace Nord

F

FIQCS	Fonds D'intervention Pour La Qualité Et La Coordination Des Soins
-------	---

G	
GIP	Groupement D'intérêt Public
GRSP	Groupement Régional De Santé Publique
H	
HLM	Habitation A Loyer Modéré
I	
INSERM	Institut Médical De La Santé Et De La Recherche Médicale
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire De Grossesse
L	
LHSS	Lit Halte Soins Santé
LOLF	Loi Organique Relative Aux Lois De Finances
O	
OMS	Organisation Mondiale De La Santé
ONPES	Observatoire National De La Pauvreté Et De L'exclusion Sociale
ONU	Organisation Des Nations Unies
ORSAL	Observatoire Régional De La Santé d'Alsace
P	
PARADS	Pôle D'accueil En Réseau Pour L'accès Aux Droits Sociaux
PASS	Permanence D'accès Aux Soins De Santé
PDALPD	Plan Départemental D'action Pour Le Logement Des Personnes Défavorisées
PMI	Protection Maternelle Et Infantile
PRAPS	Programme Régional D'accès A La Prévention Et Aux Soins
PRIPI	Programme Régional D'insertion Pour Les Populations Immigrées
PRS	Projet Régional De Santé
PRSP	Plan Régional De Santé Publique
R	
REAAP	Réseau D'écoute, D'appui Et D'accompagnement Des Parents
RLAM	Régime Local D'assurance Maladie Alsace-Moselle
RMI	Revenu Minimum D'insertion
RSA	Revenu De Solidarité Active
S	
SCHS	Service Communal D'hygiène Et De Santé
SEGPA	Section D'enseignement Général Et De Préapprentissage
SLM	Sections Locales Mutualistes
SROS	Schéma Régional De L'organisation Sanitaire
SUMPS	Service Universitaire De Médecine Préventive De Strasbourg
U	
UCSA	Unité De Consultation Et De Soins Ambulatoires
UNAF	Union Nationale Des Associations Familiales
URCAM	Union Régionale Des Caisses D'assurance Maladie
URMLA	Union Régionale Des Médecins Libéraux d'Alsace
V	
VADS	Voies Aérodigestives Supérieures
Z	
ZEP	Zone D'éducation Prioritaire

ANNEXES

Annexe 1 : Rappel de quelques concepts

La Santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

- **L'O.M.S.**

La charte constitutive de l'OMS a été adoptée à New York le 22 Juillet 1946. Son but est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.

- **Définition de la Santé**

La santé est un état de bien être total physique, social et mental de la personne. .Ce n'est pas la simple absence de maladie ou d'infirmité.

- **Évolution du concept**

Auparavant, la santé était considérée comme étant l'état contraire de la maladie. S'occuper de l'accès à la santé revenait à lutter contre les maladies. Avec la définition de l'O.M.S., la prévention et les soins ne sont pas les seuls moyens au service de la santé, il y a aussi : les lois, les règlements, les orientations politiques en environnement, aménagement du territoire... La santé de la population devient une responsabilité collective (Charte d'Ottawa en 1986).

- **Les politiques pour la santé** (selon les recommandations de la déclaration d'Adélaïde 1988).

La santé est un droit fondamental de l'homme et un investissement social. Les gouvernements doivent investir dans les politiques pour la santé et dans la promotion de la santé afin d'améliorer l'état de santé de tous ses citoyens.

Leurs buts principaux sont d'instaurer un environnement physique et social propice, de faciliter les choix des citoyens en faveur de santé, de combler l'écart de santé entre les personnes défavorisées et les autres...

La précarité

"La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et 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 grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible".

(Définition contenue dans l'avis adopté par le Conseil économique et social français les 10 et 11 février 1987, sur la base du rapport "Grande pauvreté et précarité économique et sociale" présenté par Joseph Wresinski. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, Paris, JO, 1987, p 14).

