DEPARTEMENT DES ALPES MARITIMES - RAPPORT N° 45

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ : AVIS COMPLÉMENTAIRE DU DÉPARTEMENT SUR QUATRE PROGRAMMES

RESUME SYNTHETIQUE DU RAPPORT

Ce rapport a pour objet de solliciter l'avis du Département sur quatre programmes du projet régional de santé (PRS) : le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), le programme régional de télémédecine et le programme régional d'actions en faveur du respect et de la promotion des droits des usagers et de la qualité de la prise en charge.

Le Département des Alpes-Maritimes est sollicité par l'Agence régionale de santé (ARS) PACA pour donner un avis sur quatre programmes du projet régional de santé (PRS).

Le PRS est élaboré par l'ARS PACA dans le cadre de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST. Il définit, organise et programme la mise en œuvre de la politique de santé dans notre région.

Un premier avis pour le plan stratégique régional de santé (PSRS), le schéma régional d'organisation des soins (SROS), le schéma régional de prévention (SRP), le schéma régional d'organisation médico-social (SROMS), le programme pluriannuel régional de gestion du risque, a été donné le 16 décembre 2011 par l'assemblée départementale qui a, lors de cette séance, donné délégation à la commission permanente pour se prononcer sur quatre autres documents concernant le PRS.

La procédure de concertation, prévue par l'article L 1434-3 du code de la santé publique (CSP), concerne la conférence régionale de santé et d'autonomie (CRSA), le préfet de région et les collectivités territoriales. C'est à ce titre que le Département est appelé à formuler un avis sur ces documents qui figurent sur le CD Rom des rapports à la commission permanente.

1. Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des personnes les plus démunies :

Le PRAPS constitue :

- un outil de concertation et de coordination permettant d'associer de multiples partenaires : associations, mutuelles, organismes d'assurance maladie, hôpitaux, organismes professionnels, collectivité locales et services de l'État ;
- une interface entre les champs du sanitaire et du social pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des plus démunis.

Son objectif est d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité. Il vise à la mise en réseau des professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier et libéral ainsi que des professionnels chargés de l'insertion, afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention et d'orientation, voire de premiers soins.

Dans le cadre des objectifs de santé publique, il doit orienter les actions sur :
- les difficultés d'accès, de prévention et de continuité des soins ;
- les souffrances psychiques (troubles psychiques, violences subies et conduites à risque du type consommation de substances psychoactives) ;
- l'hygiène de vie (hygiène corporelle, santé bucco-dentaire, alimentation et nutrition,…).

Pour cela, il doit permettre :
- d'accompagner les plus démunis vers l'accès aux droits et aux soins, mais également vers la prévention et l'éducation à la santé (notamment en reconnaissant leur situation socio-économique comme un des déterminants prioritaires de l'état de santé) ;
- d'analyser et anticiper les besoins des plus démunis ;
- de mobiliser le secteur sanitaire (notamment en atténuant les frontières entre soin et prévention, entre social et sanitaire, somatique et psychiatrique) ;
- de mobiliser les acteurs du secteur médico-social (en associant au programme les institutions, les associations et les usagers) ;
- de coordonner les acteurs au niveau régional (conformément à la régionalisation des politiques de santé) ;
- de tenir compte des spécificités locales (partenariats existants entre professionnels, institutions et associations, favoriser les actions de proximité, avoir une action prioritaire sur les territoires les plus précarisés).

A l'examen du projet de PRAPS, je vous propose d'émettre un avis défavorable et de demander que soit ajouté dans l'article 5.2.3.1 (Problèmes d'accès géographique) que « le maintien d'activité de médecine dans les établissements situés dans les espaces de santé de proximité à risque et fragile comme les hôpitaux locaux est une condition indispensable pour améliorer et développer l'accès aux soins. En effet, les hôpitaux situés dans le haut et moyen pays du département des Alpes-Maritimes jouent un rôle capital dans l'offre de soins de proximité et leur activité de médecine doit être absolument confortée ».

2. Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) :

Le PRIAC constitue :
- un instrument de rénovation de l'allocation budgétaire pour mieux identifier et inscrire dans le temps les priorités de financement au niveau régional ;
- un outil de programmation régional et pluriannuel qui organise l'adaptation et l'évolution de l'offre régionale de prise en charge et d'accompagnement des personnes en situation de handicap (enfants et adultes) et des personnes âgées dépendantes.

Établi par le préfet de région en liaison avec les préfets de départements, le PRIAC fixe les priorités de financement :

- des créations, extensions et transformations des établissements et services d'accompagnement, tarifés par l'État dans la région, accueillant des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées, à partir des moyens existants et des besoins nouveaux.

Les PRIAC dressent chaque année les priorités régionales prévisionnelles, par département, du financement de l'année en cours. Actualisé chaque année, le PRIAC permet une visibilité pluriannuelle à quatre ans.

Les objectifs du PRIAC sont de :

- rattraper les inégalités territoriales, les situations de sous-équipement de certains départements ou régions. C'est une des raisons du choix de l'échelle régionale. Car ainsi les PRIAC permettent, là où cela est nécessaire, de rattraper les inégalités entre départements au sein d'une région ;
- appuyer la diversification et entrer peu à peu dans une logique d'appel à projets.

Il est important que le PRIAC intègre de façon formelle la création , dans le département des Alpes-Maritimes:

- des 803 lits d'EHPAD autorisés, mais non encore financés à ce jour ;
- des 112 places relatives à la création des foyers médicalisés pour adultes handicapés, qui ont fait l'objet d'un avis technique favorable mais d'un arrêté de refus de l'ARS, en l'absence de financement au titre des soins.

A l'examen de ce projet de PRIAC, il apparaît que ces éléments essentiels pour notre département ne sont pas totalement pris en considération. Aussi, je vous propose d'émettre un avis défavorable sur ce programme.

3. Programme régional de télémédecine :

Facteur clé d'amélioration de la performance du système de santé, la télémédecine est une réponse technique incontournable aux défis de notre société comme le vieillissement, les maladies chroniques mais également la diminution programmée du nombre de médecins jusqu'en 2025 et les inégalités de répartition territoriale des professionnels de santé.

Depuis 2004, le Département, en avance sur son temps, a su développer progressivement un dispositif de télémédecine totalement opérationnel et ainsi a accumulé une expérience notable et exemplaire dans ce domaine.

A l'examen du projet de programme régional de télémédecine, je vous propose d'émettre un avis favorable sous réserve des modifications suivantes :

a) Organisation de l'activité de télémédecine (p.7)

Le Département des Alpes-Maritimes a développé depuis 2004 un dispositif de télémédecine comprenant aujourd'hui 20 stations fixes et 14 stations mobiles (e-valises). Or, parmi les porteurs de projet possibles listés, les collectivités territoriales ne sont pas citées. Il conviendrait donc de rajouter « collectivités territoriales » à la suite des pôles de santé dans le tableau de la page 7.

b) Stratégie régionale de déploiement (p.9)

Par sa configuration géographique et sa démographie médicale, le département des Alpes-Maritimes est le département de la région PACA comprenant le plus d'espaces de santé de proximité fragiles ou à risque.

Il est donc primordial au niveau de la stratégie régionale de soutenir le fonctionnement des dispositifs existants en fédérant et en apportant aux acteurs un soutien technique et financier afin d'éviter les redondances et/ou la création de nouveaux dispositifs non interopérables avec les systèmes préexistants.

Il est proposé de rajouter la phrase suivante au premier paragraphe de la page 10 :

« Il favorisera la mise en synergie avec les dispositifs préexistants éventuels, comme le dispositif de télémédecine Medicin@païs développé par le Conseil général des Alpes-Maritimes, en demandant aux porteurs de nouveaux projets de s'en rapprocher afin d'assurer la compatibilité des systèmes dans une volonté d'efficience ».

4. Programme régional d'actions en faveur du respect et de la promotion des droits usagers et de la qualité de la prise en charge :

Ce programme spécifique supplémentaire souhaité par l'ARS PACA, a été élaboré avec le concours de la commission spécialisée des droits des usagers de la conférence régionale de santé et télémédecine.

Il vise à initier la population dans son ensemble aux politiques de santé et aux dispositions qui conduiront chacun à prendre part à l'amélioration des droits des usagers.

Ce programme n'appelle pas d'observation particulière.

En conclusion, je vous propose :

D'émettre les avis suivants sur les documents relatifs au projet régional de santé figurant sur le cd-rom des rapports à la commission permanente :

1°) Concernant le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des personnes les plus démunies **:**

- d'émettre un avis défavorable et de demander que soit ajouté dans l'article 5.2.3.1 (Problèmes d'accès géographique) que « le maintien d'activité de médecine dans les établissements situés dans les espace de santé de proximité à risque et fragile comme les hôpitaux locaux est une condition indispensable pour améliorer et développer l'accès aux soins .En effet les hôpitaux situés dans le haut et moyen pays du département des Alpes-Maritimes jouent un rôle capital dans l'offre de soin de proximité et leur activité de médecine doit être absolument confortée » ;

2°) Concernant le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) :

- d'émettre un avis défavorable en raison des 803 lits d'EHPAD autorisés, non encore financés à ce jour et des 112 places relatives à la création des foyers médicalisés, qui ont fait l'objet d'un avis technique favorable mais d'un arrêté de refus de l'ARS, en l'absence de financement au titre des soins ;

3°) Concernant le programme régional de télémédecine :

- d'émettre un avis favorable sous réserve de prendre en compte les modifications suivantes :

  - s'agissant de l'organisation de la télémédecine : rajouter à la suite des pôles de santé dans le tableau de la page 7 « collectivités territoriales » au titre des porteurs du projet ;

  - s'agissant de la stratégie régionale de déploiement : rajouter au premier paragraphe de la page 10 « Il favorisera la mise en synergie avec les dispositifs préexistants éventuels comme le dispositif de télémédecine Medicin@païs développé par le Conseil général des Alpes-Maritimes, en demandant aux porteurs de nouveaux projets de s'en rapprocher afin d'assurer la compatibilité des systèmes dans une volonté d'efficience » ;

4°) Concernant le programme régional d'actions en faveur du respect et de la promotion des droits usagers et de la qualité de la prise en charge :

- d'émettre un avis favorable.

Je prie la commission permanente de bien vouloir en délibérer.

Le Président

Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

PROJET REGIONAL DE SANTE

Programme régional d'actions en faveur du respect et de la promotion des droits des usagers et de la qualité de la prise en charge

PROJET

SOMMAIRE

1 Introduction 3

2 Préambule méthodologique 4

2.1 Les objectifs stratégiques du PSRS 4

2.2 Le programme d'actions 5

2.3 Evaluation du programme d'actions 5

3 Programme d'actions 5

3.1 Promouvoir la connaissance des droits des usagers 6

3.1.2 Dresser un état des lieux régional du respect des droits et des mesures prises en faveur de la promotion des droits des usagers dans les secteurs sanitaire et médico-social 6

3.1.2 Analyser la qualité des prises en charge à partir des données disponibles 8

3.1.3 Evaluer la connaissance que les usagers et associations ont de leurs droits 10

3.2 Améliorer l'accès aux droits des usagers dans tous les secteurs de la sante 11

3.2.1 Mieux informer les usagers et les professionnels sur les droits 11

3.2.2 Mieux informer les acteurs de soins de leurs obligations de communication 13

3.2.3 Proposer des modalités d'amélioration de l'information des usagers dans le cadre de la contractualisation ARS /Etablissements sanitaires et établissements et services médico-sociaux 15

3.3 Rendre effectif le respect des droits fondamentaux des usagers 16

3.3.1 Le droit au respect de la dignité 16

3.3.2 Le droit à l'information 18

3.3.3 Le droit à la non-discrimination 19

3.4 Faire progresser l'exercice des droits collectifs des usagers et les recours 22

3.4.1 Conforter la place des représentants d'usagers dans les établissements pour rendre effectif le respect des droits des usagers 23

3.4.2 Conforter le rôle des conseils de la vie sociale dans les établissements médico-sociaux 24

3.4.3 Accompagner les associations dans leurs recherches d'agrément et développer la formation des représentants d'usagers 25

3.4.4 Le non respect des droits : mettre en place une voie de médiation santé, en complément des circuits existants 26

ANNEXES 28

ANNEXE 1 : Références bibliographiques 28

ANNEXE 2 : Tableau descriptif des actions 29

PROJET

1 Introduction

Au terme d'une évolution qui a commencé en 1974 avec la publication de la charte des patients, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé imprime la vision d'une société sur l'organisation de la santé, en plaçant le patient au centre de ce système. Elle fait émerger un usager, acteur individuel de sa propre santé qui a aussi la possibilité d'agir collectivement pour participer aux décisions sur le système de soins, consacrant ainsi le concept de démocratie sanitaire.

Cette loi reste le symbole de cette transformation du champ de la santé et la consécration législative de ces droits dont l'application ne va cesser d'évoluer pour s'adapter aux progrès de la médecine, des technologies et des nouveaux modes de prises en charge qui l'accompagnent mais aussi pour répondre à la demande grandissante du public de débats sur les questions éthiques qu'elles posent.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire du 20 juillet 2009, qui créée les agences régionales de santé, donne tout son poids à la démocratie sanitaire avec une réforme qui permet d'en finir avec une vision cloisonnée des questions sanitaires, qui met en place une appréhension globale et coordonnée de la politique de santé. Au-delà du système de soins, c'est à présent non plus seulement le malade, le patient, mais le système de santé qui est interrogé avec l'usager au centre d'un parcours de vie pour contribuer à son mieux être.

Ainsi l'usager est au centre des préoccupations de l'agence régionale de santé pour lui permettre un meilleur accès aux soins et une meilleure information, pour mieux l'accompagner ou le prendre en charge s'il est en situation de handicap, ou de vulnérabilité, ou s'il est âgé, et lui faire bénéficier d'actions sur les champs de la prévention, de la promotion des modes de vie sains en concertation avec les institutions propres à agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

Parallèlement, l'agence accompagne les instances où les usagers sont représentés afin qu'ils soient en mesure de participer collectivement aux choix qui les concernent, dans les établissements de santé mais aussi les établissements et services médico-sociaux et via la conférence régionale de santé et de l'autonomie. Celle-ci, articulant une dimension représentative qui ne réduit pas la citoyenneté au seul moment d'un vote périodique, et une dimension participative par les avis qu'elle donne et les débats publics qu'elle initie, rassemble une communauté d'acteurs locaux de la santé (usagers, patients, âgés, handicapés, associations), offreurs de santé (hôpitaux publics et privés, professionnels de santé et autres offres intermédiaires), élus, locaux et sociaux, acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, de la cohésion et de la protection sociale, pour prendre une responsabilité au côté des décideurs du système de santé régional.

Mais comme toute démocratie, la démocratie sanitaire pour exister doit reconnaître des droits et des devoirs aux personnes y participant.

La loi de 2002 rappelle certains droits fondamentaux et inaliénables dus à toute personne, comme le droit à la dignité ou le refus de comportements discriminatoires, mais aussi créée des droits et des obligations spécifiques, individuels et collectifs, pour les patients et leur entourage et les professionnels de santé, comme le droit à des soins de qualité par exemple, comme le devoir de donner une information claire et loyale au patient qui a pour devoir d'agir en être responsable en prenant seul les décisions concernant sa santé.

Préalablement, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale avait énoncé un certain nombre de droits de même nature puisqu'ils s'appuient également sur les droits fondamentaux de l'homme : droit à la dignité et au respect de la vie privée, droit à la sécurité et à l'information, droit au consentement et au libre choix.

Mais responsabiliser les acteurs de santé, professionnels comme usagers, c'est d'abord connaître ses droits et ses devoirs, et il n'est pas certain que ces droits soient bien identifiés auprès du grand public comme des institutions et les personnes qui doivent les promouvoir et les faire respecter.

PROJET

Aussi, près de dix ans après les lois de 2002, et moins d'un an après sa création, l'agence régionale de santé PACA, consciente du chemin à parcourir pour que, sans affrontement, les uns et les autres comprennent et acceptent les réformes et les décisions qui l'accompagnent, a souhaité que le Plan Stratégique Régional de Santé qu'elle a soumis pour avis à la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie en décembre 2011, réserve un chapitre entier à la promotion et au respect des droits des usagers du système de santé.

Enfin, partageant avec les membres de la CRSA le sentiment de la nécessité de soutenir la démocratie sanitaire, et singulièrement avec ceux qui mettent en œuvre quotidiennement le respect des droits des usagers, l'agence régionale de santé réalise un programme d'actions contenu dans son Projet Régional de Santé, sans lesquelles la volonté de promouvoir leurs respects en l'absence de projets concrets et volontaires se réduirait à une simple déclaration d'intention.

Elaboré avec le concours des membres de la commission spécialisée des droits des usagers de la CRSA, et sans préjudice de dispositifs spécifiques sur la qualité des prises en charge (lutte contre les infections nosocomiales, bientraitance...) ou l'accès aux soins, déclinés dans les différents schémas sectoriels, ce programme d'actions vise plus largement à initier la population dans son ensemble aux politiques de santé et aux dispositions qui conduisent chacun à prendre sa part dans la conduite du système de santé et, à améliorer les droits des usagers en commençant modestement pas le début : les faire connaître et les outiller.

De même que tous les ans la CRSA élabore un rapport spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social, elle pourra y intégrer l'évaluation de son plan d'actions et le requestionner, autrement dit délibérer, donner régulièrement le point de vue des citoyens sur cette question, contribuant ainsi à l'amélioration du système de santé.

2 Préambule méthodologique

2.1 Les objectifs stratégiques du PSRS

Le PSRS a consacré cinq axes stratégiques en matière de promotion, de développement et de respect des droits des usagers :

- Développer l'expression et le respect des droits des usagers
  - Droit à la dignité
  - Droit à l'information
  - Droit à la non discrimination
- Améliorer l'accès aux droits des usagers dans tous les secteurs de la santé
- Rendre effectif le respect des droits fondamentaux des usagers
- Faire progresser l'exercice des droits collectifs des usagers
- Favoriser le droit des usagers a des soins et une prise en charge médico-sociale

PROJET

Ces grands axes ont servi d'axes directeurs à la rédaction de ce programme. L'agence s'est aussi appuyé sur les différents rapports[1] publiés en la matière, afin de formuler des réponses adaptées aux problématiques rencontrées par les usagers du système de santé, dans les champs sanitaire, ambulatoire et médico-social.

2.2 Le programme d'actions

Le programme d'actions précise les modalités permettant d'atteindre les objectifs arrêtés dans le cadre du PSRS en matière de promotion, de développement et de respect des droits des usagers. Chaque objectif est décliné en actions dont le détail est contenu en annexe de ce document.

Réalisé quelques mois seulement après que les premiers enseignements du premier rapport de la CRSA sur les droits des usagers du système de santé et la qualité des prises en charge ont été tiré, il pose les bases d'une « feuille de route » qui implique les acteurs du système de santé, sans préjudice d'une réévaluation régulière des objectifs qu'il pose.

2.3 Evaluation du programme d'actions

Afin de s'assurer de la pertinence des actions menées, le tableau détaillé des actions, présenté en annexes, associe à chacune des actions des indicateurs de suivi.

Il conviendra de mettre en place le recueil de ces indicateurs et l'évaluation globale de ce plan d'actions en lien avec la démarche d'évaluation du PRS.

3 Programme d'actions

Au terme de la loi HPST du 21 juillet 2009 et ses décrets d'application, la Conférence régionale de santé et de l'autonomie « procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux service de santé et de la qualité des prises en charge » et rend un avis sur le rapport annuel spécifique, préparé par la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé (CSDU) en collaboration avec les autres commissions spécialisées, sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès au service de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaires et médico-social.

Le premier rapport de la CRSA a été transmis avec les recommandations qu'il formule et avec son avis au directeur général de l'agence régionale de santé et à la conférence nationale de santé en juillet 2011, et a été complété par les travaux de la CSDU.

Ces réflexions montrent en premier lieu que pour procéder à l'évaluation du respect des droits des usagers de l'égalité d'accès au service de santé et de la qualité des prises en charge, la CRSA devait disposer préalablement des outils de remontées de l'information sur le respect des droits dans tous les secteurs d'intervention de l'agence, et sur le niveau de connaissance de ces droits par les usagers et leurs représentants. (**Chapitre 1**)

[1] Cf. liste en annexes

PROJET

Le second enseignement tiré du rapport et des études issues des travaux réalisés dans le cadre de « 2011 – année des patients » porte sur la nécessité de conduire parallèlement des actions visant à améliorer l'accès aux droits des usagers dans tous les secteurs de la santé, tant du côté des usagers que des professionnels et via les leviers dont disposent l'ARS auprès des établissements de santé. (**Chapitre 2**)

En troisième intention, il apparaît que des actions spécifiques peuvent être engagées pour promouvoir et améliorer le respect des droits fondamentaux et notamment ceux qui sont apparus comme susceptibles d'actions à court et moyen terme, et ceux qui portent sur les champs moins explorés comme le secteur médico-social et l'ambulatoire. (**Chapitre 3**)

Enfin, au delà de l'affirmation des droits individuels qui constituent le premier pilier de la démocratie sanitaire, le renforcement des droits collectifs garantis ou prévus par la loi, contribue à permettre aux représentants des usagers dans les instances, à remplir leurs missions d'acteur du système de santé. (**Chapitre 4**)

En ce qui concerne plus spécifiquement l'évaluation de la qualité des prises en charge, si certains indicateurs dont la CRSA peut avoir connaissance via les remontées d'information des établissements, peuvent apporter des enseignements, ce plan d'actions pour cinq ans devra être réévalué à l'aune d'une réforme de la collecte des informations dont le récent rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales[2] donnent des indications sur la manière dont les usagers pourront faire valoir ce droit essentiel pour le bénéfice de l'ensemble du système de santé.

3.1 Promouvoir la connaissance des droits des usagers

« Le premier droit, c'est de connaître ses droits ». Partant de ce principe, le premier objectif de ce plan d'actions se consacre à la promotion de la connaissance des droits. Pour cela il propose d'améliorer les modalités de recueil des informations sur le respect des droits (1) et de la qualité des prises en charge (2) et parallèlement d'évaluer la connaissance que les usagers et les associations ont de leurs droits (3).