Les effets de la précarité sont multiples et multiformes et souvent cumulatives et ils ont un impact tant sur le corps social (instabilité des situations et vie sociale dégradée) que sur la santé physique ou mentale.

Elle se traduit notamment par une pauvreté financière, les situations familiales, les conditions de logement, le niveau d'instruction, les difficultés d'accès aux services publics dont plus spécifiquement ceux du système de santé.

L'exclusion

L'exclusion peut résulter d'un refus d'intégration économique (revenu, consommation) et/ou social (emploi, vie en collectivité), par un individu ou un groupe.

Il s'agit le plus souvent d'un processus subi.

Le résultat dans tous les cas, est la rupture du lien social. C'est dans les années 1990 que le terme revient en force car il y eut une dégradation du marché de l'emploi, une meilleure connaissance de la population exclue (avec l'instauration du RMI).

De fait, l'exclusion est un processus dynamique qui consiste en un ensemble de ruptures affectant aussi bien les aspects matériels de la vie que ceux symboliques et sociaux.

Selon le sociologue Robert Castel, ce processus se traduit au travers de quatre zones de l'espace social, dont les deux dernières sont des étapes successives de l'exclusion :

« La *zone d'intégration* : les personnes jouissent d'une bonne garantie de l'emploi et peuvent s'appuyer sur des supports relationnels solides et stables

La *zone de vulnérabilité* : leur travail devient précaire, leurs relations sont plus fragiles

La **zone de désaffiliation** : elles n'ont pas de travail, et vivent dans un certain isolement social

La **zone d'assistance** : elles sont dans l'incapacité de travailler, et donc socialement dépendantes »

L'exclusion sociale est avant tout une rupture du lien social – une mise à l'écart - entraînant souvent, pour les personnes concernées, des sentiments d'inutilité sociale et de dévalorisation de soi ainsi que des souffrances psychique prononcées.

Les conséquences majeures de l'exclusion sont une altération des conditions de vie et de la qualité de vie.

« Une société commence à se résigner au dualisme lorsqu'elle accepte la précarité et la vulnérabilité comme des *états de fait* –voire lorsqu'elle les recherche au nom de la rentabilisation de l'appareil productif d'une part, et de la promotion d'un individualisme sans attaches comme valeur éthique suprême de l'autre. (...) L'incidence pratique de ces propos est de donner à entendre qu'une double politique sociale serait possible, ou du moins pensable : l'une, à dominante *préventive*, consisterait à contrôler la *zone de vulnérabilité* par des mesures générales; l'autre, à dominante *réparatrice*, se proposerait de réduire la *zone de désaffiliation* par des mesures concrètes d'insertion » (CASTEL, Robert, « De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle. », dans DONZELOT, Jacques, (dir.), *Face à l'exclusion. Le modèle français*, Paris, Éditions Esprit, 1991).

La vulnérabilité

La vulnérabilité, dans ses dimensions économique et relationnelle, permet de rassembler les différents profils des assistés. Elle se présente comme une zone intermédiaire, située entre l'intégration et la désaffiliation : « espace d'instabilité et de turbulence peuplé d'individus précaires dans leur rapport au travail et fragiles dans leur insertion relationnelle » (Castel, 1991 : 138).

La vulnérabilité sociale

- Est focalisée sur les déterminants politiques, socioéconomiques, culturels et institutionnels de la vulnérabilité ;
- Se mesure avec des indicateurs du type: éducation, revenus, pauvreté et autres données comme le capital social, la diversification des moyens d'existence, le foncier, etc.

Les personnes vulnérables sont celles qui sont menacées dans leur autonomie, leur dignité ou leur intégrité, physique ou psychique. La vulnérabilité peut résulter de l'âge, de la maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse. La minorité de la victime est considérée en soi comme un

état de vulnérabilité. La vulnérabilité de certaines personnes appelle en contrepartie un devoir d'assistance, la nécessité d'intervenir afin de les protéger.

La pauvreté

L'état de pauvreté concerne les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État dans lequel elles vivent.