3.1.2 Dresser un état des lieux régional du respect des droits et des mesures prises en faveur de la promotion des droits des usagers dans les secteurs sanitaire et médico-social

La promotion de la connaissance des droits doit passer par une étape préalable d'état des lieux et d'amélioration des outils de recueil d'information afin d'identifier les axes d'amélioration en matière de respect des droits.

PROJET

[2] L'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé, BRAS Pierre-Louis, GOHET Patrick, LOPEZ Alain, Inspection générale des affaires sociales. L'IGAS a inscrit à son programme de travail une mission d'évaluation consacrée à l'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé. Dans le cadre de cette mission, l'usager a été considéré, d'une part comme un "consommateur" qui souhaite exercer de manière éclairée son droit au "libre choix" d'un établissement, d'autre part comme un "citoyen" qui, doté d'un mandat de représentation, intervient pour améliorer la qualité des prises en charge.

3.1.1.1. Améliorer le recueil de l'information issue des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge établissements de santé et l'exploitation qui est faite de ces dossiers

Le système actuel présente un certain nombre de contraintes :

- hétérogénéité des données transmises par les établissements dans les rapports de CRUQPC actuels,
- temps de réalisation du rapport par les établissements / temps de traitement agence,
- une évaluation ne reflétant pas la réalité de l'application des droits et ne permettant pas aux établissements de progresser par un référentiel commun.

Afin d'améliorer le recueil et le traitement de l'information issue des CRUQPC, et ainsi d'identifier de manière plus fine les axes d'amélioration en matière de respect des droits des usagers et de la qualité de la prise en charge, l'ARS Paca devra mettre en place un outil informatique venant remplacer la forme actuelle des rapports. A terme, cet outil devra être transposable au médico-social et à l'ambulatoire.

Cet outil devra permettre :

- d'uniformiser les données recueillies,
- de faciliter le recueil pour les établissements et le traitement quantitatif et qualitatif de l'information pour l'Agence régionale de santé,
- de proposer des indicateurs de comparaisons aux établissements.

Dans un deuxième temps, il devra permettre aux établissements de bénéficier automatiquement d'outils complémentaires à usage interne facilitant la gestion de leur activité quotidienne en la matière : gestion des réunions de CRUQPC, des demandes de dossiers médicaux, suivi des réclamations …

3.1.1.2 Organiser le retour d'information sur le respect des droits des usagers et la qualité des prises en charge dans le secteur médico-social

L'évaluation du respect des droits des usagers est organisée dans le secteur sanitaire par l'intermédiaire de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Dans le secteur médico-social, la remontée d'information permettant l'évaluation des droits n'est pas encore organisée de manière aussi précise. Dans ce domaine, il conviendra de réaliser un nouvel outil de recueil d'information régulier et pérenne.

Ce mode de recueil devra permettre de vérifier l'existence des instruments concourant au respect des droits et la communication faite auprès des patients sur leurs droits.

Il devra entre autre s'assurer :

- de l'existence d'une forme de représentation collective (existence d'un Conseil de la Vie sociale, date de mise en place, périodicité des réunions, liste et qualité des membres …)

PROJET

- des conditions d'accueil, entre autre, de l'existence d'un livret d'accueil et des conditions de sa remise
- de la nomination, du recours et de l'information faite aux patients sur l'existence des personnes qualifiées,
- de l'utilisation des outils d'évaluation existants comme les évaluations qualité internes et externes réalisées dans les établissements et services médico-sociaux.

Une étude de faisabilité doit être réalisée par l'agence pour déterminer, au regard des différents types de structures :

- le périmètre du recueil,
- les indicateurs pertinents,
- le mode recueil,
- le mode d'évaluation des données recueillies,
- le processus d'évaluation de l'ensemble.

A l'issue de ce processus, l'agence devra mettre en place un outil informatisé de recueil et de traitement des informations afin d'améliorer la connaissance du respect des droits, mais aussi engager des axes d'amélioration lorsque nécessaire.

3.1.1.3 Améliorer le recueil de l'information auprès des cabinets libéraux en ville

L'évaluation des droits des usagers dans ce champ nouveau pour l'agence régionale de santé n'est pas encore déterminée par des outils ou des modalités de recueil. L'agence s'engage à travailler sur cette question avec les représentants des professionnels de santé libéraux, via notamment les dix unions régionales des professionnels de santé qui sont créées à partir du printemps 2011 et qui représentent les professions de médecins, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, orthoptistes, pédicures-podologues, orthophonistes et directeurs de laboratoire.

3.1.2 Analyser la qualité des prises en charge à partir des données disponibles

De nombreux moyens sont possibles pour analyser la qualité des prises en charge : par exemple les résultats des indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales sont accessibles sur la plate-forme icalin.sante.gouv.fr, les informations relatives à la certification des établissements sur le site Internet de la HAS, alors que le site PLATINES réunit les précédents indicateurs et affiche les cinq indicateurs de qualité et de sécurité des soins QUALHAS. Enfin le coût des actes sur le site de la CNAMTS, AMELI.fr Si ces indicateurs sont disponibles pour les experts, ils ne renseignent pas de manière transparente et accessible les usagers qui veulent savoir qui fait quoi, à quel prix et avec quelle qualité et leur exploitation est actuellement pas compatible avec la réalisation d'un rapport annuel.

Cependant, sans attendre de pouvoir disposer d'outils d'analyses et d'informations lisibles par le grand public et disponibles sur un site unique tels que le propose l'IGAS dans son rapport[3], et sans préjudice de l'analyse qui sera faite des résultats de la mise en place d'une médiation par l'agence (voir chapitre 3.3), il est possible de mettre en place deux types d'analyse :

[3] **Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé**, Inspection générale des affaires sociales, Pierre- Louis BRAS, Patrick GOHET, Alain Lopez, RM 2010-090P

PROJET

3.1.2.1 Etudier les rapports de certification (HAS et ANESM)

Dans le cadre de la mise en place de nouveaux outils informatique de recueil de l'information concernant le respect des droits des usagers dans le secteur sanitaire et médico-social, il convient de souligner l'importance de la sensibilisation des personnels et des usagers à la question de la qualité de la prise en charge et plus particulièrement à la promotion de la bientraitance et à la gestion de la maltraitance.

Les nouveaux outils d'évaluation du respect des droits et de la qualité des prises en charge devront interroger les établissements et services sanitaires et médico-sociaux sur l'ensemble des actions mises en place en la matière :

- les notations attribuées lors de la certification des établissements sanitaires,
- les principaux constats et axes d'améliorations formulés lors de la réalisation de l'enquête sur la bientraitance,
- les formations qui ont ou vont être dispensées à leurs personnels sur les recommandations de l'ANESM d'une part, les droits des usagers et les corpus de connaissance et recommandations émises par la HAS pour les aspects Gérontologie et Handicap d'autre part.
- les projets spécifiques menés en la matière.

Il conviendra aussi de s'assurer que les représentants des usagers sont formés par l'établissement sur ces sujets.

3.1.2.2 Analyser les enquêtes de satisfaction (établissements sanitaires, établissements et services médico- sociaux)

La question de l'homogénéisation des données recueillies est cruciale pour aboutir à la mise en place de référentiel commun entre les établissements. Que ce soit dans le champ sanitaire ou médico-social, les questionnaires de satisfaction sont souvent construits de manière différente d'un établissement à l'autre. Ainsi, même si la diversité des établissements doit être prise en compte au travers des questionnaires de satisfaction, notamment dans le secteur médico-social, un tronc commun de questions permettrait d'identifier de manière plus fine les motifs de satisfaction et d'insatisfaction des patients.

Il conviendra donc de réaliser, à partir d'un panel représentatif (au moins 150 questionnaires), un retour sur les typologies de questionnaires médico-sociaux et sur leurs contenus. La mise en place d'un groupe de travail dédié permettra de définir les principaux items d'analyse de la satisfaction dans les établissements et services médico-sociaux.

De la même manière et afin de s'assurer de la cohérence de l'information transmise en matière de satisfaction dans le champ sanitaire, un travail d'homogénéisation des questionnaires de satisfactions doit être réalisé par l'agence, en lien avec un groupe de travail dédié.

Ce travail doit aboutir :

- à la mise en place, dans ces deux champs, de modèles homogènes proposant des questions obligatoires et questions propres à l'établissement.
- à la définition d'un mode opératoire concernant la remontée et le traitement de l'information par l'agence régionale de santé.

PROJET

3.1.3 Evaluer la connaissance que les usagers et associations ont de leurs droits

3.1.3.1 Réaliser un listing de l'ensemble des droits

Les droits des usagers sont encore aujourd'hui largement méconnus de nos concitoyens. Ainsi, lors d'un sondage BVA réalisé en février 2011 pour le Ministère de la santé, à la question « Globalement, avez-vous le sentiment de savoir quels sont les droits des patients ? », 70 % des personnes interrogées répondaient à la négative.

Il y a donc bien ici un axe prioritaire de travail. Pour autant, l'évaluation du niveau de connaissance que les usagers des secteurs sanitaire et médico-social ont de leurs droits impose au préalable la réalisation d'un état des lieux sur :

- des différents droits et des modalités de leur application en fonction des secteurs de prise en charge
- des recours possibles pour les usagers
- des différents modes de connaissance de ces droits (ambulatoire, sanitaire, médico-social)

Cet état des lieux sera réalisé par l'agence, en lien avec la Commission spécialisée droits des usagers de la CRSA et s'appuiera, entre autre, sur le sondage réalisé par la CRSA à l'occasion de la mise en place du débat public de santé 2011 intégrant des questions relatives aux droits des usagers.

S'en suivra la réalisation d'une synthèse qui pourra servir de base à :

- la mise en place d'outils de communication à destination des usagers et des professionnels du système de santé
- la réalisation d'enquête à destination des usagers et de leurs représentants

3.1.3.2 Interroger les usagers sur la connaissance qu'ils ont de leurs droits

Une enquête devra être menée en région paca, ciblant les usagers et les associations les représentant, afin de déterminer le niveau de connaissance de leurs droits.

La mise en place de cette enquête devra faire l'objet d'une campagne de communication appropriée, pour en assurer la plus large diffusion possible.

Le traitement de l'information issue de cette enquête fera l'objet d'un plan d'actions spécifique permettant d'améliorer la connaissance des droits.

PROJET

3.2 Améliorer l'accès aux droits des usagers dans tous les secteurs de la sante

Parallèlement à la conduite des actions permettant de rendre compte et d'évaluer la connaissance des droits et de la qualité des prises en charge, l'amélioration de l'accès aux droits des usagers devra se réaliser notamment par des actions soutenues pour et avec les usagers, avec les professionnels et les structures concernés par l'application des droits, avec trois volets : communiquer, accompagner, contractualiser, se déclinant plus précisément en :

- une meilleure information par un plan de communication quinquennal déclinant chaque année un axe d'informations sur les droits, la rédaction concertée d'une charte régionale et sa diffusion, la réalisation d'un site internet (A),
- un développement de l'information et la formation des professionnels sur leurs obligations et de leur accompagnement (B),
- la mise en marche d'une volonté partagée de s'engager sur la promotion et le respect des droits, via la contractualisation avec les acteurs (C).

3.2.1 Mieux informer les usagers et les professionnels sur les droits

3.2.1.1 Réaliser un plan de communication quinquennal

La mise en place d'un état des lieux destiné à évaluer la connaissance que les usagers ont de leurs droits permettra de définir de manière plus fine les droits qui doivent, de manière prioritaire faire l'objet d'une campagne de communication.

Ce plan de communication quinquennal doit décliner la stratégie de communication à mettre en place pour les cinq prochaines années afin d'améliorer la connaissance des droits, quelle que soit la cible :

- professionnels,
- patient,
- entourage,
- cibles relais : médias, partenaires associatifs, etc.

En amont de la mise en place d'un plan de communication, l'agence devra identifier les principaux vecteurs de communication, à destination des usagers, de leurs représentants, mais aussi de l'ensemble des cibles relais (les médias, les professionnels, les établissements et services, les collectivités …). D'ores et déjà un certain nombre d'axes sont identifiés au travers du programme d'actions dédié aux droits des usagers et de la qualité de la prise en charge :

- communication à destination des professionnels et des usagers sur l'ensemble des droits des usagers et les obligations qui y sont liées
- communication à destination des professionnels et des usagers sur les droits des patients en fin de vie : personne de confiance, directives anticipées, etc.
- communication à destination des professionnels et des usagers sur le droit d'accès au dossier, en ville comme en établissements

PROJET

- communication auprès des professionnels sur les droits d'accès aux soins et à la prévention des usagers (notamment le droit à l'AME, à la CMU-C et l'aide à la souscription d'une complémentaire santé) et sur le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS),
- communication à destination des associations sur l'agrément et la possibilité de représenter les usagers,
- développer des actions de communication qui changent le regard de la société sur les plus vulnérables,
- communication à destination des usagers, des professionnels et des associations d'usagers sur les refus de soins discriminatoires et les refus qui y sont liés,
- communication à destination des usagers et des professionnels sur le bon usage du dispositif de soins

Par ailleurs, l'agence devra aussi identifier les temps forts de médiatisation auxquels les actions de communication pourront se raccrocher (journée des droits des patients, journées mondiales de la santé, journées mondiales du handicap, etc.).

Pour rendre cette stratégie opérationnelle, l'agence devra chaque année définir un plan de communication annuel contenant l'ensemble des actions à mener.

En amont de la mise en place d'un plan de communication, l'agence devra identifier les principaux vecteurs de communication, à destination des usagers, de leurs représentants, mais aussi de l'ensemble des cibles relais (les médias, les professionnels, et notamment les professionnels en ville, les établissements et services, les collectivités …).

Par ailleurs, l'agence devra aussi identifier les temps forts de médiatisation auxquels les actions de communication pourront se raccrocher (journée des droits des patients, journées mondiales de la santé, journées mondiales du handicap, etc.).

Le plan de communication définira, chaque année :

- Les axes annules prioritaires
- les objectifs
- les cibles
- les moyens
- les outils d'évaluation.

3.2.1.2 Rédiger et diffuser une charte régionale des droits fondamentaux de l'usager du système de santé

Un grand nombre de chartes édictant les droits des usagers du système de santé existent : charte du patient hospitalisé, la Charte de l'enfant hospitalisé, la charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante, la charte européenne des droits des patients, …

Si l'abondance de biens ne nuit pas, la multiplication des chartes en matière de droits des usagers peut parasiter le message. Ainsi, l'Agence devra, en lien avec la Commission spécialisée droits des usagers, réaliser un document de synthèse à diffuser au niveau régional et accessible au grand public.

Cette charte régionale des droits devra ensuite être adressée à l'ensemble des secteurs concernés.

PROJET

3.2.1.3 Réaliser un site Internet dédié aux usagers du système de santé, à leurs droits des usagers et à la qualité de la prise en charge

Le rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé publié par l'Inspection générale des affaires sociales4, en juillet 2010, met en lumière les limites de l'information dispensée à l'usager : dispersion de l'information utile aux usagers en matière de qualité de la prise en charge, difficulté d'interprétation des informations proposées, etc.

Il en va de même pour l'information relative aux droits des usagers.

Partant de ce constat, l'agence devra, proposer aux usagers un site Internet permettant d'accéder aux informations clés concernant :

- l'organisation du système de santé,
- les droits des usagers des secteurs sanitaires, médico-social et ambulatoire,
- les recours existant dans chacun des secteurs et les moyens d'y accéder,
- les liens utiles,
- les outils d'évaluation de la qualité des prises en charge : site de la HAS, Platines, Ameli.fr, etc...
- les associations d'usagers et l'agrément de ces associations,
- etc...

La mise en place de ce site devra suivre les recommandations de l'IGAS.

3.2.2 Mieux informer les acteurs de soins de leurs obligations de communication

Dans le cadre de l'opération « 2011 - Année des patients et de leurs droits», le Ministère chargé de la Santé a demandé à TNS Sofres de conduire une étude sur la perception des droits des patients par les professionnels de santé : l'objectif de cette enquête était de déterminer et de comprendre de manière très fine les pratiques, les perceptions et les attentes des professionnels de santé dans le domaine des droits des patients.

Au travers de ce sondage, les professionnels interrogés relevaient un certain nombre de freins à l'application de ces droits des patients ainsi que des manquements au moment de leur mise en œuvre, dont

- le manque de temps et de moyens matériels
- un manque d'information et de formation des soignants sur ce sujet
- la résistance de certains praticiens
- mais aussi plus généralement la réticence à modifier des pratiques ancrées depuis longtemps.

PROJET

4 RM 2010-090P - Pierre- Louis BRAS, Patrick GOHET, Alain Lopez

3.2.2.1 Informer les professionnels de leurs obligations et les accompagner dans le développement d'outils de communication à destination des usagers

Partant de constat, l'agence doit initier un travail, en lien étroit avec les organismes professionnels (ordres, unions régionales des professionnels de santé, fédérations, syndicats…) afin de sensibiliser les professionnels sur ce thème et de mettre à leur disposition des outils à diffuser dans les cabinets ou les établissements par tout vecteur nécessaire, en vue de l'amélioration de la connaissance des droits par les professionnels et les usagers.

Ainsi, il apparaît important de réaliser tout d'abord un état des lieux des différents droits et des obligations qui en découlent pour les professionnels, entre autre, ceux exerçant dans le secteur libéral.

Cet état des lieux devra être complété par une enquête réalisée auprès des professionnels sur la connaissance que ceux-ci ont des droits des usagers, mais aussi des moyens qui sont mis à leur disposition pour informer les usagers de leurs droits.

Au regard de cet évaluation, l'agence devra :

- formaliser un document de synthèse clair sur ce thème qui fera l'objet d'une communication à destination de l'ensemble des professionnels
- identifier des axes de communication ainsi que des supports de communication nécessaires à l'amélioration de la connaissance des droits par les usagers et les professionnels
- recenser les outils de communication nécessaires et définir un planning de mise en place de chacun d'eux
- mettre en place une évaluation de l'ensemble des actions réalisées.

Cet axe de communication devra faire l'objet d'un plan de communication annuel suivant les modalités définies au point 3.2.1.1.

3.2.2.2 Former les professionnels sur leurs obligations

Dans le même temps, les droits des usagers doit devenir un axe fort de la formation des professionnels. Qu'il s'agisse de formation initiale ou continue, l'agence devra se mettre en lien avec les principaux organismes de formation[5] pour que soient développés au cours des cursus des modules spécifiques aux droits des usagers et aux obligations professionnelles qui y sont liés. Ce travail devra se faire en lien avec les principales instances de représentation des professionnels (Ordres, unions régionales des professionnels de santé, fédérations, syndicats …).

Outre l'information sur les droits eux-mêmes, les formations devraient aussi conduire à des modules de types « la difficulté de dire, la difficulté d'entendre », base commune de la difficulté du colloque singulier.

L'agence pourra solliciter les commissions de coordinations des politiques publiques ou contractualiser la mise en place d'axes de formation spécifiques aux droits des usagers avec les différents organismes de formation.

[5] Universités, IFSI, IFAS, organismes de formation médicale conventionnelle des médecins financés par l'Assurance Maladie, etc.

PROJET

D'ores et déjà, un certain nombre de thèmes ont été ciblés comme étant prioritaires par la Commission spécialisée droits des usagers de la CRSA :

- communication à destination des professionnels et des usagers sur les droits des patients en fin de vie : personne de confiance, directives anticipées, etc.
- communication à destination des professionnels et des usagers sur le droit d'accès au dossier, en ville comme en établissements
- communication auprès des professionnels sur les droits d'accès aux soins et à la prévention des usagers (notamment le droit à l'AME, à la CMU-C et l'aide à la souscription d'une complémentaire santé) et sur le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)
- accompagner et former les professionnels pour que l'information soit présentée de manière adaptée aux publics et aux situations

3.2.2.3 Aider les professionnels à communiquer sur les droits

Afin d'accompagner les professionnels dans la connaissance des droits, mais aussi dans la diffusion de ces droits auprès de leurs patients et usagers, il convient de mettre à leur disposition des outils simples et facilement utilisables.

Ainsi, l'agence devra constituer un groupe de travail réunissant les organismes professionnels afin de proposer des outils de communication dédiés aux professionnels et utiles à l'amélioration de la connaissance des droits. Pour cela plusieurs étapes pourront être envisagées :

- réalisation d'une enquête auprès des professionnels sur leur connaissance des droits, les moyens à leur disposition (via les ordres / syndicats / URPS, fédérations)
- Mise en place d'un plan de communication spécifique recensant les outils de communication nécessaires et le planning de leur mise en place
- Mise à disposition d'outils à diffuser dans les cabinets ou les établissements par tout vecteur nécessaire
- Questionnaire d'évaluation des outils

3.2.3 Proposer des modalités d'amélioration de l'information des usagers dans le cadre de la contractualisation ARS /Etablissements sanitaires et établissements et services médico-sociaux

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens constitue un outil de planification performant car il permet, à partir de l'existant, d'acter les perspectives de développement pour les cinq années à venir.

La conclusion de tels contrats a un effet levier sur l'organisation de l'offre dans l'ensemble du territoire, le développement de démarches telle que la démarche qualité dans les établissements d'une même association, etc.

Dans le cadre des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), il s'agira de conventions tripartites.

PROJET

Dans ce contexte, il apparaît opportun que l'agence identifie, que cela soit dans le champ du médico-social ou du sanitaire, des axes de contractualisation pertinents en matière de droits des usagers, y compris avec les professionnels de santé libéraux.

Ces axes seront ajoutés aux CPOM, lorsque nécessaire, c'est-à-dire, lorsque l'évaluation faite des établissements en matière de droits des usagers et de qualité de la prise en charge s'avèrent insuffisante (questionnaires bientraitance de l'ANESM, certification de la HAS, rapports de CRUQPC)…

3.3 Rendre effectif le respect des droits fondamentaux des usagers

Les droits des usagers, dans le champ sanitaire et dans le champ médico-social se déclinent selon des modalités différentes, mais reposent sur les mêmes valeurs [6]. Rendre effectif le respect des droits des usagers est rendre leur application possible, et naturelle, pour le bénéfice de tous, y compris pour améliorer l'efficience du système de santé. Cependant il apparait une priorité de l'action pour certains d'entre eux :

- le droit au respect de la dignité (1),
- le droit à l'information (2),
- le droit à la non discrimination (3).

3.3.1 Le droit au respect de la dignité

3.3.1.1 Adopter une posture différente à l'égard des personnes vulnérables

La personne vulnérable, quel que soit le motif de sa vulnérabilité, maladie, grand-âge, handicap, situation économique …, ne peut se réduire à cet état de vulnérabilité. Elle est un citoyen à part entière, qui participe à la vie de la société, autour de laquelle est bien souvent fédéré un tissus d'acteurs important générateur de vie économie et sociale.

L'objectif est de développer des actions de communication qui changent le regard de la société sur les plus vulnérables.

6

Les droits fondamentaux reposent sur les mêmes valeurs :	« ***sanitaire*** » : Code de la santé publique : loi du 4 mars 2002	« ***médico-social*** » : Code de l'action sociale et des familles : loi du 2 janvier 2002
Dignité	L.1110-2	L.311-3
Vie privée	L.1110-4	L.311-3
Sécurité	L.1110-1	L.311-3
Non discrimination	L.1110-3	L.116-2
Confidentialité	L.1110-4	L.311-3
Libre choix	L.1110-8	L.311-3
Consentement	L.1111-4	L.311-3
Information	L.1111-2	L.311-3
Accès à l'info.	L.1111-7	L.311-3
Participation	L.1114-1	L.311-6

PROJET

L'agence devra donc travailler en lien avec la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers et en concertation avec les différents acteurs concernés pour intégrer ce changement de posture dans le plan de communication quinquennal.

Cette action trouve également toute sa place dans les différents programmes de formation et d'information que l'agence propose de développer dans le chapitre 3.2.2.

3.3.1.2 Renforcer l'information concernant les droits des patients en fin de vie et les soins palliatifs

La France s'est dotée, dans le cadre d'une concertation nationale et de nombreuses auditions publiques, de lois qui reconnaissent le droit des personnes malades en fin de vie.

La loi Léonetti du 22 avril 2005 relative aux droits des patients en fin de vie, complétée par les décrets du 6 février 2006 a recherché une solution éthique à l'encadrement juridique de la relation médicale entre le médecin et le malade en fin de vie.

Cette loi apporte trois dispositions essentielles à la relation de soins et favorise l'expression de la volonté, discussion en collégialité :

- interdiction de toute obstination déraisonnable,
- droits du patient renforcés,
- processus décisionnel en cas de patient inconscient ou arrêt des traitements reposant sur deux mots clés : Collégialité et transparence de la décision.

La loi anticipe par ailleurs sur les situations de patients inconscients en créant les directives anticipées rédigées par le patient et la désignation d'une personne de confiance (création certes de la loi du 4 mars 2002) qui voit son rôle plus marqué, plus présent auprès des professionnels.

Or cette loi malheureusement méconnue du grand public et pour partie des professionnels. Il convient donc d'améliorer la connaissance des droits des patients en fin de vie :

- d'une part en l'intégrant dans le plan quinquennal de communication comme une priorité quinquennale, en déclinant un plan de communication annuel sur ce thème,
- d'autre part, en intégrant ce thème aux formations (initiales et continues) à destination des professionnels. A la connaissance de la loi, stricto-sensu, il convient aussi de former les professionnels à transmettre ces informations de façon adaptée à cette situation particulière.

Par ailleurs, afin d'inciter les établissements sanitaires, mais aussi les établissements et services médico-sociaux à promouvoir les droits des patients en fin de vie, des critères spécifiques devront être ajoutés par l'agence dans le cadre du recueil des données visant à l'évaluation du respect des droits des usagers (point 3.1.2) permettant d'identifier chaque année :

- le nombre de directives anticipées rédigées et transmises aux établissements
- le nombre de personnes de confiance désignées
- les actions spécifiques menées en la matière.

PROJET

3.3.2 Le droit à l'information

3.3.2.1 Renforcer l'information dans la relation de soins en réduisant l'asymétrie d'information

Le rapport publié par le Service évaluation des pratiques par la HAS en février 2008 intitulé « Annoncer une mauvaise nouvelle » apporte un éclairage intéressant sur la transmission de l'information au patient.

Il précise en effet que : « *Annoncer c'est « communiquer », « faire savoir » que quelque chose existe et/ou va se produire. Ce n'est pas seulement informer, ni même « faire comprendre », mais c'est transmettre quelque chose de complexe et d'élaboré. Les patients ne sont pas nécessairement familiers avec le savoir dont dispose le médecin. Annoncer, c'est cheminer avec un patient vers la connaissance qui le concerne. Les annonces, tout au long du processus d'accompagnement, doivent donc permettre aux professionnels de donner au patient les informations dont il a besoin. Le médecin a un rôle particulier dans ce processus puisqu'il est souvent le premier à annoncer le diagnostic* ».

La relation avec le professionnel est en effet bien souvent biaisée par l'asymétrie d'information qui sépare le professionnel et son patient. La synthèse des rapports de CRUQPC 2009, élaborée par l'agence dans le cadre du rapport de la CRSA sur le respect des droits des usagers et de la qualité de la prise en charge, indique que le deuxième motif d'insatisfaction des usagers concerne la transmission des informations le concernant, toute catégorie professionnelle concerné.

Or, adapter son langage à son interlocuteur c'est établir avec lui un registre de communication commun permettant la réduction de cette asymétrie.

Pour cela il convient, outre le volet de communication relatif à la connaissance des droits évoqué en point 3.2.1.1 de :

- accompagner et former les professionnels pour que l'information soit présentée de manière adaptée aux publics et aux situations en l'inscrivant dans le cadre du programme de formation arrêté au point 3.2.2
- améliorer la visibilité de l'information, notamment dans la pratique libérale.

Dans le cadre spécifique de l'amélioration de la visibilité, outre la mise en place d'une charte régionale des droits, un groupe de travail devra être constitué réunissant les représentants des professionnels et les instances compétentes pour définir les modalités d'application et de vérification de la transmission effective de l'information.

3.3.2.2 Respecter le droit d'accès au dossier, en ville comme en établissements

Le rapport 2010 du Médiateur de la République indique clairement que « L'accès au dossier médical pose encore problème ».

Il précise que : « *le délai de huit jours au-delà desquels les informations demandées doivent être communiquées lorsqu'elles concernent une hospitalisation datant de moins de cinq ans est trop court et rarement respecté* ».

Par ailleurs, il indique que la loi ne précisant pas le contenu minimum d'une communication à destination des ayants droits, les éléments d'information qui sont transmis aux ayants droits sont bien souvent sibyllins.

De ce fait il suggère « d'une part que les établissements de santé désignent un représentant chargé d'instruire les plaintes, ou alors créent une cellule orientée vers la communication des dossiers médicaux, au sein d'un service dédié à leur centralisation et d'autre part, de compléter la loi du 4 mars 2002 en précisant le contenu minimum d'une communication sollicitée par les ayants droit ».

Au regard de ces éléments, l'agence devra encourager les établissements sanitaires et les établissements et services médico-sociaux à suivre les recommandations du Médiateur :

PROJET

- en intégrant ou complétant, dans le recueil de l'information issue des CRUQPC et des établissements et services médico-sociaux des informations concernant la gestion des demandes de dossiers médicaux et les plaintes précisant par exemple :
    - l'existence d'un représentant chargé d'instruire les plaintes ou de répondre aux demandes de dossiers médicaux
    - l'existence d'un processus de gestion des demandes de dossiers médicaux et de gestion des plaintes
    - l'existence d'un accusé de réception indiquant de manière lisible les informations que le patient doit transmettre pour que les éléments lui soient transmis
    - la formation des personnels concernés sur ce droit mais aussi sur la communication avec les usagers
- en préparant dans les plus brefs délais la nomination des personnes qualifiées du champ médico-social, qui peut assister l'usager de ce secteur pour faire valoir ses droits, dont celui d'accéder à son dossier.
- en intégrant l'accès au dossier médical dans les formations à destination des professionnels ou futurs professionnels,
- en travaillant avec les organismes professionnels à la mise en place d'actions spécifiques en la matière
- en déclinant un plan annuel de communication sur l'accès au dossier médical.

3.3.3 Le droit à la non-discrimination

En complément du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes les plus démunies (P.R.A.P.S.), qui favorisent, au sein de chaque région, une approche globale et coordonnée des problèmes de santé des publics en difficulté, pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins et à la prévention, l'agence souhaite accorder une attention particulière à la promotion du droit à la non-discrimination.

3.3.3.1 Lutter contre les refus de soins discriminatoires

Objectiver les refus de soins

En lien avec l'Assurance maladie et les organismes professionnels, l'agence devra définir des indicateurs pérennes permettant de mesurer les refus de soins discriminatoires.

Favoriser l'expression des recours, via les associations d'usagers

En lien avec ses partenaires l'agence devra :

- mettre en place un plan de communication annuel à destination de l'ensemble des associations d'usagers et des usagers eux-mêmes intervenant dans les champs sanitaire et médico-social dans le but de les sensibiliser aux recours possibles. Dans ce contexte, l'agence devra produire un document d'information synthétique indiquant clairement l'ensemble des recours possibles pour les usagers, quel que soit le secteur concerné. Elle devra aussi sensibiliser les associations sur le refus de soins discriminatoire, notamment lors des demandes d'agrément qui lui sont faites,

PROJET

- Inciter les établissements sanitaires et médico-sociaux à former les représentants d'usagers au refus de soins discriminatoire et encourager la formation des personnes qualifiées dans le champ du médico-social,
- Encourager les associations d'usagers à mener des actions en faveur de l'expression des recours,
- réaliser une fiche d'information déstinée aux bénéficiaires de la CMU-C indiquant les droits et la manière de les faire respecter, mais indiquant aussi les devoirs. Cette fiche pourra être, en accord avec les organismes partenaires, distribuée à tous les bénéficiaires de la CMU-C.

En lien avec ses partenaires, l'agence devra :

- suivre les recommandations du rapport de la CNS « résoudre les refus de soins » du 10 juin 2010 et élaborer une charte des droits et obligations des professionnels de santé et des patients bénéficiaires de la CMU-C » en lien avec les organismes de Sécurité sociale, les organismes professionnels et les représentants des usagers siégeant dans la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la CRSA
- diffuser largement cette charte à destination des usagers et des associations d'usagers ainsi que des professionnels.

3.3.3.2 Renforcer l'information sur les droits des usagers en matière d'accès aux soins

Sensibiliser les professionnels au droit d'accès aux soins et à l'importance de la prévention

L'agence devra mettre en place des actions visant à sensibiliser, informer et former les équipes soignantes et les services administratifs des établissements de santé ainsi que la médecine de ville dans son ensemble, aux droits d'accès aux soins et à la prévention des usagers (notamment le droit à l'AME, à la CMU-C et l'aide à la souscription d'une complémentaire santé).

Intégrer au plan de formation à décliner en direction des professionnels (point II.B.2)

- un volet concernant les droits d'accès aux soins et à la prévention des usagers (notamment le droit à l'AME, à la CMU-C et l'aide à la souscription d'une complémentaire santé)
- un volet concernant la prise en charge des populations précarisées

Intégrer au plan de communication quinquennal un volet concernant

- les droits d'accès aux soins
- les dispositifs permettant l'accès aux soins des populations vulnérables (entre autre les PASS)

Décliner l'ensemble des éléments d'information nécessaires à la prise en charge de ces publics sur la Plateforme d'Aide aux professionnels de santé déclinée par l'agence

PROJET

3.3.3.3 Améliorer la connaissance du coût des actes

Rendre effectif l'affichage et/ou la remise systématique aux usagers du système de santé d'une information sur le coût et le niveau de remboursement par l'Assurance maladie des actes médicaux avant qu'ils n'aient lieu doit faire partie des actions prioritaires.

- assurer la promotion systématique, sur l'ensemble des supports à destination des publics du site Ameli.fr permettant l'identification des tarifs de consultation
- encourager les établissements sanitaires et médico-sociaux concernés à publier les éléments d'information concernant le coût des actes et des consultations :
    - sur leur site Internet
    - sur leur livret d'accueil
    - par voie d'affichage.
- travailler en lien avec les organismes professionnels pour améliorer l'affichage dans les cabinets libéraux.
- améliorer la transparence des activités libérales au sein de l'hôpital public en encourageant les établissements à communiquer les rapports des commissions d'activités libérales auxquelles participent des représentants d'usagers, afin d'identifier qualitativement et quantitativement les dépassements d'honoraires autorisés
- intégrer la publication de ces informations dans l'évaluation du respect des droits des usagers qu'il s'agisse du sanitaire comme du médico-social.

3.3.3.4 Favoriser la désignation de « référents usagers » dans les domaines sanitaire et médico-social.

Les personnes qualifiées dans le champ médico-social sont de par leur rôle des interlocuteurs clés, en particulier, en matière de respect des droits et d'accès aux soins. Il convient donc comme défini au préalable de préparer dans les plus brefs délais, en lien avec les instances compétentes, la nomination des personnes qualifiées par les conseillers généraux, les préfets de département et le directeur général de l'ARS :

- identification des départements dans lesquels ces personnes sont nommées
- organisation du processus de nomination par département
- diffusion des listes de personnes qualifiées auprès :
    - des fédérations d'établissements
    - des organismes professionnels : ordres, fédérations, URPS, ...
    - des associations d'usagers
    - etc.

Par ailleurs, dans le secteur sanitaire, il conviendra d'identifier l'ensemble des représentants des usagers et de constituer un annuaire accessible aux usagers.

PROJET

3.3.3.5 Mettre en place dans les établissements des dispositifs permettant l'accès aux soins des populations vulnérables

Optimiser le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Dans le cadre de l'évaluation du respect des droits des usagers dans le champ du sanitaire, faire un focus annuel sur le fonctionnement des PASS instaurées pas la loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (art. L.6112-6 du code de la santé publique) :

- existence d'une PASS,
- conditions de fonctionnement,
- information au public,
- activité,
- etc

Exploiter les rapports d'activité

Cet état des lieux devrait permettre d'identifier un certain nombre d'axes d'amélioration et d'indicateurs pertinents qui pourraient enrichir le rapport de la CRSA. Pour cela conformément aux recommandations de la DHOS pour organiser un PASS il leur sera demandé d'établir un rapport d'activité comprenant ces indicateurs et de le communiquer aux instances hospitalières, à l'ARS et à la CRSA.

3.4 Faire progresser l'exercice des droits collectifs des usagers et les recours

Au delà des représentants, qui de par la loi du 4 mars 2002 sont issus des associations agréées au niveau national ou régional via l'ARS, les « usagers du système de santé », outre les associations de patients (dont une trentaine sont regroupées au sein du CISS PACA), sont depuis la loi dite HPST du 20 juillet 2009 notamment, sont également représentés par des associations de personnes âgées, de personnes handicapées, d'associations familiales. Ils sont sollicités dans de nombreuses instances parmi lesquelles on citera au niveau local :

- dans les instances régionales : la CRSA, les 6 conférences de territoire et le conseil de surveillance de l'ARS et la CRCI
- dans les 328 établissements de soins qui doivent avoir mis en place une CRUQPC en région PACA : les conseils de surveillance ou d'administration, les CRUQPC, les commissions d'activité libérale, les Comités de liaison des infections nosocomiales (CLIN)
- auprès des près 1 400 établissements et services médico-sociaux de la région, dans les conseils de la vie sociale, les personnes qualifiées ... dont la plupart ne sont ni préparés ni nommés et encore moins formés
- ainsi que dans des instances comme :
    - Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques,
    - Centre de lutte contre le cancer,
    - Comité de protection des personnes.
    - Groupements de coopération sanitaire (GCS),
    - Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

PROJET

- Conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH)
- Conseil départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA)
- Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente de la Permanence des Soins et des transports sanitaires (CODAMUPS)
- Etc.

Actuellement, le nombre de ces bénévoles reste insuffisant. Leur identification et l'évaluation des moyens dont ils disposent pour remplir leur mission est un premier pas pour conforter leur rôle (1).

Par ailleurs, alors que les CRUQPC sont maintenant bien identifiées auprès des établissements de soins, il est nécessaire d'améliorer la connaissance du fonctionnement des conseils de la vie sociale dans lesquels siègent les représentants des usagers des établissements du secteur médico-social (2).

Enfin, dans l'attente de modifications législatives ou règlementaires pour agréer les associations d'usagers de ce dernier secteur, l'accompagnement des associations du domaine sanitaire pour obtenir un agrément sera un des moyens pour accroître le nombre de représentants et le développement des formations des bénévoles qui consacrent une partie de leur vie à représenter les usagers et les accompagnent dans le respect de leurs droits et de la qualité des prises en charge constitue une condition sine qua none pour améliorer la représentation des usagers (3). Enfin, le traitement des plaintes et des réclamations qui n'auraient pas trouvé de réponses, jusqu'à la médiation, est le dernier volet envisagé pour ce plan d'actions (4).

3.4.1 Conforter la place des représentants d'usagers dans les établissements pour rendre effectif le respect des droits des usagers

3.4.1.1 Evaluer les conditions d'exercice des représentants des usagers

En réunissant les informations précises sur l'application des textes concernant les droits attribués aux représentants des usagers dans l'exercice de leurs missions, et sur les conditions matérielles dans lesquelles ils exercent leurs missions.

Cette évaluation pourra être réalisée :

- dans le cadre des rapports des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge dans le champ du sanitaire, via un focus annuel sur les conditions d'exercices des représentants des usagers dans les établissements :
  - Le droit au congé de représentation
  - Le droit à la formation
  - Le droit au défraiement
  - Les moyens matériels mis à la disposition des représentants des usagers
  - etc.

- par la mise en place d'une enquête destination des représentants des usagers et des personnes qualifiées pour compléter cet état des lieux.

PROJET

Les résultats de ces évaluations donneront lieux à publication d'une synthèse. Celle-ci devra être accompagnée d'un programme d'actions.
Les établissements sanitaires et les établissements et services sanitaires et médico-sociaux devront être encouragés à améliorer les conditions dans lesquelles les représentants des usagers exercent leurs missions.

3.4.1.2 Réaliser un annuaire des représentants des usagers pour leur donner plus de visibilité.

Les nouveaux modes de recueil des informations concernant le respect des droits des usagers et la qualité des prises en charge dans le sanitaire et dans le médico-social devra intégrer dès 2012 pour les établissements sanitaires et dès création pour les établissements médico-sociaux :

- la liste nominative des représentants d'usagers
- les coordonnées des représentants ou, à défaut, les coordonnées auxquelles ils peuvent être joins dans l'établissement
- les associations qu'ils représentent (dans le champ du sanitaire)

La liste des représentants des usagers sera réactualisée annuellement et donnera lieux à la publication d'un annuaire mis en ligne sur le site de l'agence.

Les représentants des usagers pourront ainsi faire l'objet régulièrement d'une communication directe de la part de l'agence, voire de réunions d'informations sur des thématiques prioritaires.

3.4.2 Conforter le rôle des conseils de la vie sociale dans les établissements médico-sociaux

Afin d'améliorer la connaissance du fonctionnement des conseils de la vie sociale, l'agence devra réaliser un état des lieux sur :

- l'existence des CVS
- leur composition
- la régularité de leurs rencontres
- la diffusion des informations qui y sont liées
- etc.

Cet étude sera réalisée via :

- le nouvel outil de recueil d'information abordé au point 3.1.2
- l'analyse de la synthèse régionale des questionnaires sur la bientraitance de l'ANESM.

Les axes d'améliorations identifiés à l'issue de cet état des lieux feront l'objet d'une fiche d'actions et pourra s'accompagner d'un plan de communication, si nécessaire.

PROJET

3.4.3 Accompagner les associations dans leurs recherches d'agrément et développer la formation des représentants d'usagers

3.4.3.1 Accompagner les associations dans leurs démarches en vue d'obtenir l'agrément

Compte tenu du nombre encore insuffisant de représentants d'usagers issus d'associations agréée du système de santé, l'agence doit encourager les associations qui réunissent les conditions à demander l'agrément.

Outre les axes de communication à destination des associations des usagers du système de santé, pour faire connaître et encourager l'agrément, l'agence devra accompagner les associations pour les aider dans leurs démarches :

- Réalisation d'un document d'information sur la procédure de demande d'agrément et mise en ligne sur le site de l'agence, ainsi que les sites des établissements de santé
- Suivi individualisé des dossiers comprenant un point avec les responsables de l'association à la fin de l'étape d'instruction de son dossier
- Lorsque nécessaire, rencontre avec les nouvelles associations agréées pour leur rappeler :
    - Les droits et les obligations liées à leurs nouvelles fonctions
    - Les droits des usagers
    - Les axes prioritaires définis dans le programme d'actions sur les droits des usagers du PRS

3.4.3.2 Former et inciter à former les représentants des usagers du système de santé

L'agence devra former les représentants des usagers siégeant dans ses instances et encourager l'ensemble des structures entrant dans son champ de compétence à faire de même.

Formation des représentants des usagers de l'agence

L'agence déclinera chaque année un programme de formation spécifique dédié à ses représentants d'usagers.

En termes de contenu, elle s'appuiera sur le cahier des charges de la formation pour les représentants des usagers siégeant dans les diverses instances régionales et locales du système de validé par le Comité national de pilotage des ARS le 17/12/2010 et présenté aux DG ARS le 21/01/2011.

Formation des représentants des usagers siégeant dans les instances de santé relevant du champ de compétence de l'agence

Les établissements de santé et les établissements et services de santé médico-sociaux seront informés de leurs obligations nouvelles de formation. Ils seront encouragés à développer eux-mêmes des informations dont le contenu portera sur les thématiques arrêtées par le CNP.