La définition européenne de la pauvreté, adoptée par le Conseil des ministres de l'Union européenne du 19 décembre 1984, considère comme pauvres « les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État dans lequel elles vivent ».

Cette définition met l'accent sur le caractère multidimensionnel de la pauvreté qui ne doit pas se réduire au seul revenu monétaire, mais aussi prendre en compte les conditions de vie des ménages pauvres au-delà de la privation matérielle.

En France, l'étude des situations de pauvreté privilégie une approche monétaire dite relative, c'est-à-dire qui fixe le seuil de pauvreté en fonction du niveau de vie de l'ensemble de la population considérée. Un individu ou un ménage est alors considéré comme pauvre, au sens monétaire, lorsque son revenu disponible est inférieur à une certaine fraction du revenu médian de la population.

Cette définition diffère de celle d'autres pays, comme aux États-Unis ou au Canada où l'on aborde la pauvreté de façon plus absolue avec des indicateurs qui mesurent la capacité d'acquérir un certain nombre de ressources fondamentales.

Le seuil de pauvreté monétaire retenu dans les enquêtes françaises sur la question est souvent en décalage avec la pauvreté perçue qui prend plus largement en compte les conditions de vie et les difficultés rencontrées. En effet, vivre en situation de pauvreté implique un plus grand niveau de stress, un plus grand sentiment d'absence de contrôle de sa vie et de devoir composer avec moins d'opportunités et de ressources que les populations plus nanties matériellement ou socialement.

(Réduire les inégalités sociales en santé, sous la direction de Louis Potvin, Marie-Josée Moquet, Catherine M. Jones, dossiers Santé en Action, éditions Inpes, octobre 2010)

Les personnes les plus démunies

« Il est une réalité sociale qui se dérobe à la science et à la compréhension : le sans-logis, scorie du progrès, forme extrême de l'exclusion sociale, trou noir sur notre planète, condensé de toutes les exclusions qui le situe au-delà de la pauvreté, dans ce qu'il convient de nommer la misère humaine » notait, en 1993, les rédacteurs d'un rapport sur les sans-logis pour le Conseil de l'Europe » (Rapport établi pour le Comité directeur sur la politique sociale du Conseil de l'Europe: les sans logis. Editions du Conseil de l'Europe de Strasbourg, 1993.)

Pour procéder à la répartition de l'enveloppe de l'aide alimentaire communautaire, la Commission européenne utilise une catégorisation connue sous le nom de population «menacée de pauvreté». Il s'agit d'une mesure relative, définie pour chaque État membre comme correspondant à la proportion de la population dont le revenu est inférieur à 60 % du «revenu équivalent médian» national. Ces données sont fournies par Eurostat. Le public cible est en outre considérable, une personne sur six étant classée dans la catégorie des personnes «menacées de pauvreté» dans l'ensemble de l'Union Européenne.

Les publics ciblés par le PRAPS : qui sont « les plus démunies » ?

Bien qu'il soit impossible de catégoriser définitivement les personnes « les plus démunies », cette notion vise clairement les personnes situées au plus bas de l'échelle sociale, caractérisées par des désavantages majeurs en termes

- De revenus ;
- De logement ;
- D'emploi ;
- D'accès aux services publics, y compris ceux du système de santé, et de leur utilisation ;
- De lien social ;
- etc...

Il s'agit de personnes qui, plus que tout autre, présentent des difficultés d'accès aux droits sociaux, renoncent à des soins essentiellement pour des raisons financières mais également pour des raisons socio-culturelles, se voient opposer des refus de soins par certains professionnels, sont confrontées à des difficultés de repérage dans le parcours de santé (prévention, soins et prise en charge médico-sociale) et connaissent de réelles difficultés d'accès aux soins, notamment secondaires.