Les rapports des CRUQPC ainsi que les rapports sur l'évaluation du respect des droits dans les établissements médico-sociaux devront chaque année indiquer :

- le nombre de formations proposées aux représentants des usagers
- le nombre de formations acceptées

PROJET

- les thèmes de formation
- le nombre d'heures de formation

3.4.4 Le non respect des droits : mettre en place une voie de médiation santé, en complément des circuits existants

Constatant d'une part que la plupart des plaintes et réclamations qu'elle reçoit résultent majoritairement d'une méconnaissance de droits ou d'information, et d'autre part que l'usager ne connait pas les circuits et la porte d'entrée où porter sa réclamation, l'agence régionale de santé va instituer une « médiation ». Recouvrant à la fois le concept de guichet unique de la santé comme de facilitateur pour l'usager, la mise en place de la médiation commence d'abord par faire connaitre tous les circuits existants, avant d'aborder le traitement des plaintes qui n'auraient pas trouvé de place dans ce circuit. Cette connaissance est également un indicateur de la qualité de la prise en charge et donc un moyen pour l'améliorer.

Identification de l'ensemble des circuits existants

Les voies de recours en matière de santé sont nombreuses. Chacune occupe une place spécifique dans le circuit de gestion de la plainte ou de la réclamation.

A l'aide des différents opérateurs concernés, l'agence devra formaliser sous forme d'un document pédagogique les différents recours qui s'offrent aux usagers et les moyens de les utiliser.

Ce Document devra être très largement diffusé notamment via :

- les sites des établissements de santé et établissements et services médico-sociaux
- les professionnels de santé via les URPS et les Ordres
- le site internet de l'agence
- les sites des associations d'usagers du système de santé
- etc.

Mise en place d'un traitement des plaintes des usagers du système de santé

Afin d'améliorer le respect des droits des usagers, mais aussi la qualité de la prise en charge, l'agence devra mettre en place son propre circuit de traitement des plaintes et réclamations qui lui sont adressées.

Apparaissant comme un guichet unique pour l'usager, le dispositif qui sera mis en place sera d'abord une plate forme d'orientation, de réorientation et d'information qui en premier lieu respecte les différentes voies de recours de droit commun, depuis la plainte examinée notamment via les CRUQPC et les personnes qualifiées pour le secteur médico-social, jusqu'à la CRCI, les conseils de discipline des Ordres et autres instances chargées de traiter la plainte et les réclamations.

En second lieu, suivant le respect de principe de subsidiarité, les plaintes et réclamations qui ne pourront trouver un traitement par les voies de recours ou de médiation de droit commun, (via notamment les médiateurs dans les établissements de santé ou les personnes qualifiées pour les établissements médico-sociaux, et le défendeur des droits (ex-médiateur de la République)), ou d'une mesure prise par le directeur général de l'ARS, précédant ou non un inspection ou un contrôle, pourront faire l'objet d'une médiation.

Celle-ci vise, sous réserve d'obtenir l'ensemble des éléments, à entendre les parties au litige qui les oppose et les mettre en relation pour s'efforcer de concilier les points de vue. D'une manière générale,

PROJET

après s'être assurer que toutes les voies de recours sont éteintes, d'accompagner, soutenir et écouter avec empathie les usagers et les professionnels.

Dans son ensemble le système de médiation devra permettre la centralisation de l'ensemble des plaintes et réclamations pour permettre le traitement par le service adéquate, avec un interlocuteur (qui pourra être un service) unique pour l'usager.

L'agence devra donc en lien avec les différents opérateurs concernés :

- Accuser la réception à destination de l'usager sous 24 heures
- Réorienter les plaintes et réclamations auprès des services compétents, et le cas échéant déclencher un contrôle ou une inspection, ou proposer une médiation
- S'assurer de la réponse apportée à l'usager
- Analyser les plaintes et réclamations reçues en vue de la réalisation d'un rapport annuel rendu public dégageant des préconisations pour réduire leurs motifs et améliorer la qualité des prises en charge.

PPROJET

ANNEXES

1. Références bibliographiques

2. Tableau descriptif des actions

PROJET

ANNEXE 1 : Références bibliographiques

- **Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé**, Inspection générale des affaires sociales, Pierre- Louis BRAS, Patrick GOHET, Alain Lopez, RM 2010-090P

- **Rapport de la mission ministerielle : "Promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé**", Michelle BRESSAND, Martine Chriqui-Reinecke, Michel Schmitt, janvier 2011

- **Rapport annuel 2010 du médiateur de la république**

- **Rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé** adopté en séance plénière de la Conférence nationale de santé le 10 juin 2010

- **Bilan et propositions de réformes de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé** - Rapport remis à M. le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé le 24 février 2011
  Alain-Michel CERETTI, Conseiller Santé auprès du Médiateur de la République
  Laure ALBERTINI, Responsable du Pôle Démocratie Sanitaire - Agence régionale de Santé d'Ile de France

- **Rapport de la mission « Nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé »,** Janvier 2011, Présenté par Nicolas BRUN, Emmanuel HIRSCH, Joëlle KIVITS
  Avec le concours de Grégory EMERY, Audrey GARCIA-VIANA, Antonia LOPEZ

ANNEXE 2 : Tableau descriptif des actions

3.1. PROMOUVOIR LA CONNAISSANCE DES DROITS DES USAGERS

3.1.1 Dresser un état des lieux régional

Priorités	Actions	Détail de l'action	Pilotes	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
2011	1. Améliorer le recueil de l'information issue des Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge établissements de santé et l'exploitation qui est faite de ces dossiers	Création d'un outil informatique dédié au recueil des données CRUQPC	ARS : service démocratie sanitaire	Commission Spécialisée droits des usagers pour la définition des indicateurs - Groupement de Coopération sanitaire e-santé paca et Observatoire Régional des Urgences Paca pour la maitrise d'œuvre	Obtenir une analyse plus précise des niveaux et formes de representation par établissements et publics	- Pourcentage de réalisation de chacune des phases du projet - Niveau de retour des établissements de santé (utilisant le nouveau mode de recueil)
2012 - 2013	2. Organiser le retour d'information sur le respect des droits des usagers dans le secteur médico-social	Etude de faisabilité sur la réalisation d'un outil de recueil d'information régulier et pérenne sur le respect des droits des usagers dans le médico-social. Mise en place d'un outil d'évaluation informatique en ligne	ARS : service démocratie sanitaire	Commission Spécialisée droits des usagers pour la définition des indicateurs Commission Spécialisée pour les prises en charge médico-sociales Groupement de Coopération sanitaire e-santé paca et Observatoire Régional des Urgences Paca pour la maitrise d'œuvre	Obtenir une analyse plus précise des niveaux et formes de représentation par établissements et publics	Pourcentage de réalisation de chacune des phases du projet Niveau de retour des établissements de santé (utilisant le nouveau mode de recueil)
2011	3. Améliorer le recueil de l'information auprès des cabinets libéraux en ville	Mise en place d'un groupe de travail dans le champ de l'évaluation du respect des droits	ARS : service démocratie sanitaire	Unions régionales des professionnels de santé Ordres	Mise en place d'un plan d'actions arrêtant un mode opératoire	Pourcentage de réalisation du plan d'actions Nombre de réunions

3.1.2. Analyser la qualité des prises en charge à partir des données disponibles						
2013 / 2014	1. Etudier les rapports de certification (HAS et ANESM)	Intégrer un volet d'évaluation de la qualité de la prise en charge et plus particulièrement de la promotion de la bientraitance et de la gestion de la maltraitance dans les outils informatiques de remontée d'information du sanitaire et du médico-social. S'assurer que les représentants des usagers sont formés par l'établissement sur ces sujets.	ARS : service démocratie sanitaire	Commission Spécialisée droits des usagers pour la définition des indicateursCommission Spécialisée pour les prises en charge médico-sociales Groupement de Coopération sanitaire e-santé paca et Observatoire Régional des Urgences Paca pour la maitrise d'œuvre	Obtenir une analyse plus précise des niveaux et formes de représentation par établissements et publics et respect / appropriation de la démarche qualité	Pourcentage de réalisation de chacune des phases du projetNiveau de retour des établissements de santé (utilisant le nouveau mode de recueil)
2013 / 2014	2. Analyser les enquêtes de satisfaction (établissements sanitaires, établissements et services médico- sociaux)	Reprendre les différents modèles de questionnaires de satisfaction pour : - permettre la mise en place de modèles homogènes proposant des questions obligatoires et questions propres à l'établissement. - définir un mode opératoire concernant la remontée et le traitement de l'information par l'agence régionale de santé	ARS : service démocratie sanitaire	Commission Spécialisée droits des usagers pour la définition des indicateurs Commission Spécialisée pour les prises en charge médico-sociales	Homogénéiser les retours Obtenir une information plus précise sur le niveau de satisfaction et d'insatisfaction des usagers Proposer des axes d'amélioration	Niveau de retour des questionnaires

3.1.3. Evaluer la connaissance que les usagers et les associations ont de leurs droits						
Priorité	Actions	Détail de l'action	Responsable de l'action et équipe d'appui	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
2011	1. Réaliser un listing de l'ensemble des droits	Réalisation d'un état des lieux : - des différents droits et des modalités de leur application en fonction des secteurs de prise en charge - des recours possibles pour les usagers - des différents modes de connaissance de ces droits (ambulatoire, sanitaire, médico-social)	ARS : service démocratie sanitaire	Commission Spécialisée droits des usagers	Cartographie des modalités d'application des droits en fonction des secteurs Mise en place d'un document de référence	Niveau de réalisation du listing
2012 - 2013	2. Interroger les usagers sur la connaissance qu'ils ont de leurs droits	Réalisation d'une enquête auprès des usagers et des associations d'usagers en région paca et mise en place d'un plan d'actions spécifique permettant d'améliorer la connaissance des droits.	ARS : service démocratie sanitaire	Commission Spécialisée droits des usagers établissements sanitaires établissements et services médico-sociaux	Mise en place d'une enquête appropriée en vue de l'évaluation	Niveau de réponse

3.2. AMELIORER L'ACCES AUX DROITS DES USAGERS DANS TOUS LES SECTEURS DE LA SANTE

3.2.1. Mieux informer les usagers

Priorité	Actions	Détail de l'action	Pilotes	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
2012	1. Mettre en place un plan de communication	Mise en place d'un plan quinquennal de communication décrivant les objectifs, les axes de communications prioritaires, les cibles, le planning de réalisation, les outils d'évaluation. Cette stratégie quinquennale de communication doit se décliner chaque année en plan de communication annuel et son volet d'évaluation	ARS : service démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers pour la déclinaison des objectifs annuels ARS : Service Communication	Lisibilité annuelle sur les axes d'amélioration de la connaissance des droits	Indicateurs propres au plan de communication annuel Amélioration du niveau de connaissance des droits des usagers
2012 - 2013	2. Rédiger et diffuser une charte régionale des droits fondamentaux de l'usager du système de santé	Recenser sous une forme condensée l'ensemble des droits en renvoyant vers les sources légales et réglementaires	ARS : Service Démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers	Mise en place d'un document de synthèse en vue d'un rappel à l'ensemble des établissements et d'une mise en ligne sur les sites Internet appropriés	Niveau de diffusion et de mise en ligne
		Réaliser un document de synthèse accessible au grand public mais appropriable par chaque structure. Envoi et mise en ligne des documents dans les secteurs concernés Diffusion par l'ARS et ses partenaires, de la charte pour affichage dans les établissements de sanitaires ou médico-sociaux et dans le libéral	Service Démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers	Meilleure diffusion des droits auprès des usagers et des professionnels	
2013	3. Réaliser un site Internet dédié aux usagers du système de santé	Constitution d'un groupe de travail pour assurer la mise en ligne d'un site dédié aux usagers	Service Démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers Service communication de l'agence	Meilleure compréhension du système / meilleure connaissance des droits	Nombre de connexions

3.2.2 Mieux informer les acteurs de soins de leurs obligations de communication						
Priorité	Actions	Détail de l'action	Pilotes	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
2012	1. Informer les professionnels de leurs obligations	Etat des lieux des différents droits et des obligations des professionnels, notamment libéraux Formalisation d'un document de synthèse Envoi aux professionnels par le biais des ordres, unions, fédérations, syndicats Campagne d'information par le biais des médias, des ordres, sur le champ des droits.	ARS : Service Démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers pour la déclinaison des objectifs annuels Organismes professionnels : ordres, fédérations, URPS, ..	Mise en place d'un document clair à adresser aux professionnels	Evaluation du document après envoi
2012	2. Former les professionnels sur leurs obligations	Identification des différents lieux de formation, des contacts (faculté, écoles, formation continue, etc.) et des formations existantes sur les droits des usagers			Mise en place d'une base de contacts pour réalisation d'accords de partenariats	Pourcentage de personnes contactées en vue de mise en place d'un module de formation sur les droits des usagers
2013		Mise en place de partenariats en vue du développement des formations sur les droits des usagers			Formalisation de contrats de partenariat entre l'agence et les différents organismes	Pourcentage de professionnels ou futurs professionnels formés
2014	3. Aider les professionnels à communiquer sur les droits	Etat des lieux : réalisation d'une enquête auprès des professionnels sur leur connaissance des droits, les moyens à leur disposition (via les ordres / syndicats et URPS, fédérations)	ARS : Service Démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers pour la déclinaison des objectifs annuels Organismes professionnels : ordres, fédérations, URPS, ..	Identification des besoins	Pourcentage de retour
		Mise en place d'un plan de communication spécifique recensant les outils de communication nécessaires et le planning de leur mise en place			Définition des outils et la planification de leur mise en œuvre	Pourcentage de réalisation de la planification
		Mise à disposition d'outils à diffuser dans les cabinets ou les établissements par tout vecteur nécessaire			Amélioration de la communication sur les droits au moyen d'outils appropriés	Nombre d'outils créés et diffusés
		Questionnaire d'évaluation des outils			Evaluation des outils mis à disposition et réajustement si nécessaire	Nombre de retours de questionnaires Nombre d'outils créés Nombre d'outils utilisés

3.2.3 Proposer des modalités d'amélioration de l'information des usagers dans le cadre de la contractualisation ARS/ES & EMS

Priorité	Actions	Détail de l'action	Pilotes	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
2012	1. Contractualisation par le biais des CPOM (et conventions tripartites des EHPAD	Identification des axes possibles de contractualisation en matière de droits des usagers et de la qualité de la prise en charge. Mise en place d'axes de contractualisation lors des CPOM pour les établissements devant améliorer cet axe.	ARS : Service POSA	ARS : Service Démocratie sanitaire	Développer une politique "qualité" en matière d'information et de respect des droits des usagers et de qualité de la prise en charge	Suivi des CPOM

3.3. RENDRE EFFECTIF LE RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX DES USAGERS

3.3.1. Respect du droit à la dignité

Priorité	Actions	Détail de l'action	Pilotes	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
2015	1. Adopter une posture différente à l'égard des personnes vulnérables	Développer des actions de communication et de formation qui changent le regard de la société sur les plus vulnérables Intégrer cette thématique au plan de communication quinquennal et dans le plan de formation du plan d'actions	ARS : Service Démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers pour la déclinaison des objectifs annuels Organismes professionnels : ordres, fédérations, URPS, ... Partenaires institutionnels : rectorat, assurance maladie, …	Améliorer la perception que les individus ont des personnes vulnérables	En fonction des axes arrêtés dans le plan de communication Nombre de personnes formées
2013	2. Renforcer l'information concernant les droits des malades en fin de vie et les soins palliatifs	Communiquer sur les droits des malades en fin de vie Intégrer ce thème au plan de communication quinquennal et le décliné dans un plan annuel	ARS : Service Démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers pour la déclinaison des objectifs annuels Organismes professionnels : ordres, fédérations, URPS, ..	Amélioration du niveau de connaissance et la prise en charge	Indicateurs spécifiques arrêtés dans le plan de communication annuel
2013		Sensibiliser les établissements sanitaires et les établissements et services médico-sociaux à la promotion de ces droits Intégrer aux rapports d'évaluation des droits des usagers des items spécifiques à ce thème				Evolution des données intégrées dans le rapport de la CRSA
2013		Former les professionnels sur les droits des malades en fin de vie et la transmission des informations de façon adaptée à cette situation particulière Intégrer ce thème aux axes de la formation (continue et initiale)				Pourcentage de professionnels ou futurs professionnels formés

3.3.2. Droit à l'information						
Priorité	Actions	Détail de l'action	Pilotes	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
2013	1. Renforcer l'information dans la relation de soins en réduisant l'asymétrie d'information	Accompagner et former les professionnels pour que l'information soit présentée de manière adaptée aux publics et aux situations Intégrer ce thème aux axes de la formation (continue et initiale)	ARS : Service Démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers pour la déclinaison des objectifs annuels Organismes professionnels : ordres, fédérations, URPS,... Organismes ou structures de formation	Assurer la formation des professionnels	Pourcentage de professionnels ou futurs professionnels formés
2014		Améliorer la visibilité du droit à l'information notamment dans la pratique libérale Evaluer avec le concours des représentants des professionnels et les instances compétentes (assurance maladie) les modalités d'application et de vérification Diffuser largement la charte régionale des droits des usagers		CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers pour la déclinaison des objectifs annuels Organismes professionnels : ordres, fédérations, URPS,... Organismes compétentes (assurance maladie …)	Mise en place d'un mode opératoire	Réalisation de l'outil
2012	2. Respecter le droit d'accès au dossier, en ville comme en établissements	Faire respecter le droit d'accès au dossier médical dans les structures de santé en ville (centre de santé, réseaux de santé) ainsi qu'après des professionnels libéraux, isolés ou dans le cadre des maisons de santé pluridisciplinaires Intégrer l'accès au dossier médical dans les formations à destination des professionnels ou futurs professionnels Définir un plan annuel de communication sur l'accès au dossier médical	ARS : Service Démocratie sanitaire		Améliorer le niveau de connaissance des patients et des professionnels et faciliter l'accès	En fonction des mesures arrêtées dans le plan de communication
2011		Encourager les établissements sanitaires et les établissements et services médico-sociaux a désigner un représentant chargé d'instruire les plaintes, ou a créer une cellule orientée vers la communication des dossiers médicaux, au sein d'un service dédié à leur centralisation. Intégrer les éléments d'identification de l'existence d'une personne et d'un processus organisé de gestion des demandes et des plaintes qui y sont liées			Identifier les établissements ou la réponse est organisée	Proportion de l'évolution de l'organisation
2011		Préparer la nomination des personnes qualifiées dans le champ médico-social Identification des départements où les personnes qualifiées existent Définition des listes départementales en lien avec les préfectures de département et les conseils généraux Nomination conjointe Diffusion des listes au sein des établissements et services médico-sociaux ainsi qu'auprès des praticiens libéraux		Préfets de département Présidents des Conseils Généraux	Mettre en place le recours nécessaire lorsque le droit n'est pas appliqué	Proportion de personnes qualifiées désignées

3.3.3.Le droit à la non discrimination

Priorité	Actions	Détail de l'action	Pilotes	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
2014	1. Lutter contre les refus de soins discriminatoires	Objectiver les refus de soins En lien avec l'Assurance maladie et l'ordre des médecins, l'agence devra définir des indicateurs permettant de mesurer les refus de soins discriminatoires.	ARS : Service Démocratie sanitaire Assurance maladie Conseils ordinaux et URPS		Mesure des refus de soins discriminatoire	Mise en place des indicateurs
2014		Favoriser l'expression des recours, via les associations d'usagers Mettre en place un plan de communication annuel à destination, des usagers et des associations. Inciter les établissements de l'ensemble des secteurs à former les représentants d'usagers dans ces domaines. Encourager les initiatives des associations en la matière.	ARS : Service Démocratie sanitaire Assurance maladie Conseils ordinaux et URPS Associations	Associations d'usagers	Améliorer les modalités de recours	Nombre de représentants d'usagers formés
2014		Sensibiliser les professionnels de santé et les usagers au bon usage du dispositif de soins Intégrer au plan de formation à décliner en direction des professionnels (point 2.2.2)	ARS : Service Démocratie sanitaire Assurance maladie Conseils ordinaux et URPS Associations	Associations d'usagers	Améliorer le dialogue entre les professionnels et les patients. Améliorer la prise en charge et les orientations	Nombre de professionnels formés
2013	2. Renforcer l'information sur les droits des usagers en matière d'accès aux soins	Sensibiliser, informer et former les équipes soignantes et les services administratifs des établissements de santé ainsi que la médecine de ville dans son ensemble, aux droits d'accès aux soins et à la prévention des usagers (notamment le droit à l'AME, à la CMU-C et l'aide à la souscription d'une complémentaire santé) Intégrer au plan de formation des professionnels décliné au point 2.2 2. un volet sur les droits d'accès aux soins, un autre sur la prise en charge des populations précarisées	ARS : Service Démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers pour la déclinaison des objectifs annuels Organismes professionnels : ordres, fédérations, URPS,... Organismes compétentes (assurance maladie …) Organismes de formation des professionnels	Assurer la formation des professionnels	Pourcentage de professionnels ou futurs professionnels formés
2014		Intégrer au plan de communication quinquennal un volet spécifique dédié aux droits d'accès aux soins Décliner les éléments d'information utiles à la prise en charge sur la PAPS	ARS : Service Démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers Organismes professionnels : ordres, fédérations, URPS,... Organismes compétentes (assurance maladie …)	Améliorer la connaissance des dispositifs d'accès aux soins	Selon les orientations du plan de communication

3.3.3.Le droit à la non discrimination

Priorité	Actions	Détail de l'action	Pilotes	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
2015	3. Améliorer la connaissance du coût des actes	Rendre effectif l'affichage et/ou la remise systématique aux usagers du système de santé d'une information sur les droits d'accès aux soins et à la prévention, notamment sur le coût et le niveau de remboursement par l'Assurance maladie des actes médicaux avant qu'ils n'aient lieu Assurer la promotion du site Ameli.fr Encourager les établissements sanitaires et médico-sociaux à publier les éléments d'information concernant le coût des actes et consultations et évaluer le niveau de diffusion dans le cadre des rapports sur l'évaluation des droits	ARS : Service Démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers	Améliorer la transparence quant au coût du système	Evaluation du niveau d'affichage au sein des établissements
2011	4. Favoriser la désignation de « référents usagers » dans les domaines sanitaires et médico-social.	Faire en sorte que les patients et les personnes accompagnées par le dispositif médico-social disposent d'interlocuteurs à même de les renseigner et conseiller Réaliser un annuaire régional des représentants d'usagers au sein des établissements de santé Organiser la désignation des personnes qualifiées dans le médico-social	ARS : Service Démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers Préfets de département Présidents des Conseils Généraux	Amélioration de la connaissance des personnes ressources	Pourcentage de personnes identifiées
2012	5. Mettre en place dans les établissements des dispositifs permettant l'accès aux soins des populations vulnérables	Optimiser le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) Faire un focus annuel sur le fonctionnement des PASS dans le cadre de l'évaluation du respect des droits des usagers Proposer des axes d'améliorations issus de l'analyse des données des établissements	ARS : Service Démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers	Améliorer la connaissance de l'efficience du système	Indicateurs intégrés à l'évaluation du respect des droits des usagers réalisé annuellement par la CRSA

3.4 – FAIRE PROGRESSER L'EXERCICE DES DROITS COLLECTIFS DES USAGERS

3.4.1 Conforter la place des représentants d'usagers dans les établissements pour rendre effectif le respect des droits des usagers

Priorité	Actions	Détail de l'action	Pilotes	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
2012	1. Evaluer les conditions d'exercice des représentants d'usagers	Focus annuel des rapports de CRUQPC consacré aux conditions d'exercice Enquête auprès des représentants des usagers et des personnes qualifiées sur les conditions d'exercice de leur mission Réalisation d'un état des lieux	ARS : Service Démocratie sanitaire	CRSA : CSDU Etablissements de santé	Obtenir une analyse plus précise des conditions d'exercice des représentants	ratio indemnisation établissement Nombre de représentants d'usagers formés
2013	2. Réaliser un annuaire des représentants des usagers pour leur donner plus de visibilité.	Réalisation et mise en ligne d'un annuaire des représentants des usagers dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux		ARS : Service Démocratie sanitaire	Identifier l'ensemble des représentants des usagers, tous secteurs confondus et diffuser largement leur existence	Pourcentage de réalisation de l'annuaire

3.4.2 Conforter le rôle des conseils de la vie sociale dans les établissements médico-sociaux

Priorité	Actions	Détail de l'action	Pilotes	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
2012	Réalisation d'un état des lieux	Analyse de la synthèse régionale des questionnaires de la bientraitance de l'ANESM Réalisation d'une enquête spécifique concernant les Conseils de la vie sociale	ARS : Service Démocratie sanitaire	CRSA : CSDU Etablissements et services médico-sociaux	Meilleure connaissance du fonctionnement des CVS et des modalités de représentation des usagers	Nombre de CVS Pourcentage de conformité réglementaire

3.4.3 . Accompagner les associations dans leurs recherches d'agrément et développer la formation des représentants d'usagers

Actions	Priorité	Actions	Détail de l'action	Pilotes	Partenaires	Résultats attendus
2011	1. Accompagner les associations dans leurs démarches en vue d'obtenir l'agrément	Promotion auprès des associations de la procédure d'agrément et déclinaison d'outils pédagogiques à cet effet Accompagnement des associations dans leurs démarches d'agrément et rencontre avec les nouvelles associations agréées lorsque nécessaire	ARS : Service Démocratie sanitaire	Associations agréées du système de santé	Mise en place de dossiers plus complets pour favoriser l'obtention de l'agrément lorsque cela est légitime.	Nombre d'agréments donnés / nombre d'associations accompagnées
2011	2. Formation des représentants des usagers des instances du système de santé	Mise en place de formations annuelles par l'agence pour les représentants des usagers siégeant dans ses instances Inciter les établissements sanitaires et les établissements et services médico-sociaux à former annuellement leurs représentants d'usagers Evaluation du nombre de représentants formés		Associations du système de santé Etablissements et services médico-sociaux	Amélioration de la qualité de la représentation	nombre de représentants formés

3.4.4. Mise en place par l'ARS Paca d'une médiation santé, en complément et en articulation avec les circuits existants

Priorité	Actions	Détail de l'action	Pilotes	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
2012	Identifier l'ensemble des circuits de recours	Editer un document pédagogique à destination des usagers indiquant les différents niveaux de recours et le s moyens d'y faire appel	ARS : Service Démocratie sanitaire	Associations agréées du système de santé organismes professionnels	Amélioration de l'utilisation des recours	Proportion de recours «mal adressé»
2012	Mise en place d'une médiation au service des usagers du système de santé	Proposition d'un modèle de médiation destiné aux champs ambulatoire, sanitaire et médico-social organiser la réception des plaintes et réclamations : organiser la réception des plaintes et réclamations organiser l'instruction suivi des plaintes et les réponses faites aux usagers proposer une médiation lorsque cela est nécessaire réaliser un rapport annuel public	ARS : Service démocratie sanitaire et Inspection contrôle		Identification par les usagers d'un guichet unique d'adressage des plaintes et réclamations à l'agence	Organigramme de fonctionnement

PPROJET

PPROJET

Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

PROJET REGIONAL DE SANTE

Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

(PRIAC)

PROJET

SOMMAIRE

1 Le positionnement du PRIAC au sein du PRS 3

2 Le financement du PRIAC 3

3 L'élaboration du nouveau PRIAC 3

3.1 Volet Personnes âgées 4

3.1.1 Rappel du cadrage financier 2011 à 2013 4

3.1.2 Programmation PRIAC 2011 – 2012 : EHPAD – SSIAD – AJ - HT 5

3.1.3 Programmation PRIAC 2011 – 2012 : Plan Alzheimer 6

3.2 Volet Personnes en situation de handicap 8

3.2.1 Rappel du cadrage financier 2011 à 2013 8

3.2.2 Programmation PRIAC 2011 – 2012 9

PROJET

1 Le positionnement du PRIAC au sein du PRS

En référence aux articles L 1434- du code de la santé publique et L312-5-1 du code de l'action sociale et des familles, le PRIAC constitue un des programmes obligatoire du PRS. Il est établi par le DGARS après consultation de la commission de coordination des politiques publique compétente dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, du préfet de région et des collectivités territoriales.

Le PRIAC a vocation à programmer les actions et financements permettant la mise en œuvre de l'ensemble des objectifs du PRS qui sont déclinés opérationnellement dans le SROMS et qui concernent l'offre médico-sociale et les prestations délivrées auprès des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Le PRIAC ne concerne pas les prestations à destination des publics à difficultés spécifiques.

Le PRIAC constitue l'outil de programmation financière et opérationnelle dans le cycle planification – autorisation et financement. Il dresse au niveau régional les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services ; toutefois, il garde une dimension interdépartementale dans la mesure où il concerne pour partie des prestations qui relèvent du champ de compétence partagée avec les conseils généraux.

2 Le financement du PRIAC

L'article L312-5-2 du code de l'action sociale et des familles prévoit que le PRIAC comporte en annexe :

- pour l'année considérée, les dotations fixées en application de l'article L314-3 du code de l'action sociale et des familles,
- le cas échéant, au titre de l'une ou l'autre des deux années suivantes, les dotations fixées en application de l'article L314-3-4 du code de l'action sociale et des familles.

Le PRIAC est par conséquent un outil de programmation cadré par la notification annuelle des moyens financiers alloués par l'Etat et la CNSA.

Le PRIAC doit donc permettre une programmation en enveloppe fermée et contrainte dont le calendrier d'actualisation est un calendrier annuel glissant.

3 L'élaboration du nouveau PRIAC

L'élaboration du nouveau PRIAC est encadrée par la notification des enveloppes anticipées CNSA qui doivent permettre une visibilité pluriannuelle sur le champ des personnes âgées et personnes en situation de handicap.

PROJET

A ce jour, l'instruction de la CNSA en date du 5 mai 2011 fixe le cadre de mise en œuvre de la campagne PA-PH 2011, avec pour indication :

- les enveloppes anticipées 2011, 2012, 2013 notifiées à la région dans le cadre des circulaires budgétaires 2009 et 2010,

- Les volumes financiers d'autorisation d'engagement pour les mesures du plan Alzheimer (PASA, UHR et ESA) auxquels se rajoutent dans le cadre de la circulaire du 17 mars 2011 et de l'instruction CNSA du 9 septembre 2011, le dispositif MAIA, la formation des aidants et les plateforme de répit et d'accompagnement.

Aucune enveloppe anticipée définitive pour les exercices 2012 et 2013 n'a été notifiée à ce jour à l'ARS en 2011, pas plus qu'une enveloppe anticipée 2014.

En l'absence de visibilité pluriannuelle sur les moyens financiers alloués par l'Etat et la CNSA, le présent document concerne la seule programmation 2011 – 2012. Cette programmation est établie sur la base du PRIAC 2010/2013 arrêté le 27 mai 2010 et ajustée au volume des autorisations d'engagement déterminé dans le cadre des enveloppes anticipées 2011 et 2012 notifiées en 2009 et 2010. La programmation 2011-2012 présentée dans ce document concerne essentiellement les actions relevant de projets d'ores et déjà autorisées.

Compte tenu des incertitudes qui pèsent sur l'enveloppe anticipée 2013, il n'est pas proposé de répartition ciblée sur des catégories de structure pour 2013.

Au regard des enveloppes anticipées définitives 2012/2014 qui seront notifiées à l'ARS, la révision du PRIAC visant à intégrer la programmation consolidée 2012 - 2015 donnera lieu alors à une concertation avec les Conseils Généraux et à une nouvelle consultation.

3.1 Volet Personnes âgées

3.1.1 Rappel du cadrage financier 2011 à 2013

Enveloppe anticipée 2011 : 5 519 179 €

Enveloppe anticipée 2012 : 6 700 798 €

Enveloppe anticipée 2013 : 725 690 €

L'instruction de la CNSA en date du 5 mai 2011 complète les autorisations d'engagement en 2011 pour les Accueils de Jour et les Hébergements temporaires à hauteur de 651 108 euros.

PROJET

3.1.2 Programmation PRIAC 2011 – 2012 : EHPAD – SSIAD – AJ - HT

Autorisations d'engagement 2011 :

Enveloppe anticipée 2011		Alpes Hte Prov	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches Du Rhône	Var	Vaucluse	PACA
EHPAD	Places			228	187		19	434
SSIAD	Places				70	50*		120
AJ	Places		2	51	14			67
HT	Places	2	3	51	21			77

*315 000 € ont été réservés pour le financement de 30 places de SSIAD personnes âgées sur le département du Var dans le cadre de la décision POSA/DROMS/SOO n°2011-002 du 18 mars fixant le calendrier prévisionnel des appels à projet médico-sociaux de compétence exclusive du directeur général de l'Agence Régionale de Santé pour l'année 2011.

Autorisations d'engagement 2012 (en année pleine) sous réserve de confirmation des financements :

Enveloppe anticipée 2012		Alpes Hte Prov	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches Du Rhône	Var	Vaucluse	PACA
EHPAD	Places	2	64	297	379		14	756
	montants	19 200	614 400	1 488 000	3 638 400		134 400	7 257 600
SSIAD	Places				41	**43**		84
	montants				430 500	**451 500**		882 500
AJ	Places			31				31
	montants			338 086				338 086
HT	Places			6		2		8
	montants			63 600		21 200		84 800

***451 500€ sont réservés pour le lancement d'un appel à projet de 43 places de SSIAD personnes âgées* sur le département du VAR dans le cadre du calendrier prévisionnel des appels à projets à définir pour 2012.**

PROJET

3.1.3 Programmation PRIAC 2011 – 2012 : Plan Alzheimer

Les axes prioritaires retenus dans la programmation 2011-2013 concerne le développement des plateformes de répit et d'accompagnement, des équipes spécialisées Alzheimer (ESA), des Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA), des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) en EHPAD, des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) ainsi que la formation des aidants.

Plateformes d'accompagnement et de répit

CIRCULAIRE N°DGCS/SD3A/2011/261 du 30 juin 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer 2008-2012

Le plan Alzheimer a fixé comme objectif régional 16 plateformes, dont 8 en 2011 et 8 en 2012. La plateforme expérimentale fait partie des 8 dispositifs financés en 2011.
Le budget annuel alloué par plateforme est de 100 000€.
Au 2 novembre 2011, 12 plateformes de répit ont été notifiées. Un appel à candidature pour 4 nouvelles plateformes de répit sera lancé pour 2012 qui seront réparties de la façon suivante :

M1 : Plateforme de répit	Alpes Hte Prov	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches Du Rhône	Var	Vaucluse	**PACA**
Notifiée en 2011	1	1	3	4	1	2	**12**
Programmation 2012	Objectif d'une couverture territoriale optimale						**4**

Formation des aidants

CIRCULAIRE N°DGCSDGCS/SD3A/2011/111 du 23 mars 201 1 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du Plan Alzheimer

L'objectif fixé pour la région correspond à l'organisation de 266 actions de formation.
Le budget alloué est de 1200€ par action de formation.
Au 2 novembre 2011, 95 actions de formation ont été notifiées. Un appel à candidature sera relancé prioritairement sur les territoires non ou peu couverts.

M2 : Formation des aidants	Alpes Hte Prov	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches Du Rhône	Var	Vaucluse	**PACA**
Notifiée en 2011	0	0	0	78	2	15	**95**
Programmation 2012	Objectif d'une couverture territoriale optimale						**171**

Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGCS/SD3A/DGOS/201 1/12 du 13 janvier 2011 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan Alzheimer

PROJET

En 2011, trois dispositifs MAIA ont été financés, conformément aux objectifs fixés. Deux au titre des crédits CNSA et un, au titre des crédits FIQCS. Il existe d'autre part, la MAIA 13 expérimentale, qui rentre dans le dispositif de droit commun dès 2012.

Le budget alloué correspond à un financement de 100 000€ pour le poste de pilote/ frais généraux et de 60 000€ par gestionnaire de cas (3 maximum).

Les 4 MAIA existantes sont localisées dans les départements :

- des Bouches-du-Rhône : une à Salon ; une sur 2 arrondissements de Marseille,
- des Alpes Maritimes : une sur Antibes, une sur Nice-Grasse.

Les perspectives de programmation 2012 du dispositif MAIA ne peuvent être formulées à ce jour en l'absence de notification CNSA des nouvelles mesures MAIA 2012.

Equipes spécialisées Alzheimer

CIRCULAIRE N°°DGCS/SD3A/2011/110 du 23 mars 2011 relative à l a mise en œuvre des mesures médico-sociales du Plan Alzheimer

Le plan Alzheimer prévoit la mise en place de 53 équipes spécialisées en région :18 en 2010, 18 en 2011 et 17 en 2012.
Le fonctionnement de l'équipe spécialisée Alzheimer et les prestations réalisées sont financées sur la base d'un forfait de 150 000 euros par an.
Au 2 novembre 2011, 13 équipes ont été autorisées et 18 dossiers sont en cours d'instruction. Un appel à candidature ou appel à projet devrait être à nouveau organisé pour couvrir le solde restant pour atteindre l'objectif des 53 équipes d'ici fin 2012.

M6 : Equipes spécialisées Alzheimer	Alpes Hte Prov	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches Du Rhône	Var	Vaucluse	**PACA**
Programmation PRIAC 2010/2011/2012	2	2	13	17	11	8	**53**
Notifiés			1	7	3	2	**13**
En cours d'instruction	1	1	3	8	2	3	**18**
Appel à candidature 2012 (fonction des résultats de l'instruction)	Objectif d'une couverture territoriale optimale						**22**

Pôles d'Activités et de Soins Adaptés

CIRCULAIRE N°DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 06 juillet 2 009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan "Alzheimer

PROJET

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan Alzheimer, il est prévu la mise en place de 190 PASA (soit 63 unités de 14 places en 2010/2011/2012).

Sur ces 2 658 places de PASA, 572 sont labellisées au 2 novembre 2011 et 884 sont en cours d'instruction. Il n'existe pas de fenêtre spécifique de dépôt pour les PASA ; les demandes de labellisation sont étudiées au fur et à mesure.

M16 : PASA (places)	Alpes Hte Prov	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches Du Rhône	Var	Vaucluse	**PACA**
Programmation PRIAC 2010/2011/2012	132	104	605	993	572	252	**2658**
Labellisés	132	102	42	122	136	38	**572**
En cours d'instruction	0	0	210	384	264	26	**884**
Appel à candidature 2012	Objectif d'une couverture territoriale optimale						**1202**

Unités d'Hébergement renforcées en EHPAD

CIRCULAIRE N°DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 06 juillet 2 009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan "Alzheimer

L'objectif fixé pour la région est de 13 UHR en EHPAD.

Au 2 novembre 2011, 7 UHR ont été labellisées. Les 6 UHR restantes sont d'ores et déjà identifiées et sont en cours d'instructions.

Il n'y a pas de nouvelle programmation prévue en 2011-2012, les objectifs quantitatifs du plan étant atteints.

M16 : UHR (places)	Alpes Hte Prov	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches Du Rhône	Var	Vaucluse	**PACA**
Programmation PRIAC 2010/2011/2012	1	1	3	5	2	1	13
Labellisés	1	1	1	1	2	1	7
En cours de notification			2	4			6

3.2 Volet Personnes en situation de handicap

3.2.1 Rappel du cadrage financier 2011 à 2013

Enveloppe anticipée 2011 : 6 891 981€

PROJET

Enveloppe anticipée 2012 : 7 066 394€

Enveloppe anticipée 2013 : 6 107 130€

3.2.2 Programmation PRIAC 2011 – 2012

Autorisations d'engagements 2011 :

Secteur enfants	Alpes Hte Prov	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches Du Rhône	Var	Vaucluse	**PACA**
EEAP			3				**3**
IME				1			**1**
IEM		4					**4**
ITEP				9			**9**
SESSAD			15		47*		**32**
CAMSP	94 888€						

* 529 860€ sont réservés pour le financement de 30 places de SESSAD sur le département du Var dans le cadre de la décision POSA/DROMS/SOO n°2011-002 du 18 mars fixant le calendrier prévisionnel des appels à projet médico-sociaux de compétence exclusive du directeur général de l'Agence Régionale de Santé pour l'année 2011.

Secteur adultes	Alpes Hte Prov	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches Du Rhône	Var	Vaucluse	**PACA**
MAS		11		10	18		**39**
FAM			9	24			**33**
SAMSAH			15				**15**
Accueil temporaire			8				**8**
Médicalisation FV					8	17	**25**

Autorisations d'engagement 2012 (en année pleine) sous réserve de confirmation des financements :

Secteur enfants		Alpes Hte Prov	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches Du Rhône	Var	Vaucluse	PACA
IME Autisme	Places				11	10		21
	montants				563 772	513 319		1 077 091
ITEP	Places				9			9
	montants				442 224			442 224

PROJET

SESSAD	Places	**10**				**25**		35
	montants	**176 620**				**441 550**		618 170

618 170 € sont réservés pour le lancement de deux appels à projet de SESSAD sur les départements des Alpes de Haute Provence et du Var dans le cadre du calendrier prévisionnel des appels à projets à définir pour 2012.

Secteur adultes		Alpes Hte Prov	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches Du Rhône	Var	Vaucluse	**PACA**
MAS	Places		14			20		**34**
	montants		968 478			1 881 767		**2 850 245**
FAM	Places	4		11	12	35		**62**
	montants	106 876		300 911	311 292	891 705		**1 610 784**
SSIAD	Places				17*		20*	**37**
	montants				236 062		208 290	**444 352**

*Les 20 places de SSIAD sur le département du Vaucluse et les 17 places de SSIAD sur le département des Bouches-du-Rhône relèvent d'un appel à projet lancé dans le cadre de la décision POSA/DROMS/SOO n°2011-002 du 18 mars fixant le calendrier prévisionnel des appels à projet médico-sociaux de compétence exclusive du directeur général de l'Agence Régionale de Santé pour l'année 2011.

PROJET

Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

PROJET REGIONAL DE SANTE

Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

PRAPS 2012 - 2016

Préambule

L'état de santé de la population dans notre région est globalement plutôt satisfaisant ; cependant, il existe de forts contrastes d'état de santé entre populations (selon leur statut social) et entre territoires.

La réduction des inégalités de santé est un enjeu majeur et un objectif essentiel du Plan Stratégique Régional de Santé et de ces trois schémas.

C'est aux populations les plus démunies que s'adresse le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, il a pour objectif de favoriser une approche globale et coordonnée des problèmes de santé pour lutter contre ces inégalités de santé. Il vise à favoriser pour ces populations, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins. Comme pour tout citoyen, le respect des droits et des devoirs sera recherché.

L'enjeu du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, a nécessité, pour son élaboration, une large concertation régionale des intervenants auprès de ces publics (institutions, organismes, associations, professionnels de santé, usagers…). Les groupes de travail se sont réunis pour établir ensemble un état des lieux et, du fait des compétences, des expériences, et des engagements de ses membres, proposer des plans d'action. Je remercie l'ensemble de ces participants pour leurs contributions essentielles.

Le PRAPS apporte des réponses concrètes en allant au plus près de la personne, et de son parcours de vie, en prenant en compte une approche territoriale et de proximité.

La réussite du PRAPS relève pour l'ensemble des intervenants d'une volonté commune d'agir et de se coordonner.