Une typologie, certes incomplète, permet de déterminer, selon l'environnement de vie, certains de ces publics :

- Dans les zones urbanisées : les personnes sans chez soi, les jeunes en errance, les résidents âgés en foyers de travailleurs migrants ou résidences sociales, les étrangers en situation irrégulière, les personnes en situation de prostitution...
- Dans d'autres zones : les publics ayant déjà accédé à un certain niveau de soins mais éprouvant des difficultés du type renoncement pour des raisons pécuniaires (problème du reste à charge, de l'accès à une complémentaire santé ; personnes âgées ou familles monoparentales avec faible revenu), gens du voyage, travailleurs saisonniers ou intérimaires...

Les inégalités sociales de santé

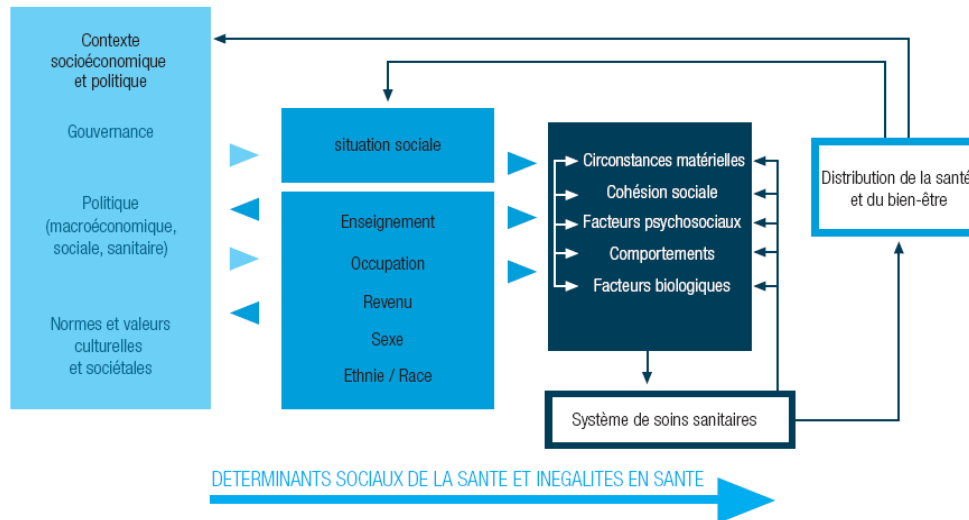
La situation sanitaire française est marquée par un paradoxe : l'espérance de vie à la naissance est parmi les plus élevées en Europe mais les inégalités sociales de santé (ISS) sont également parmi les plus importantes. Elles peuvent être définies comme des différences d'état de santé systématiques (non dues au hasard) entre groupes sociaux. Elles traversent l'ensemble de la population, faisant parler de « gradient social de santé ». Elles vont bien au-delà du constat d'un état de santé dégradé pour les personnes les plus démunies.

Exemples : concernant la mortalité, l'espérance de vie à 35 ans d'un homme cadre supérieur est de 7 ans plus élevée que celle d'un ouvrier. Pour le même cadre, l'espérance de vie sans incapacité est de 10 ans supérieure à celle de l'ouvrier. Le taux de mortalité prématurée des hommes sans diplômes (risque de décès avant 65 ans) est 2,5 fois plus élevé que celui des hommes ayant fait des études supérieures.

Ces inégalités commencent dès l'enfance (la prévalence de l'obésité, de l'asthme, l'état dentaire, le recours aux soins spécialisés, le développement psychomoteur cognitif et langagier des enfants sont très stratifiés selon la position sociale de la famille). Elles expliquent pour partie la reproductibilité des ISS d'une génération à l'autre, puisque les difficultés accumulées dans l'enfance se traduisent par des trajectoires de vie rendant peu probables l'accès à des études supérieures, un emploi qualifié, des revenus conséquents etc.

La compréhension des ISS nécessite de se référer à un modèle global des déterminants de la santé.

Figure 4.1 CADRE CONCEPTUEL DE LA COMMISSION DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE



Source: Tiré et modifié de Solar & Irwin, 2007.