SOMMAIRE

1. Le programme régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) 5

1.1 Cadre législatif et règlementaire 5

1.2 Antériorité du PRAPS en région PACA 6
1.2.1 Mise en œuvre du PRAPS troisième génération 6
1.2.2 Actions financées dans le cadre du Programme 19 «PRAPS» du GRSP PACA et de l'ARS : 7
1.2.3 L'enquête régionale sur l'organisation des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) 7
1.2.4 Évaluation des structures proposant un premier accueil médicalisé aux personnes en grande exclusion 8
1.2.4.1 Points positifs et opportunités 8
1.2.4.2 Difficultés, barrières rencontrés et marges de progrès 8

2. Quel Positionnement pour le PRAPS 2012-2016 ? 9

3. Contexte socio économique 10

3.1 Démographie : une croissance deux fois plus rapide qu'en moyenne nationale 10

3.2 Tissu économique : hausse du chômage 11

3.3 Minima sociaux : un nombre d'allocataires reparti à la hausse 11
3.3.1 Le Revenu de Solidarité Active (RSA) : comparable à l'évolution nationale mais avec des disparités départementales 12
3.3.2 Bénéficiaires de l'ASS 12
3.3.3 Les allocataires du minimum vieillesse en hausse 13

3.4 Les dispositifs d'hébergements et de réinsertion sociale 13

3.5 Regard sur la pauvreté 14
3.5.1 Des territoires socialement très vulnérables 14
3.5.2 Des populations particulièrement vulnérables 15
3.5.2.1 Les personnes sous main de justice 16
3.5.2.2 Les populations immigrées 17
3.5.2.3 Les familles monoparentales 18
3.5.2.4 Les saisonniers 19
3.5.2.5 Les sans domicile fixe 19
3.5.2.6 Les personnes en situation de prostitution 21
3.5.2.7 Les personnes en situation irrégulière 21

4. Inégalités sociales de santé 22

4.1. Les déterminants extrinsèques 22
4.1.1 Habitat et santé 22
4.1.2 Qualité de l'air et santé 22
4.1.2.1 Effets des principaux polluants sur la santé 23
4.1.2.2 Coût sociétal 23

4.2 La mortalité prématurée 23
4.2.1 Des territoires majoritairement très ruraux et situés en montagne 24
4.2.2 Des territoires qui cumulent vulnérabilité sociale et mortalité prématurée supérieures au taux régional. .. 25

4.3 La surmorbidité 27

5. Éléments relatifs au droit et à l'accès à la santé 29

5.1. Principales données en région PACA 29
5.1.1 La CMU / CMU-C 29

5.1.2 L'AME 30

5.2 Les obstacles au droit et à l'accès à la santé 31
5.2.1 Accessibilité financière (accès théorique) 31
5.2.2 Les difficultés d'ordre administratif 32
5.2.3 Les difficultés tenant au système de soins 34
5.2.3.1. Problèmes d'accès géographique 34
5.2.3.2 Difficultés liées aux attitudes et comportements de certains professionnels 34
5.2.4 Les difficultés tenant aux facteurs intrinsèques des publics 37

5.3 Les dispositifs favorisant l'accès à la santé 37
5.3.1 Une innovation majeure : le SROS ambulatoire 37
5.3.2 Les dispositifs d'accès aux soins 37
5.3.2.1. Les PASS 37
5.3.2.2. Les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) 38
5.3.3 Les dispositifs d'accompagnement médico-social des personnes en situation de précarité 39
5.3.3.1. Les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) 39
5.3.3.2. Les lits halte soins santé (LHSS) 39

6. Objectifs du PRAPS 2011-2016 40

« Améliorer la connaissance » 41
Plan d'action 1 41

« Mettre en place un travail intersectoriel et partenarial » 43
Plan d'action 2 43

« Former et sensibiliser les professionnels » 45
Plan d'action 3 45

« Favoriser l'accessibilité » 47
Plan d'action 4 -1 « Favoriser l'accessibilité à l'information » 47
Plan d'action 4 - 2 « Favoriser l'accessibilité à l'effectivité des droits et à l'offre de soins » 49

« Agir avec et pour les populations démunies » 53
Plan d'action 5 53

7. Pilotage, suivi et évaluation du PRAPS 56

7.1 Pilotage du PRAPS 56

7.2 Suivi du programme 56

7.3 L'évaluation du programme 57

..... 58

1. Le programme régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)

Avec une espérance de vie parmi les plus élevées d'Europe, la France est un des pays du monde dont la population connaît la meilleure santé qui soit. Toutefois, elle demeure un pays où les inégalités de santé sont fortes : de nombreux travaux constatent la persistance de disparités sociales significatives en matière de santé dans notre pays, à un niveau plus important que dans la plupart des autres pays européens. Elles peuvent être analysées à travers des données de mortalité, morbidité et de santé perçue.

Le rapport 2009-2010 de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale indique que si les statistiques publiques appréhendent difficilement la grande exclusion (les « publics invisibles »), « les associations perçoivent une tendance à l'aggravation des situations de grande exclusion qui pourrait être accentuée par la crise économique. 1» Le premier baromètre de la cohésion sociale réalisé en septembre dernier à l'initiative de la direction générale de la cohésion sociale met en évidence la perception par nos concitoyens d'une société de plus en plus inégalitaire « les plus favorisés sont de plus en plus favorisés et les défavorisés sont de plus en plus défavorisés » pour 88% des personnes interrogées.

1.1 Cadre législatif et règlementaire

Les Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) ont été rendus obligatoires par l'Article 71 de la Loi d'orientation de lutte contre les exclusions du 28 juillet 1998 qui précise notamment que chaque PRAPS 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'État, 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."

Cette fonction a été rappelée par le Plan national de lutte contre la précarité et l'exclusion adopté le 19 mars 2003 qui prévoyait en particulier cinq mesures visant à améliorer l'accès aux soins des personnes en difficulté sociale. Deux de ces mesures visaient le PRAPS, en confirmant la mise en œuvre d'une nouvelle programmation régionale et en l'orientant par ailleurs vers le développement d'une démarche territorialisée plus marquée en s'appuyant sur les ateliers Santé Ville.

Un principe de réduction des inégalités figure dans la Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui a fait des PRAPS un des programmes des PRSP.

Les PRAPS ont été confirmés par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. La loi HPST instaure une nouvelle architecture de l'organisation régionale du système de santé, elle introduit le projet régional de santé (PRS), dont les différentes composantes définissent les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Le PRAPS est un des programmes obligatoires qui constituent la troisième composante du projet régional de santé ; ce programme vise, aux termes de la loi, les personnes « les plus démunies ».

[1] *Bilan de dix ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise, p. 94*

Le décret du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé (PRS), précise que compte tenu de la thématique propre au PRAPS, ce programme doit être conçu en application du PSRS et des trois schémas (prévention, du soin, de l'accompagnement médico-social). Il ne doit pas être compris comme la déclinaison du seul schéma régional de prévention, puisqu'il s'attache notamment au parcours de soins des personnes démunies.

Un des objectifs de la COG État — CNAMTS signée pour la période 2010-2013, est de garantir l'accès aux droits des assurés et de réduire les inégalités de santé.

Quelques définitions relatives à la pauvreté, à la précarité et à l'exclusion sont rappelées en annexe 1.

1.2 Antériorité du PRAPS en région PACA

Trois générations de PRAPS ont été mises en œuvre en région PACA depuis 2001. Le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des personnes les plus démunies 2008-2010 constituait la troisième génération du PRAPS en PACA. Il avait été développé dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique dont il constituait, aux termes de l'Art. L. 1411-11 du Code de Santé Publique, un des programmes.

1.2.1 Mise en œuvre du PRAPS troisième génération

L'année 2008 a vu la mise en œuvre du PRAPS III, en réponse à la circulaire du 07 décembre 2007 visant à poursuivre les PRAPS dans le cadre des PRSP.

Le PRAPS III a été élaboré en s'appuyant très largement sur l'évaluation externe conduite préalablement de fin 2006 à mai 2007. Les acteurs régionaux et départementaux, consultés dans le cadre de cette évaluation, soulignaient la pertinence des objectifs du PRAPS précédent, mais souhaitaient une formulation plus précise et une déclinaison plus locale sur les territoires de proximité à partir des besoins locaux, seule façon selon eux d'associer tous les acteurs concernés et d'évaluer les effets des actions menées. Les Ateliers Santé Ville (ASV) ainsi que les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) constituaient à cet égard un point d'appui essentiel à la déclinaison du programme.

Le PRAPS III mettait en relief la problématique des refus de soins, une concentration marquée des publics les plus précaires dans certains territoires de santé. De même, les acquis des programmes précédents rendaient plus impérative la formalisation de réseaux de santé-précarité visant à assurer en particulier la continuité des soins. Les publics les plus démunis étaient très concentrés dans certains territoires de santé.

Un travail d'analyse des inégalités sociales de santé avait été effectué pour préciser les objectifs du PRAPS III, inégalités sociales de santé définies comme un continuum allant des catégories les plus modestes aux plus favorisées sans véritable seuil. Ceci posait la question du rôle que devait jouer le PRAPS dans le cadre du PRSP. En effet, le cadre offert par le PRSP donnait la possibilité, en finançant des actions à même d'agir sur plusieurs déterminants de santé, de coordonner et de mettre en œuvre, au moins pour certains publics, une politique de réduction des inégalités de santé qui n'était pas accessible aux PRAPS précédents

Les trois objectifs du PRAPS III :

Objectif I : Favoriser l'accès aux droits et aux soins des publics en situation de précarité

Objectif II : Améliorer l'accès à la prise en charge de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques pour les publics en errance ou pris en charge dans les structures d'hébergement et d'accueil d'urgence

Objectif III : Contribuer à la réduction des inégalités de santé :

- en renforçant l'autonomie des familles démunies et en les rendant actrices de leur santé ;
- en développant des programmes de promotion de la santé et des actions d'éducation pour la santé en direction des enfants, des jeunes et des familles dans les quartiers et territoires.

1.2.2 Actions financées dans le cadre du Programme 19 «PRAPS» du GRSP PACA et de l'ARS :

	Années			
Départements	2007	2008	2009	2010
04	80 176 €	64 915 €	69 430 €	100 768 €
05	36 000 €	38 785 €	32 800 €	91 168 €
06	239 250 €	274 184 €	271 701 €	297 965 €
13	439 393 €	534 806 €	516 174 €	411 334 €
83	284 333 €	290 350 €	296 597 €	402 250 €
84	131 768 €	144 200 €	125 940 €	116 300 €
TOTAL	1 210 920 €	1 347 240 €	1 312 642 €	1 419 785 €

C'est l'objectif 6-1 du programme « Assurer une réelle continuité des soins et favoriser l'accès aux droits et aux soins des publics en situation de précarité » qui a fait l'objet du plus grand nombre d'actions, il correspond à l'essence même du PRAPS avec notamment un objectif opérationnel qui concerne spécifiquement l'accompagnement des personnes dans leurs démarches d'accès aux droits et aux soins (visite médicale, prise de rendez-vous ..). Il représente à lui seul 50% des financements en 2009.

1.2.3 L'enquête régionale sur l'organisation des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Cette enquête avait été définie dans le cadre des objectifs du PRAPS 2008/2010, elle correspondait à une des recommandations de l'évaluation du PRAPS II. Une enquête auprès des 34 PASS de la région, a été réalisée avec un taux de réponses de 94 %. Cette enquête s'inscrivait également dans les recommandations éditées par la DHOS en mai 2008 : « Organiser une PASS », avec l'objectif réalisé d'organiser une journée régionale des PASS permettant une restitution des résultats/ préconisations, ainsi que la validation d'outils régionaux de recueil annuel de données d'activité.

1.2.4 Évaluation des structures proposant un premier accueil médicalisé aux personnes en grande exclusion

Dix structures ont fait l'objet d'une évaluation sur place (les deux Centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du monde de Nice et de Marseille, les trois antennes de soins médicalisées de la Croix Rouge de Nice, Antibes, Cannes, les trois Promos soins de Draguignan, Toulon, Fréjus-St Raphaël, l'Antenne de premier accueil médicalisée du CCAS de Nice et l'Accueil santé de Manosque..
Les structures ont été choisies pour le rôle essentiel et central qu'elles jouent dans la mise en œuvre de la politique d'accès aux soins et aux droits des personnes démunies sur la région PACA.

Cette évaluation avait notamment pour objectif de mener une analyse comparée du fonctionnement, de l'activité, du coût des différentes structures ainsi que de leur rôle en matière d'intégration dans le droit commun des populations accueillies.

1.2.4.1 Points positifs et opportunités

- Le caractère inconditionnel de l'accueil et la forte réactivité des structures accueillantes ;
- L'éthique et respect de la personne au centre des pratiques de ces structures ;
- La qualification des personnels chargés de l'accueil des usagers ;
- La qualité des informations délivrées, de l'accompagnement aux usagers et de leur suivi ;
- La prise en compte prioritaire de l'objectif d'autonomie du public en matière d'accès aux droits ;
- L'inscription très opérationnelle des structures dans leur environnement local ;
- L'existence de nombreux partenariats impliquant divers acteurs (institutions, associations, réseaux, etc.) ;
- L'acquisition progressive par les partenaires des actions d'une meilleure connaissance des publics les plus marginalisés et des problèmes qu'ils rencontrent, ce qui permet un accueil plus favorable, voire adapté, dans certaines structures peu adaptées au départ, et ce grâce à la capitalisation des bonnes pratiques entre certaines structures ;
- La qualité et l'accessibilité des espaces d'accueil et des moyens matériels dédiés.

1.2.4.2 Difficultés, barrières rencontrés et marges de progrès

- Le manque d'offre d'activité dans le champ de la souffrance psychique et des troubles mentaux ;
- La faible pérennité des équipes dans certains cas (bénévolat notamment) ;
- L'évaluation des activités à développer et à généraliser ;
- Le manque de formalisation des règles de fonctionnement, de l'information apportée aux usagers, des procédures de suivi, etc ;
- L'existence de contraintes et barrières spécifiques (langue, volatilité de la fréquentation des publics, etc.) ;
- Les difficultés voire l'impossibilité de générer des actions collectives ou communautaires ;
- L'absence de projet de service formalisé dans la moitié des structures évaluées ;
- La prévention des risques professionnels à développer et à mieux prendre en compte l'ensemble de ces observations ont permis de formuler un certain nombre de préconisations quant à l'évolution du programme dans son ensemble ainsi que des actions prises une à une ;
- L'intérêt d'une formalisation des procédures ;
- La mutualisation des méthodes et outils ainsi que le partage des bonnes pratiques ;
- L'opportunité d'une campagne régionale de mobilisation ;
- La meilleure exploitation des ressources disponibles (notamment du bénévolat) ;
- Une meilleure évaluation et prévention des risques professionnels ;
- L'amélioration et la normalisation des outils informatisés de recueil et de traitement des données ;
- La nécessité de se doter d'outils d'évaluation appropriés.

2. Quel Positionnement pour le PRAPS 2012-2016 ?

Dans la nouvelle architecture organisée par la loi HPST, le projet régional de santé comprend le plan stratégique régional de santé, les trois schémas sectoriels de prévention, soins, médico-social et quatre programmes obligatoires, dont le PRAPS.

Chaque programme a pour objectif de décliner de manière décloisonnée les modalités d'application des schémas.

Le thème de la réduction des inégalités de santé est en PACA l'objectif premier assigné dans le PSRS et dans sa déclinaison opérationnelle propre à chaque schéma.

Cette préoccupation traverse bien l'ensemble des schémas.

La question des ISS est un enjeu central de santé publique ; alors que notre pays connaît une situation sanitaire globalement favorable, elles renvoient aux différences d'état de santé observées entre les différents groupes sociaux et qui suivent la hiérarchie sociale. Les ISS concernent tout l'ensemble de la population, selon un gradient social et pas seulement les populations démunies.

L'état de santé d'une personne se caractérise par une interaction complexe entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques qui agissent tout au long de l'existence : revenu, éducation, conditions de travail, cadre de vie environnement, accès au système de soins…

Ces ISS interfèrent également avec de fortes disparités territoriales.

Ces déterminants sociaux et économiques relèvent d'autres politiques que la seule politique de santé et appellent une mobilisation de tous les acteurs et décideurs publics.

Il est donc nécessaire :

- de mener des politiques de prévention, de promotion de la santé et d'accès aux soins qui bénéficient à l'ensemble de la population et des territoires et dont font partie les populations en difficultés afin de réduire les gradients d'inégalités ;

- de travailler plus spécifiquement pour les populations les plus vulnérables avec un double objectif :

  - leur permettre d'accéder aux dispositifs de droit commun, en articulant l'intervention de l'ARS, des organismes d'Assurance Maladie, de la DRJSCS, des collectivités territoriales et locales, des associations, des établissements publics, des professionnels de santé…

  - mettre en place des actions spécifiques parce que ces populations sont confrontées à des difficultés spécifiques (difficultés financières, isolement social voire désocialisation, renoncement aux soins, manque d'information …) avec la mise en place d'actions particulières et ciblées, sur des populations, et des territoires.

Dans le cadre global d'une action menée par l'ensemble des schémas visant à réduire les inégalités sociales de santé, l'action du PRAPS se concentrera sur les publics situés au plus bas de l'échelle sociale « les plus démunis ». Ce sont les personnes sans chez soi, les jeunes en errance, les résidants âgés en foyer de travailleurs migrants ou résidences sociales, les migrants, les étrangers en situation irrégulière, les travailleurs pauvres, les saisonniers, les gens du voyage, les personnes en situation de prostitution, les femmes isolées et les familles monoparentales à faible revenu avec un reste à charge élevé pour les soins, les personnes placées sous main de justice, ainsi que les anciens détenus en démarche de réinsertion,… qui accumulent des difficultés financières, des difficultés de repérage des parcours de santé, d'accès aux droits et aux soins .

Les personnes «fragiles » du fait de leur handicap ou de leur âge (mais qui n'ont pas de difficultés financières ou de difficultés d'accès aux parcours de santé) ne constituent pas a priori un public « démuni » au sens du PRAPS.

3. Contexte socio économique

3.1 Démographie : une croissance deux fois plus rapide qu'en moyenne nationale

Données INSEE 2008 [2.]

Au 1er janvier 2008, la population de la région PACA était de 4 882 900 habitants. La région PACA est la 3e région la plus peuplée de France, avec une évolution de 0,9 % par an entre 1999 et 2008.

Dans tous les départements de la région, la croissance annuelle est supérieure à celle de France métropolitaine (+ 0,7 % par an entre 1999 et 2008). C'est dans les Alpes-de-Haute-Provence qu'elle est la plus forte (+ 1,4 %) Les Bouches-du-Rhône, le Vaucluse et les Alpes-Maritimes affichent les taux d'évolution les moins élevés de la région (+ 0,8 % par an). Compte tenu de son poids démographique, les Bouches-du-Rhône accueillent néanmoins un nouvel habitant de Paca sur trois.

C'est une région géographiquement contrastée : elle juxtapose des reliefs alpins à des plaines et des littoraux urbains. Douze villes de plus de 50 000 habitants forment un continuum urbain dense, du littoral méditerranéen à la vallée du Rhône. Ce littoral rassemble 70 % de la population régionale sur une frange côtière de 25 km de large. Plus de 80 % des habitants vivent dans des pôles urbains (60 % au niveau national).

Les villes de Marseille, Toulon et Nice ont joué un rôle de catalyseur et sont devenues au fil des années de véritables métropoles. La population occupe désormais de plus en plus le territoire régional autour de ses métropoles mettant en évidence une périurbanisation de plus en plus marquée.

Parmi les dix unités urbaines les plus importantes en France, trois se situent dans la région : Marseille - Aix-en-Provence (1 430 000 habitants), Nice (950 000 habitants) et Toulon (550 000 habitants).
Alors qu'au niveau national, les populations de l'espace rural et de l'espace urbain progressent parallèlement (+ 0,7 % par an entre 1999 et 2008), Paca se distingue par une croissance record de son espace rural (+ 1,5 % par an). C'est dans le Var que cette évolution est la plus importante, l'espace rural de ce département étant le plus dynamique de France avec une progression de 2,4 % par an.

[2] Données de l'INSEE site internet : www.insee.fr/fr/regions

3.2 Tissu économique : hausse du chômage

Données INSEE 2008.

La région compte un peu plus de 2 millions d'actifs, dont près de 1,9 en emploi. Le taux d'activité des 15-64 ans est faible (- 68,8 %, contre 71,6 % au niveau national), en raison principalement du plus faible taux d'activité féminine. Au cours des prochaines années, la région sera particulièrement touchée par les cessations d'activité liées au vieillissement des générations du baby-boom. D'ici 2020, les départs de fin d'activité concerneront environ 600 000 personnes, soit le tiers des actifs d'aujourd'hui.

Le tissu économique régional est très majoritairement composé d'établissements de moins de 10 salariés (94 % contre 92,6 % au niveau national). Les activités tertiaires, créatrices d'emploi, y sont surreprésentées (plus de 83 % de l'emploi salarié en 2008). L'industrie est bien positionnée : Le taux de création d'entreprises est supérieur à la moyenne nationale, mais cet écart tend à se réduire. Entre janvier 1999 et janvier 2008, l'emploi a augmenté de 19,4 % dans la région, contre seulement 10,9 % en France, mais le taux de chômage reste cependant durablement plus élevé dans la région. En 2008, la crise économique a cependant fortement impacté l'économie régionale comme l'économie nationale : les créations d'emploi salarié se sont interrompues dès le 2e trimestre et le chômage a brutalement augmenté en fin d'année. La dégradation a été forte dans l'industrie mais aussi dans la construction où l'emploi salarié a reculé après cinq années de hausse.

A fin décembre 2009, le taux de chômage régional s'établit à 11,2% de la population active (9,6 pour la France), contre 9,3% un an plus tôt (7,8 en France), avec une hausse de + 1,8 point en 2009, légèrement inférieure à celle de la France métropolitaine (+1,9).La région Paca demeure l'une des régions les plus touchées par le chômage, même si elle recule au quatrième rang, derrière les régions Nord-Pas-de-Calais, Languedoc Roussillon et Picardie.

Le travail ne protège pas toujours de la pauvreté. En effet, les travailleurs pauvres et leur famille représentent près de la moitié des personnes pauvres de la région. Par ailleurs, un quart des salariés de Provence-Alpes-Côte d'Azur touche un salaire inférieur à 830 euros par mois (seuil de bas salaire) contre un salarié sur cinq en France métropolitaine. Généralement associé à une activité à temps partiel ou à une durée d'emploi réduite sur l'année, le risque d'être à bas salaire s'avère très élevé chez les jeunes et les salariés en contrat à durée déterminée.