Schéma des déterminants de la santé
(Commission des déterminants sociaux de la santé de l’OMS - 2008)

En effet, l’âge, le sexe, les facteurs génétiques, comme les comportements individuels ne suffisent pas à expliquer les différences observées. Le poids des conditions de travail, de vie, la qualité des liens sociaux, l’éducation, ont un impact important sur la fréquence des comportements « à risque », sur l’accès à la prévention, au diagnostic et aux soins. Les parcours de vie difficiles, construits dès l’enfance, entraînent une accumulation de pertes de chance sur le plan de la santé.

On comprend dès lors que les réponses, en termes de politique publique, se situent largement hors du cadre sanitaire traditionnel, même si l’administration de la santé (en l’occurrence l’ARS) a un rôle majeur de sensibilisation et d’entraînement des autres autorités et institutions susceptibles d’améliorer les déterminants sociaux de la santé.

La lutte contre les inégalités de santé nécessite donc un double équilibre pour l’action publique régionale :

- Ne pas se contenter d’actions à destination des plus démunis (même si elles restent nécessaires), mais apporter des réponses tout au long du gradient social selon le principe « d’universalisme proportionné » aux désavantages subis ;
- Mener des actions dans le champ de la santé (accès aux soins, à la prévention), mais également sur l’ensemble des déterminants de la santé.

De telles politiques ont certes un coût, mais il a été également démontré qu’elles pouvaient être un investissement rentable sur le plan de la santé publique. Une étude publiée le 24 juin 2010 dans le *British Medical Journal* conclut que « l’augmentation des dépenses sociales a un meilleur impact sur la santé qu’une augmentation des dépenses de santé. Une augmentation de 100 dollars par individu des budgets sociaux (dépenses de santé exclues) diminue de 2,8 % les décès liés à l’alcool, de 1,2% la mortalité cardiovasculaire, de 0,62% les morts par suicide et de 4,34% celles dues à la tuberculose. Une hausse de 100 dollars des dépenses de santé par individu provoque une diminution de 0,82% de la mortalité par cancer, de 0,28% de celle d’origine cardiovasculaire, et de 3,15% de celle par suicide».

Pourtant, **il n’existe pas**, à vrai dire, **une définition universelle des inégalités sociales de santé**. Elles font référence à toute relation entre la santé et l’appartenance à un groupe social. *Si l’on se réfère à la définition des inégalités de santé de la Banque de données en santé publique, par similitude, on pourrait écrire que les inégalités sociales de santé sont des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé » observées entre des groupes sociaux. Elles concernent toute la population selon un **gradient social**, c’est-à-dire avec une fréquence qui augmente régulièrement des catégories les plus favorisées aux catégories les plus défavorisées.* (ibid)

Les **déterminants sociaux de santé** forment l'ensemble des conditions socialement produites qui influencent la santé des populations. Une liste non exhaustive inclurait : les politiques en matière d'emploi, le type d'emploi, l'éducation, les infrastructures de transport, le revenu, l'environnement bâti dont l'habitation et autres.

Les **principaux déterminants de santé** peuvent être classés comme suit :

1. Conditions démographiques

Des phénomènes comme l'accroissement de la population, la fécondité, ou encore la structure par âge et par sexe de la population. Ils permettent de définir les grands mouvements démographiques de la société influençant directement ou indirectement l'état de santé de la population.

2. Conditions socioculturelles

Les modalités de vie, la structure sociale de la population ou encore l'immigration : la population selon le statut matrimonial, la population vivant seule, la langue parlée, la population immigrante, etc. Il s'agit de caractéristiques importantes de la population puisqu'elles permettent d'identifier des groupes vulnérables de la population, tels que les familles monoparentales, les immigrants confrontés à la barrière de la langue, etc.

3. Conditions socioéconomiques

Les indicateurs socioéconomiques sont également importants pour identifier des groupes vulnérables de la population puisqu'ils couvrent certaines caractéristiques de la population liées principalement à la scolarité, à l'emploi et au revenu.

4. Environnement physique

Informations sur la qualité physique de l'environnement de vie ou de travail de la population. Ils couvrent surtout la qualité de l'air, la qualité de l'eau potable et l'exposition des travailleurs à certaines situations à risque en milieu de travail.

5. Environnement social (adaptation sociale)

Informations sur la quantité et la qualité des liens entre les individus et sur leur sentiment de sécurité et de bien-être, lesquels peuvent influencer certains comportements néfastes ou bénéfiques pour les personnes et l'ensemble de la communauté. Lorsqu'il est question d'adaptation sociale, il s'agit des comportements jugés conformes ou non aux normes sociales en vigueur. Par exemple, la criminalité illustre un problème d'adaptation sociale.

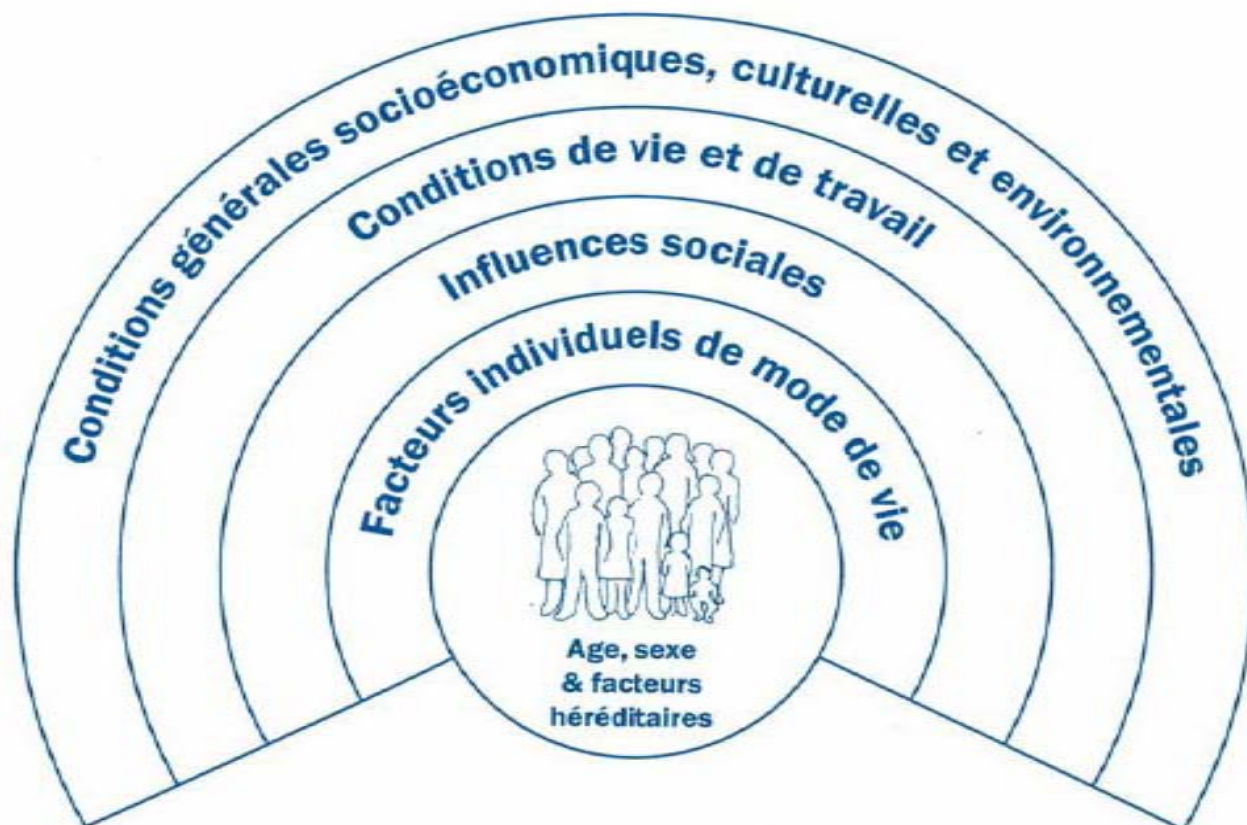
6. Habitudes de vie et comportements

Comportements qui peuvent fortement influencer l'état de santé, comme la consommation de tabac et d'alcool, l'alimentation et plus particulièrement la consommation de fruits et de légumes, ou encore le niveau d'activité physique. Contrairement à la plupart des facteurs qui influent sur notre santé, ces habitudes de vie peuvent être modifiées par l'individu lui-même.

7. Services de santé

On distingue ici plusieurs volets dans cette dimension liés à l'organisation des services sociaux et de santé. Le premier volet fournit de l'information sur les ressources (médecins, infirmières, etc.) et équipements (appareils de haute technologie) disponibles. Le deuxième volet documente le recours à certains services préventifs (mammographie, test de PAP, etc.) pouvant prévenir l'apparition de certains problèmes de santé. Les indicateurs du troisième volet portent sur les services de première ligne, aussi appelés services ambulatoires (Info-Santé CLSC, consommation de médicaments, consultation de professionnels de la santé, etc.). Finalement dans le quatrième volet, on retrouve les indicateurs sur les services hospitaliers (durée de séjour, échanges entre régions, séjour excessif à l'urgence, interventions dites pertinentes, hébergement, mortalité et hospitalisation évitables).

(Source : <http://www.ecosante.fr/quebec.htm>)



Modèle des déterminants de la santé, d'après Dahlgren et Withehead (1991)

« Réduire les inégalités de santé est un impératif éthique. L'injustice sociale tue à grande échelle »