3.3 Minima sociaux : un nombre d'allocataires reparti à la hausse

La pauvreté est une caractéristique prégnante de la région PACA, qui partage avec l'Ile de France le fait de concentrer la plus forte proportion de ménages pauvres (ORS PACA), mais au sein d'une région qui reste très inégalitaire.

En Provence-Alpes-Côte d'azur, le taux de personnes vivant dans un foyer à bas revenu atteint 19,1% de la population âgée de moins de 65 ans .En effet, au 31 décembre 2009, 753000 personnes vivaient dans un foyer ayant un revenu disponible par unité de consommation inférieur à 942 euros par mois. (Source DROS)
Dans le même temps, avec un PIB d'un peu moins de 29000 euros par habitant, Paca se retrouve en troisième position des régions les plus riches de France.

La région figure également parmi les régions les plus touchées par la pauvreté des enfants et des jeunes. En décembre 2009, 290 000 enfants de moins de 18 ans sont concernés sur le million d'enfants que compte la région. Le taux de pauvreté infantile[3] en PACA (28,5%) est supérieur au taux

[3] Le taux de pauvreté infantile ou taux d'enfants vivant dans des familles à bas revenus rapporte l'ensemble des enfants de 0 à 17 ans (à charge au sens de la législation familiale) connus des CAF, vivant dans un foyer allocataire à bas revenus à l'ensemble des enfants (du même âge) au dernier recensement de la population (Source DROS PACA).

métropolitain (22%) (DROS PACA).Les départements des Bouches-du-Rhône et de Vaucluse restent les plus touchés par la pauvreté infantile.

En 2010, la région PACA compte 745 426 allocataires ce qui représente 1 846 781 personnes couvertes. Pour 190 627 allocataires, le revenu est constitué à plus de 50% de prestations sociales et 119 066 ont un revenu constitué à 100 % de prestations sociales.

294 889 sont des allocataires isolés, et 142 111 sont des familles monoparentales.

60 838 allocataires perçoivent l'allocation d'adulte handicapé.

3.3.1 Le Revenu de Solidarité Active (RSA) : comparable à l'évolution nationale mais avec des disparités départementales

Source : DROS – CAF PACA

En région PACA, au 31 décembre 2010, 172 600 allocataires perçoivent le Revenu de Solidarité Active versé par les Caisses d'Allocations Familiales (CAF), 21 948 personnes bénéficient d'un RSA majoré[4] . Avec les ayants droit (conjoints et enfants), ce sont près de 360 000 personnes qui bénéficient de cette prestation, soit 9 % de la population régionale.

L'évolution régionale 6,4% est comparable à l'évolution nationale, (+ 6 %) entre décembre 2009 et décembre 2010. Les bénéficiaires du RSA activité seul affichent une progression de 11 %, tendance légèrement supérieure à celle observée au niveau national (10 %). On observe des disparités départementales, ainsi dans les Bouches-du-Rhône, l'évolution du nombre de bénéficiaires du RSA comprise entre 1 % et 1,9 % selon les trimestres depuis décembre 2009 est relativement constante. Dans les autres départements, on observe de fortes fluctuations saisonnières notamment dans le Vaucluse (4,7 %) et dans les Alpes-Maritimes (1,6 %).

Les allocataires du RSA socle constituent une majorité de personnes seules.

3.3.2 Bénéficiaires de l'ASS

Au 31.12.10, en région PACA, le nombre de personnes bénéficiaires de l'Allocation de Solidarité Spécifique (ASS) est de 27 267. La répartition départementale est la suivante :

Allocation de Solidarité Spécifique (ASS)	Nombre de bénéficiaires au 31.12.2009	Part des allocataires pour la population des 15-64 ans en 2009	Nombre de bénéficiaires au 31.12.2010
04 ALPES DE HAUTE PROVENCE	790	0,8	898
05 HAUTES ALPES	600	0,7	548
06 ALPES MARITIMES	4 845	0,7	4 958
13 BOUCHES DU RHONE	11 210	0,9	11 840
83 VAR	4 965	0,8	5 100
84 VAUCLUSE	3 440	1,0	3 923
Total PACA	**25 850**		**27 267**

Source : DRESS

[4] RSA majoré : les personnes en situation d'isolement avec enfant(s) à charge ou à naître ont une majoration de leur prestation RSA.

En 2009, pour la France entière, la part des allocataires au sein de la population des 15 à 64 ans est de 0,8 %.

3.3.3 Les allocataires du minimum vieillesse en hausse

Source : DROS.

Le nombre d'allocataires du minimum vieillesse est de 69 000 personnes en Paca en 2009 (+ 2,3 % par rapport à 2008), ce qui représente 5,5% de l'ensemble des personnes de 60 ans et plus (contre 3,6 % à l'échelle nationale). Il s'agit majoritairement d'hommes (6,3% d'hommes de plus de 60 ans contre 4,9% de femmes.), avec une solitude nettement marquée dans les départements ruraux.

3.4 Les dispositifs d'hébergements et de réinsertion sociale

Lits, places installés au 1.01.2010 par catégorie d'établissement - Taux d'équipement

Source : DRJSCS - FINESS

Catégorie d'établissement	PACA	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse
Établissements pour adultes et familles en difficulté							
Centre hébergement réinsertion sociale, CHRS	3 463	66	41	581	2 049	481	245
Centre accueil demandeur d'asile, CADA	1 148	0	50	346	642	60	50
Autre centre d'accueil	317	0	0	137	130	0	50
Centre provisoire d'hébergement	56	0	0	16	40	0	0
Maisons relais	49	0	0	49	0	0	0
Résidences Sociales	4 161	0	161	4 000	0	0	0

Les Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT)

Données au 1 janvier 2011

	Nb étab.	Capacités Autorisées	Dt dédiées sortant de prison
Alpes de Haute Provence	0	0	0
Hautes Alpes	0	0	0
Alpes-Maritimes	3	59	5
Bouches-du-Rhône	4	79	0

Var	3	38	0
Vaucluse	1	15	0
PACA	11	191	5
France Métropolitaine			

Source : SROSM

3.5 Regard sur la pauvreté

Source : DROS

L'analyse faite par les associations, au-delà de la pauvreté monétaire, permettent d'appréhender la pauvreté vécue par les personnes qui la subissent : proportion croissante de personnes âgées qui présentent des problèmes d'accès aux soins de premier plan, des situations de vie de plus en plus complexes et marquées par l'isolement, des revenus qui ne permettent plus de vivre, une augmentation de la précarité professionnelle….

3.5.1 Des territoires socialement très vulnérables

Dans le cadre du schéma régional de prévention, l'exploitation de neuf indicateurs, (quatre portant sur le niveau de ressources et cinq sur des situations de forte vulnérabilité sociale)[5] a permis d'identifier des territoires socialement très vulnérables.

A l'échelle des territoires de proximité (ancien découpage du PRSP), et sur la base de ces neuf indicateurs, Marseille, tous les territoires du Vaucluse, Arles, Toulon-Hyères, Martigues et Nice apparaissent comme dix territoires socialement très vulnérables.[6]

A l'échelle des cantons regroupés [7]sur la base du taux de bénéficiaires de la CMUC (régime général) et du taux de personnes sans diplôme, les 35 cantons les plus mal classés pour ces deux critères sont reportés dans le tableau ci-après :

Territoires de proximité	Cantons regroupés
Marseille	Marseille, Marignane
Arles	Arles, Châteaurenard, Orgon, Saintes-Maries-de-la-Mer, Tarascon
Avignon	Avignon, Bédarrides
Apt	Apt
Carpentras	Carpentras, Beaumes-de-Venise, Sault
Cavaillon	Cavaillon
Orange-Valréas	Orange, Bollène, Valréas
Toulon-Hyères	Toulon, La Seyne-sur-Mer
Martigues	Martigues, Istres, Port-Saint-Louis-du-Rhône

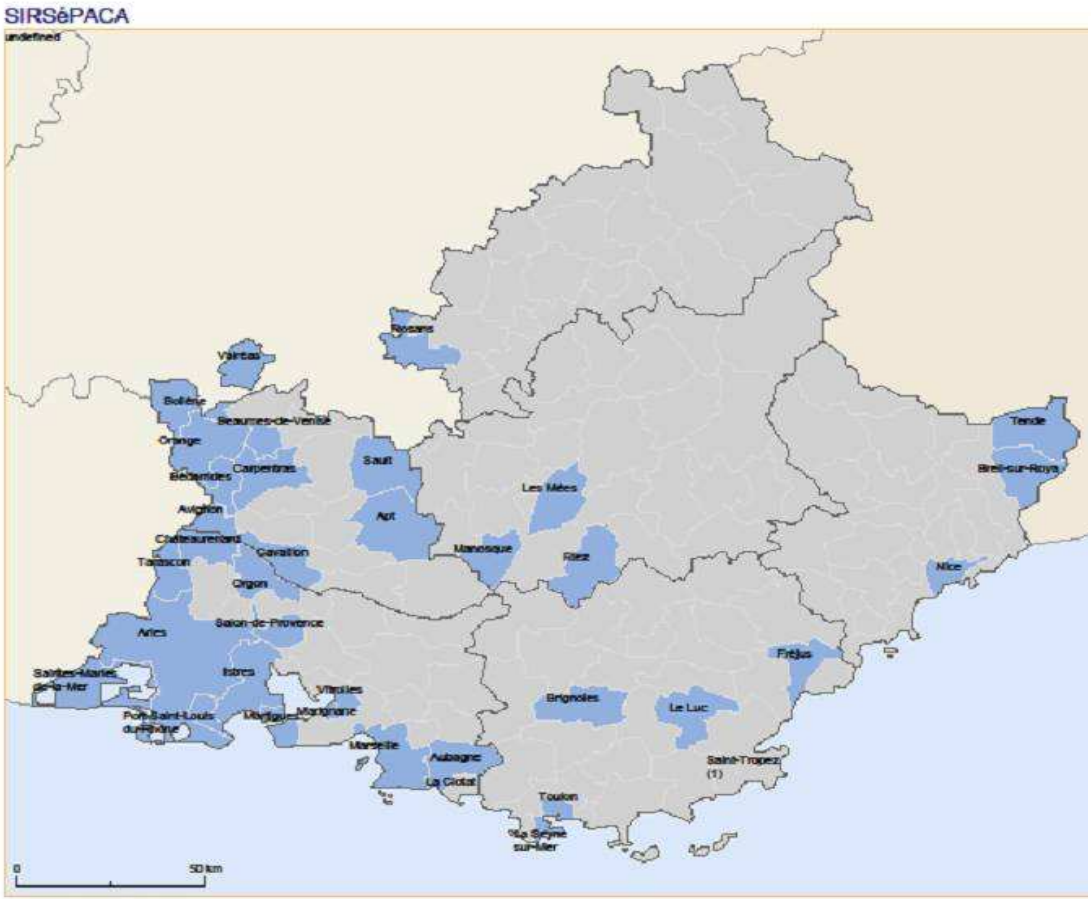
[5] % de bénéficiaires de la CMUC (régime général) en 2010, revenu fiscal médian (par Unité de consommation) en 2007, rapport interdécile des revenus (D9/D1) en 2007, nombre de personnes couvertes au 31/12/2007 par des allocations (CAF) à bas revenus pour 100 habitants de moins de 65 ans, proportion de familles monoparentale en 2007, part des personnes sans diplôme en 2007, part de la population de nationalité étrangère en 2007, demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM) cat 1 < 25 ANS au 31/12/2009, DEFM cat 1 >50 ans au 31/12/2009.

[6] Compte tenu de la ventilation territoriale des données disponibles pendant l'élaboration du schéma, les résultats proposés reposent sur un cumul des rangs. Si les résultats obtenus de cette manière sont cohérents, cette approche comporte des limites méthodologiques.

[7] Dans les agglomérations urbaines, chaque canton comprend en général une partie de la commune principale et une ou plusieurs communes périphériques.

Nice	Nice
Territoires de santé	Cantons regroupés avec entre parenthèses le territoire de proximité correspondant
Alpes de Haute-Provence	Manosque, Riez (Manosque), Les Mées (Digne)
Hautes-Alpes	Rosans (Sisteron)
Alpes-Maritimes	Tende, Breil-sur-Roya (Menton)
Bouches du Rhône	Vitrolles (Aix en Provence), Salon de Provence (Salon), Aubagne (Aubagne - La Ciotat)
Var	Le Luc (Draguignan), Brignoles (Brignoles), Fréjus (Fréjus-St-Raphaël)

Cette analyse complémentaire permet de préciser la première approche effectuée au niveau des territoires de proximité ; elle permet aussi d'identifier quelques cantons n'appartenant pas à cette liste notamment dans les départements alpins. Ainsi, aux cantons appartenant aux territoires de proximité déjà mentionnés, s'ajoutent une dizaine de cantons appartenant pour la plupart aux arrière-pays (cf. carte ci-après)



35 cantons regroupés les plus mal classés pour le taux de bénéficiaires de la CMUC (Part des assurés de moins de 65 ans bénéficiaires de la CMUC (rég. gén.) en 2010) et le taux de personnes sans diplôme en 2007

3.5.2 Des populations particulièrement vulnérables

Dans tous les départements de PACA, la pauvreté est plus forte qu'au niveau national. En 2006, 15,5 % des habitants de Provence-Alpes-Côte d'Azur vivent sous le seuil de pauvreté, contre 13,2 % au niveau national. Différentes formes de pauvreté coexistent dans la région, qu'il s'agisse d'une pauvreté touchant davantage les jeunes et les familles monoparentales (près d'un enfant de moins de six ans sur quatre appartient à un ménage pauvre, contre un sur cinq en moyenne en France métropolitaine) ou d'une pauvreté ciblant les personnes âgées

3.5.2.1 Les personnes sous main de justice

Le terme « personnes placées sous main de justice (PPSMJ) » désigne les personnes faisant l'objet d'une mesure restrictive ou privative de liberté par décision de justice en milieu ouvert ou fermé (établissement pénitentiaire) : les personnes incarcérées, les semi-libres, les bénéficiaires de permissions de sortie et de placements extérieurs avec surveillance de l'administration pénitentiaire.
La moyenne journalière en PACA est de 7 632 détenus.

Les mineurs : la région PACA compte trois structures susceptibles d'accueillir des détenus mineurs (hors cas des jeunes filles qui sont incarcérées dans les quartiers femmes de Marseille et Nice), il s'agit de l'EPM, le QM de Grasse et le QM d'Avignon-Le-Pontet, présentant une capacité de 111 places. On note depuis début 2011, une nette augmentation des écrous de mineurs qui obligent à des transferts sur d'autres régions

Les jeunes filles mineures : Le centre pénitentiaire pour femmes de Marseille accueille des jeunes filles mineures. Dans le cadre de la rénovation du CP, un quartier pour mineures de 10 places est prévu au sein du CPF à l'horizon 2015

Les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 4,3% de la population carcérale des établissements de la région au 1er janvier 2011, contre 3,8 % au 1er janvier 2002, soit une très légère hausse.

Les étrangers représentent 18 % de la population carcérale, en baisse continue depuis 2000, date à laquelle les étrangers constituaient 25 % de la population incarcérée.

Les personnes dépendantes : 22 cellules, sur l'ensemble des établissements de la région permettent l'accueil de personnes à mobilité réduite.

En région PACA, le nombre de suicides variait de 11 à 13 entre 2007 et 2009.

Le plan de prévention du suicide est décliné dans l'ensemble des établissements en partenariat avec les personnels de santé avec un axe fort autour de la formation des personnels, le repérage des personnes présentant des risques de passage à l'acte suicidaire et la mise en œuvre d'un plan individuel de protection , l'objectif étant de renforcer l'adhésion aux mesures de protection et l'estime de soi.

État de santé de la population des détenus

La région PACA est une importante région pénitentiaire, et donc concernée au premier chef par les problématiques, liant situation sanitaire et incarcération. L'éloignement fréquent des détenus du système de santé de droit commun avant leur incarcération, lié aux situations de marginalité, de précarité, fait que l'adoption des comportements favorables à une bonne santé est plutôt rare chez ces personnes.
La prévalence de certaines affections ou addictions en milieu carcéral est supérieure à la population générale.
Les personnes placées sous main de justice connaissent un cumul des facteurs de risques (marginalité ou précarité et faible accès aux soins déjà cités, mais aussi troubles mentaux, addiction, violence) induisant des problèmes sanitaires particuliers en prison, notamment troubles psychologiques et psychiatriques, problèmes d'addictions, près d'un tiers des entrants en prison sont toxicomanes, pathologies bucco-dentaires, pathologies infectieuses.
L'emprisonnement pour les usagers de drogues accroît souvent leur vulnérabilité, mais l'entrée en milieu carcéral ne se traduit plus que marginalement par un arrêt des traitements lorsqu'ils ont été initiés à l'extérieur.

Le CRIPS PACA, dans le cadre du tableau de bord de suivi du programme 14 du PRSP, indique que «la prévalence du VIH et du VHC en milieu carcéral est 3 à 5 fois supérieure à celle de la population générale, faisant de la prison un haut lieu de risque pour la propagation du SIDA comme des hépatites virales.

Il existe un risque de séroconversion durant l'incarcération lorsque l'accès aux matériels de réduction des risques est inexistant ou insuffisant et que l'usage de drogue existe malgré l'interdiction, ou que l'échange de matériel (rasoirs par exemple) a cours entre détenus. L'ensemble des établissements de PACA distribuent régulièrement de l'eau de javel, à des périodicités variables ; elle est le plus souvent cantinable également. Le tiers environ des établissements de PACA indique que la pratique du piercing ou du tatouage a cours en détention1, mais dans la plupart des établissements, il existe une information des personnes détenues relative aux risques de contamination au VIH et au VHC à partir de ces pratiques.

La sexualité en prison reste largement taboue qu'il s'agisse des relations entre détenus ou au moment des parloirs. En matière d'accès aux préservatifs, il existe une disparité entre établissements de la région PACA : la plupart mettent des préservatifs à disposition des détenus à l'UCSA (ce qui en limite l'accès aux heures d'ouverture du service médical), une minorité indique en «distribuer régulièrement», à des périodicités variables (soit à l'entrée et en détention, soit à l'entrée et à la sortie, soit à la demande, soit à l'UCSA …

3.5.2.2 Les populations immigrées

Source Dros

La population immigrée est constituée de l'ensemble des personnes nées à l'étranger et qui étaient à leur naissance de nationalité étrangère. En 2006, ce sont 471 222 personnes immigrées dont 51% de femmes qui vivent dans la région, ce qui représente près de 10% de la population régionale, avec une évolution à la baisse de 2,5 points entre 1975 et 2006. Les départements des Bouches-du-Rhône, du Vaucluse et des Alpes maritimes affichent des taux plus élevés que les autres départements de la région et supérieurs à la moyenne nationale.

La répartition par âge est différente de l'ensemble de la population régionale :

- les moins de 20 ans représentent 7% des immigrés (contre 20 % pour l'ensemble de la population)
- la population immigrée en PACA est plus âgée que dans le reste de la France.

Les hommes immigrés occupent plus d'un emploi sur six dans l'agriculture (65 %depuis 1999) et la construction. Les femmes immigrées travaillent surtout dans le secteur de la santé et de l'action sociale (aide à la personne).

Les personnes immigrées en PACA sont essentiellement originaires des pays du bassin méditerranéen (Algérie, Maroc et Tunisie d'une part, Italie et Espagne d'autre part). Selon les départements, l'origine des populations immigrées diffère.

La population immigrée est plus touchée par le chômage que l'ensemble de la population. A l'échelle nationale ainsi que dans tous les départements de la région PACA, le taux de chômage est supérieur à celui des personnes non immigrées. Au niveau régional, l'écart est de 5,6 points chez les hommes et 5,5 points chez les femmes.

Avec des revenus plus faibles et des conditions de logement souvent dégradées, les inégalités entre les personnes immigrées et le reste de la population sont importantes.

Dans la région, la part des personnes âgées de plus de 60 ans est plus importante chez les personnes immigrées. Cela est particulièrement vrai pour les hommes : 31 % des hommes immigrés sont âgés de plus de 60 ans contre 21 % des hommes non immigrés. Cette tendance se constate aussi au niveau national, mais dans des moindres proportions.

Deux immigrés retraités sur trois sont originaires d'Europe.

Si le vieillissement de la population française est posé de manière générale comme un problème de société, celui des hommes et des femmes immigrées n'a été abordé que très récemment. En effet, ce public n'était pas considéré comme devant résider définitivement sur le territoire français mais « inscrit dans un mouvement pendulaire entre la France et le pays d'origine » (Rapport IGAS 2002).

De ce fait, les politiques publiques ne l'ont pas intégré comme une donnée avec une déclinaison d'actions à mettre en œuvre.

Les personnes concernées (hommes et femmes) ont souvent connu des conditions de travail pénibles dans des métiers difficiles. De plus, elles n'ont connu pour la plupart que des situations de précarité : métiers peu qualifiés, carrières erratiques, secteurs d'activités caractérisés par une propension au travail non déclarée et subie.

Aujourd'hui, la société française est confrontée à la réalité de ce vieillissement spécifique qui nécessite une réflexion afin de proposer des axes d'amélioration.

La vieillesse et le passage à la retraite sont souvent un révélateur de difficultés d'accès aux droits.
Les carrières professionnelles marquées par la précarité, l'analphabétisme, et le manque de compréhension des dispositifs institutionnels et administratifs (retraite, santé, transports, allocations sociales) sont les principaux facteurs explicatifs de ces difficultés.

Ces populations sont caractérisées par une santé précaire, elles souffrent majoritairement de problèmes locomoteurs, de pathologies chroniques telles que le diabète, d'hypertension, de troubles psychiques, d'isolement, d'une alimentation mal équilibrée, de tabagisme et accusent un vieillissement prématuré lié à la dureté des conditions de travail et de pénibilité du travail exercé.

Le système de santé est peu adapté à ces populations, qui sont souvent dans une démarche de soins curatifs, morcelés et discontinus, tardifs et souvent dans l'urgence, faisant appel à des médecins spécialisés.