 (Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Genève, OMS, 2008. Cité dans ARS Les inégalités sociales de santé, sous la direction de B. Basset, Saint-Denis : INPES, coll. Varia – éditions 2008).

Annexe 2 : Les principes éthiques

Ils ont été définis par les acteurs de terrains et institutionnels à l'occasion des travaux d'élaboration du PRAPS de troisième génération.

Ils ont pour vocation de guider les acteurs dans la conception et la mise en œuvre des actions visant à améliorer l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des personnes vulnérables.

- Associer les bénéficiaires à la construction, la mise en œuvre et l'évaluation d'une action ;
- Privilégier une approche globale et concertée des personnes ;
- Identifier les rôles et places de chacun afin de permettre que chacun reconnaisse ses limites de compétences et d'interventions ;
- Prendre en compte les trajectoires de vie des personnes qui induisent des obstacles spécifiques en matière d'accès à la santé ;
- Ne pas préjuger de la solution à adopter en fonction de l'appartenance de la personne à un groupe identifié, de son environnement et de vie et de son aptitude à faire des choix ;
- Aller au rythme des personnes, le temps étant une dimension essentielle à prendre en compte dans toute prise en charge ;
- Accompagner les personnes tout au long du déroulement de l'action ;
- Etablir un lien de confiance avec les personnes ;
- Aller vers les personnes ;
- Respecter les personnes ;
- Prendre en compte les valeurs et les choix des personnes
- Partir des représentations des personnes pour élaborer des actions d'éducation pour la santé ;
- Inscrire toute action d'éducation pour la santé dans la durée et la continuité ;
- Axer les actions de prévention promotion de la santé sur une approche globale afin de ne pas « enfermer » les personnes dans un thème présumé être adapté à leur situations ;
- Placer la relation avec l'autre sous le signe de la réciprocité ;
- Favoriser un accompagnement individualisé et adapté aux situations des personnes.

Contacts

Agence régionale de santé d'Alsace

Cité administrative Gaujot

14, rue du Maréchal Juin

67 084 Strasbourg

Téléphone : **03 88 88 93 93**

Courriel : ars-alsace-direction@ars.sante.fr

www.ars.alsace.sante.fr

Contact Projet régional de santé :