La question de la prise en charge est également un problème majeur : l'accès à une complémentaire santé est faible. La prise en charge financière de la famille restée au pays grève de manière importante leur niveau de vie.

Les immigrés âgés sont peu présents dans les établissements pour personnes âgées, et restent hébergés dans leur lieu de vie habituel : le foyer, l'hôtel ; le meublé. Cela pour des raisons économiques, de mode de vie et d'inadaptation de ces structures à la spécificité de ces populations.

Les difficultés spécifiques des femmes migrantes sont les mêmes que pour les autres femmes (mobilité, garde d'enfants…), mais sont souvent renforcées par leur isolement (pour les personnes nouvellement arrivées) et leur maîtrise insuffisante de la langue française. Cela complique leur accès aux droits, aux mesures mises en place, à l'accompagnement spécifique, globalement à une insertion dans de bonnes conditions.
Neuf migrantes sur dix déclarent bénéficier de remboursement pour leurs soins, mais 20% de celles venues pour rejoindre un conjoint immigré ont déclaré ne pas pouvoir accéder à la sécurité sociale. Quinze mois après leur arrivée, 5% déclarent avoir dû renoncer à certains soins pour des raisons financières ou par manque de temps. Certaines sont alors contraintes de se tourner vers les services d'urgences. Une moins bonne maîtrise de la langue française va de pair avec une plus mauvaise perception de son état de santé, traduisant peut être par-là un sentiment d'isolement et de moindre emprise sur son environnement. De plus certaines femmes immigrées sont victimes de violences spécifiques comme les mariages forcés, les répudiations ou les mutilations sexuelles. Dans la réalité, ces persécutions propres aux femmes ne sont pas reconnues, elles sont considérées comme relevant de la sphère privée et ne permettent pas aux femmes qui fuient leur pays d'accéder au statut de réfugié, conformément à la convention de Genève.

De nombreux étrangers âgés, issus des premières vagues de l'immigration, demeurent également isolés, sans espoir de retour vers le pays d'origine. Leurs veuves se retrouvent sans attaches, dans des conditions matérielles difficiles. La part des femmes âgées augmente considérablement dans notre pays et plus particulièrement en région PACA : les 77 101 femmes immigrées âgées de 60 ans et plus représentent 1,73 % de la population régionale, soit 18% de la population immigrée.

3.5.2.3 Les familles monoparentales

Source : DROS

Dans la région Paca, une famille sur deux est monoparentale parmi les foyers à bas revenus contrairement aux familles à hauts revenus où la structure familiale principale est représentée par les couples. Les caractéristiques des familles monoparentales notamment en Paca (féminines dans 95% des cas, peu diplômées, souvent confrontées au chômage ou à une forte précarité professionnelle) peuvent, pour partie, expliquer leur surreprésentation parmi les foyers à bas revenus.

3.5.2.4 Les saisonniers

Les travailleurs saisonniers sont une population d'actifs souvent jeunes, mal connue du fait des difficultés à identifier clairement ce mode d'activité (un Contrat à Durée Déterminée du point de vue de l'emploi), ainsi que du fait de sa mobilité (même si certains saisonniers reviennent d'année en année).

Les emplois concernés sont liés à l'agriculture (viticulture, arboriculture, maraîchage, horticulture), au tourisme (activités sportives, hébergement, restauration et autres services à la personne) et ses emplois induits (transport et commerce par exemple). En PACA les postes de « saisonniers d'été » liés à la fréquentation touristiques sont de 153 000 en 2006. Un saisonnier d'été sur quatre travaille dans la restauration Le Var est le premier employeur de saisonniers d'été. Les saisonniers d'été représentent 23% de l'emploi salarié lié au tourisme, les salaires sont plus bas. .

Plus de 7 000 saisonniers d'hiver de la montagne en Provence-Alpes-Côte d'Azur (octobre 2007) :
5 études existantes ciblées sur la santé des saisonniers, qu'elles soient anciennes ou récentes (deux études entre 2003 et 2007), montrent toutes une hétérogénéité de cette population des saisonniers de stations de ski, selon leur métier, leur employeur, leur ancienneté, leur origine locale ou non et leur réseau social, leur niveau de formation, leur trajectoire professionnelle. Une étude plus ciblée sur la vie familiale des saisonniers a montré les obstacles auxquels se heurte la vie de famille dans ce «non-lieu» que constitue une station de ski en saison. La logique économique du tourisme industriel s'accompagne d'une précarisation des saisonniers : leur identité est incertaine (entre habitants et touristes), et ils ont du mal à trouver leur espace vital dans des relations marquées par l'éphémère et l'artificiel.

De nombreux saisonniers présentent des vulnérabilités pour leur santé : un emploi précaire (voire non déclaré), une rémunération proche du minimum (alors que la vie est chère durant la haute saison touristique), un rythme intensif (beaucoup d'heures de travail, peu d'heures de sommeil), un logement peu confortable (exigu, partagé, difficultés pour cuisiner) voire précaire (camionnette) du fait de la pénurie de logements accessibles, des problèmes de transport quand le logement est éloigné, des repas irréguliers, l'isolement social (voire la stigmatisation), des consommations fréquentes de produits psychoactifs (légaux et/ou illicites) et des prises de risque sexuel (facilitées par le contexte festif), une mauvaise couverture du risque maladie et un mauvais suivi médical (y compris en médecine du travail). Ces difficultés se renforcent les unes les autres. Les problèmes de santé les plus déclarés sont la fatigue/ le surmenage, les troubles de l'humeur (anxiété, dépression), les infections et les problèmes rhumatologiques.

3.5.2.5 Les sans domicile fixe

La santé des personnes en situation précaire en PACA peut également être appréhendée à partir de quelques études régionales. Ainsi, une étude récente[8] portant sur les personnes fréquentant des dispositifs tels que les CHRS, CADA, Résidences sociales, Accueils de jour, Appartements de coordination thérapeutique, Maisons-relais... permet d'avoir un éclairage sur leurs problématiques de santé les plus fréquemment repérées par les professionnels de ces structures. 87% de l'échantillon (constitué par les structures ayant répondu à l'enquête) est confronté aux addictions, 86% à des

[8] DUVERGER M. Étude régionale sur les besoins de santé des usagers et les réponses apportées par les associations relevant du champ des schémas départementaux de l'Accueil - Hébergement - Insertion. URIOPSS PACA - DRASS PACA. 2007. 130 p.

souffrances psychologiques, 82% à des troubles psychiques. Sont également relevés des problèmes dentaires (70%), d'hygiène (60%), des maladies graves (cancers, VIH, VHC : 46%) et des problèmes d'alimentation (43%). Cette étude vient compléter les informations portant sur les inégalités sociales de santé par une approche "précarité-santé"[9] très complémentaire puisqu'elle porte sur des groupes de population fréquentant certaines structures. Les éléments fournis par les DDASS à partir des bilans d'actions 2006 et de réflexions locales confirment ces constats : forte prégnance de la souffrance psychique (signalé par tous les départements) ou de pathologies mentales (04 et 13), des conduites addictives ou de consommation de substances psycho-actives (04, 06 et 13), des problèmes d'alimentation et d'hygiène (13 et 06 pour certains publics). Les coordonnateurs ASV des Bouches du Rhône signalent en outre des problèmes spécifiques à certains territoires qui font écho aux informations relevées sur la mortalité : pathologies liées à l'amiante (La Ciotat), pathologies respiratoires (Martigues) maladies professionnelles liées à l'amiante et à l'industrie chimique.

Dans le cadre du Contrat Local de Santé (axe accès aux soins) signé entre la Ville de Marseille et l'ARS une étude [10]a été initiée visant à identifier et renforcer les processus de coordination autour de l'accès aux soins et à leur continuité des personnes sans abri.

Cette mission, s'est déroulée entre juin/juillet 2010 et mars 2011.

Partant de constats liés à l'insuffisance chronique de soins pour la population SDF et de la complexité des trajectoires, l'étude est intervenue dans un contexte local et national favorables, avec des orientations fortes, et autant d'enjeux, autour de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.
L'étude a concerné le public suivant :
-les personnes dormant dans la rue à un moment donné,
-les personnes sans-abri bénéficiaires des lieux d'hébergement suivants :
CHRS, CHU, conventionnés ALT, Lits Halte Soins Santé (LHSS).

L'objectivation quantitative s'avère difficile mais le constat d'une augmentation de cette population est partagé. Par ailleurs, différents acteurs s'accordent à observer une croissance du nombre de jeunes d'une part, de personnes âgées d'autre part. D'autre part, et contrairement aux idées plutôt répandues, les études récentes menées auprès des personnes sans abri montrent que la santé et les soins ne sont pas relégués au dernier plan de leurs préoccupations et de leurs besoins.

Parmi les problèmes de santé repérés lors de l'étude, la notion de polypathologies prévaut, avec des maillages étroits dans les déterminants qui les génèrent.
Les données sur la mortalité (causes) sont mal connues, le phénomène des violences (subies – agies) -sur des terrains particulièrement fragilisés est à explorer de même que le lien avec le cumul des retards aux soins.
Les pathologies les plus souvent citées par les études nationales comme par les bases de données locales qui ont pu être rapprochées (Médecins du Monde, LHSS et Sleep'in) sont les suivantes :
-les problèmes d'ordre psychologique et psychiatrique avec, sans doute, des prévalences encore sous-estimées aujourd'hui et recouvrant des réalités différentes ;
-les pathologies respiratoires sont au deuxième rang ;
-les dermatoses souvent surinfectées et qui reflètent les contraintes de vie dans la rue ;
-les pathologies ostéoarticulaires montrent une lourde part de traumatismes (25% des pathologies recensées par les LHSS) ;
-les maladies de l'appareil digestif sont de l'ordre de 13% dans les données nationales de MdM ; on sait par ailleurs que l'état dentaire est particulièrement mauvais chez les personnes en situation de précarité de façon générale.
Sont également citées avec des fréquences variables selon les sources : les maladies métaboliques (parmi lesquelles le diabète), les maltraitances, les pathologies cardiovasculaires, les troubles neurologiques.

Par ailleurs, des pathologies et comportements mal cernés et parfois contradictoires nécessiteraient un meilleur repérage, que permettrait une étude de cohorte : c'est le cas de la tuberculose, des problèmes gynécologiques, de la prévalence autour des addictions. Enfin, d'importantes zones

[9] "Inégalités sociales de santé et "précarité-santé" : deux problématiques distinctes ?" in CAMBOIS E. op. cit. p. 104
[10] « Accompagnement à l'élaboration de réponses aux problèmes d'accès aux soins et de continuité des soins pour les sans-abri à Marseille » juillet 2011 Observatoire Social de Lyon ARS PACA/Ville de Marseille

d'ombre mériteraient d'être étudiées : VIH, hépatites, les carences nutritionnelles, les cancers, les violences subies, l'état des vaccinations…

3.5.2.6 Les personnes en situation de prostitution

La région PACA est caractérisée par la présence sur son territoire, non pas d'une forme de prostitution, mais de différentes formes de prostitution, avec différents moyens d'exercice de cette activité. La démographie, la géographie et les modalités d'exercice de la prostitution ont profondément évolué. Cette évolution s'explique en partie par l'arrivée progressive de personnes migrantes de différentes origines, le développement de la prostitution masculine et transgenre, l'usage des nouvelles technologies comme vecteur de rencontre. Il y a la prostitution de rue qui en est la forme la plus visible, et la prostitution qualifiée de plus « discrète » par le rapport de la mission parlementaire la prostitution « Indoor ».

Deux départements concentrent la majeure partie de l'activité prostitutionnelle, les Alpes Maritimes et les Bouches du Rhône, avec deux grands pôles urbains que sont principalement Marseille et Nice.
Il est très difficile de pouvoir donner des chiffres exacts à l'échelle de la région.

Les associations s'occupant principalement des personnes en situation de prostitution ont rencontré en 2010 :
- sur Nice entre 600 et 700 personnes dont 1/3 de nouvelles personnes chaque année.
- sur Marseille et alentours, plus de 600 personnes, dont plus de 123 personnes nouvelles. 63% de personnes sont d'origine étrangère.
Il s'agit là essentiellement des personnes travaillant dans la rue.

En fonction des personnes, de leur origine, de leur parcours migratoire ou simplement de vie, elles toutes en commun le fait prostitutionnel, mais aussi des particularités et des problématiques qui leurs sont propres.

Le Conseil National du Sida, dans son avis adopté le 16 septembre 2010, sur « VIH et commerce du sexe, garantir l'accès universel à la prévention et aux soins », souligne la vulnérabilité des personnes prostituées. La dégradation des conditions d'exercice de la prostitution renforce la vulnérabilité sanitaire et sociale des personnes prostituées, l'affaiblissement des liens de solidarité, ont contribué à accroitre l'isolement des personnes et à favoriser leur exposition à diverses formes de vulnérabilité et de violence (relâchement des pratiques de prévention, demande accrue de rapports non protégés, violences subies de la part des clients, difficultés à faire valoir leurs droits au séjour et aux prestations sociales, accès limité à l'information et aux soins).
Leurs conditions de vie sont souvent très précaires, notamment en terme de logement, un environnement social dégradé et hostile, implique une mauvaise estime de soi, qui incite les personnes à ne pas prendre soin d'elles.

3.5.2.7 Les personnes en situation irrégulière

Les données sur l'état de santé et l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME sont rares et de qualité limitée. Il y a des difficultés spécifiques à collecter des données à caractère sanitaire ou scientifique. On ne dispose pas encore de véritable étude exhaustive épidémiologique concernant les bénéficiaires de l'AME. Seuls des indices indirects permettent de s'approcher de l'état de santé des personnes relevant du régime de l'AME[11].

[11] Rapport d'information au nom du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur *l'*évaluation *de l'*aide médicale *de l'*état par MM. Claude Goasguen et Christophe Sirugue (résumé en page 29 du présent document)

4. Inégalités sociales de santé

4.1. Les déterminants extrinsèques

4.1.1 Habitat et santé

Quand l'habitat est dégradé, qu'il s'agisse de la vétusté ou d'autres facteurs de dégradation, il peut présenter un réel danger pour la santé de ses occupants. Les facteurs de risques liés au logement sont le plus souvent : la présence de peintures dégradées au plomb qui peuvent être à l'origine de cas de saturnisme chez les enfants, l'humidité, le manque d'aération d'un logement qui sont des facteurs d'apparition/d'aggravation d'asthme et d'allergies, un dysfonctionnement des appareils de chauffage qui peut être à l'origine d'intoxications au monoxyde de carbone (environ 300/an en région PACA).

État du parc de logements et de l'accessibilité aux logements :
D'après l'enquête de l'INSEE[12], La proportion de résidences principales considérées comme étant de « mauvaise qualité » en région Paca est supérieure à la moyenne nationale (8% contre 5%). De même, la sur occupation des logements est plus fréquente en PACA (12% des ménages) qu'au niveau national (9 %).
La région Paca se distingue des autres régions par des dépenses totales de logement relativement élevées en moyenne alors que le revenu moyen des ménages est plus faible. Le taux d'effort brut - rapport des loyers et charges aux revenus - des ménages de Paca est donc élevé : 15,3% contre 13,4 % en France métropolitaine.

La lutte contre l'habitat indigne, dont une partie est considérée comme insalubre, exposant à un risque d'intoxication au plomb, menaçant ruine, hôtels meublés dangereux, et habitat précaire, a été lancée comme plan d'action pluriannuel, à la suite de l'adoption du programme communautaire de lutte pour "l'inclusion" au sommet européen de Nice en décembre 2000.
La région PACA est l'une des régions de France particulièrement concernée par la lutte contre l'habitat indigne du fait de l'importance de son parc de logements anciens et de la précarité de sa population. Elle fait partie des cinq régions, Ile de France comprise, qui arrivent en tête relativement au nombre de logements frappés par un arrêté d'insalubrité (carte en annexe 2).

Pour ce qui est de la lutte contre le saturnisme, la région PACA faisait en 2008 partie des quatre régions ayant le plus de transmission des constats d'exposition au plomb positifs (carte en annexe 2)[13].

4.1.2 Qualité de l'air et santé

Deux associations agréées pour la surveillance de la qualité de l'air (AASQA) couvrent la région PACA : Airfobep avec les grandes zones industrielles des communes de l'Ouest des Bouches-du-Rhône et Atmopaca pour le reste de la région.

L'information réglementaire diffusée par les préfectures est ciblée par rapport à chaque type de polluant, en fonction du niveau de concentration observé :

- seuil d'information et de recommandation : c'est le niveau au-delà duquel une exposition de courte durée présente un risque pour la santé humaine, dans les groupes particulièrement

[12] Le logement en Provence-Alpes-Côte d'Azur - Insee - Décembre 2008
[13] Enquête annuelle sur les actions départementales engagées pour lutter contre l'habitat indigne 2008- 2009 - DGS

sensibles de la population. Il peut s'agir des personnes asthmatiques, des jeunes enfants, des personnes âgées, des personnes insuffisantes respiratoires...
- seuil d'alerte : Il s'agit du niveau au-delà duquel une exposition de courte durée présente un risque pour la santé humaine de toute la population, en particulier les personnes sensibles. A partir de ce seuil, les États membres de la communauté européenne prennent immédiatement des mesures.

Les grands types de polluants dits « traceurs » :
- O3 : Ozone, gaz produit par réaction photochimique à partir des polluants dits primaires (NOx, COV, CO)
- NOx : Oxydes d'azote produits essentiellement par le trafic routier
- SO2 : Dioxyde de souffre produit essentiellement par l'industrie
- PM10 : (« Particle Mater ») Poussières de diamètre inférieur ou égal à 10µm

En PACA, les émissions de particules sont plus les importantes autour de l'étang de Berre dans les Bouches-du-Rhône (en raison de l'activité industrielle) et le long des axes majeurs de circulation de la région.

4.1.2.1 Effets des principaux polluants sur la santé

L'impact sanitaire de la pollution est aujourd'hui bien établi et documenté. L'importance de ces effets varie selon la taille des polluants, leur composition chimique, la dose inhalée mais aussi la durée d'exposition et les individus eux-mêmes. Ces polluants touchent essentiellement les voies respiratoires supérieures (pharynx, larynx, trachée) ou inférieures (bronches, bronchioles, alvéoles pulmonaires). Au-delà d'une hyper-réactivité bronchique ou d'infections pulmonaires (NO2), certains peuvent également affecter les yeux (O3), la peau (SO2), le sang (CO), le système nerveux (métaux lourds) voire être à l'origine de cancer (benzène, benzo(a)pyrène). Pour tous les polluants, les effets sont amplifiés par le tabagisme. L'exposition à long terme à la pollution favorise la survenue chronique de problèmes de santé, génère une surmortalité et une baisse de l'espérance de vie.

En France plus de 3.5 millions de personnes sont asthmatiques et 50 000 sont atteintes d'une insuffisance respiratoire grave. 30% de la population présente une allergie respiratoire, et sont, de fait, plus sensibles aux effets de la pollution de l'air.
Les particules sont particulièrement dangereuses pour la santé, du fait de leur composition chimique (elles véhiculent de nombreux gaz) et de leur taille. Plus elles sont fines, plus elles pénètrent profondément dans l'appareil respiratoire jusqu'à atteindre les alvéoles pulmonaires et plus les lésions liées aux composants chimiques adsorbés sur ces particules sont graves.

Les évaluations de l'impact sanitaire (EIS) de la pollution atmosphérique au niveau des grandes agglomérations la région PACA réalisées entre 2000 et 2006 par la Cire Sud ont mis en évidence le rôle prépondérant de l'exposition quotidienne à la pollution de fond par rapport à celui des pics de pollution[14].

4.1.2.2 Coût sociétal

La pollution atmosphérique engendre des coûts directs sur la santé de la population française, évalués à plusieurs milliards d'euros par an.

4.2 La mortalité prématurée

[14] Pascal L, Franke F., Lasalle J.L., Sillam F., Genevé C., Malfait P. « Evaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine dans six agglomérations de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2004-2006 » - 2011 – InVS
Source Atmo PACA : bilan d'activité de la qualité de l'air 2010
Source Airfobep : bilan annuel 2010

Les données ci-dessous sont issues du Schéma Régional de Prévention.

La mortalité prématurée (décès toutes causes avant 65 ans) est un puissant marqueur d'inégalités sociales de santé et de genre qui permet de repérer des territoires prioritaires. En région PACA, les trois principales causes de mortalité prématurée sont les cancers (41% des décès prématurés, en hausse régulière), les traumatismes (17%) et les maladies cardio-vasculaires (13%).

Globalement, en termes de mortalité générale et prématurée, notre région apparaît favorisée par rapport à la métropole.

Le taux comparatif de mortalité prématurée (pour 100 000) de 2001 à 2007 était de 208 pour la région PACA et 215,4 pour la France métropolitaine (Source SIRSé PACA).

Entre les périodes 1991-1997 et 2001-2007, le taux de mortalité prématuré a baissé d'environ 19%, en PACA comme en France métropolitaine.

Entre 2001 et 2007, en moyenne, environ 8200 personnes sont décédées chaque année avant 65 ans dont 67% sont des hommes. Un tiers de ces décès est lié à des causes de décès évitables[15] par la réduction des comportements à risques (ORS PACA).

Pour la période 2000-2004, une analyse par genre, au niveau des territoires de proximité, montre que le territoire de Marseille est le seul de notre région à présenter une surmortalité prématurée significative pour les hommes par rapport à la France (+ 4%). Le territoire de Draguignan présente une surmortalité évitable significative pour les hommes par rapport à la France (+ 12%).

Les territoires de Martigues, Cavaillon, Embrun, Arles et Briançon présentent une proportion plus forte de décès prématurés chez les hommes.

Sur cette même période, aucun territoire ne présente une surmortalité significative pour les femmes par rapport à la France. Les territoires de Cannes-Grasse et Nice sont caractérisés par une proportion plus marquée de décès prématurés chez les femmes.

Au niveau des cantons regroupés, deux grandes catégories de territoires ont été mises en évidence :

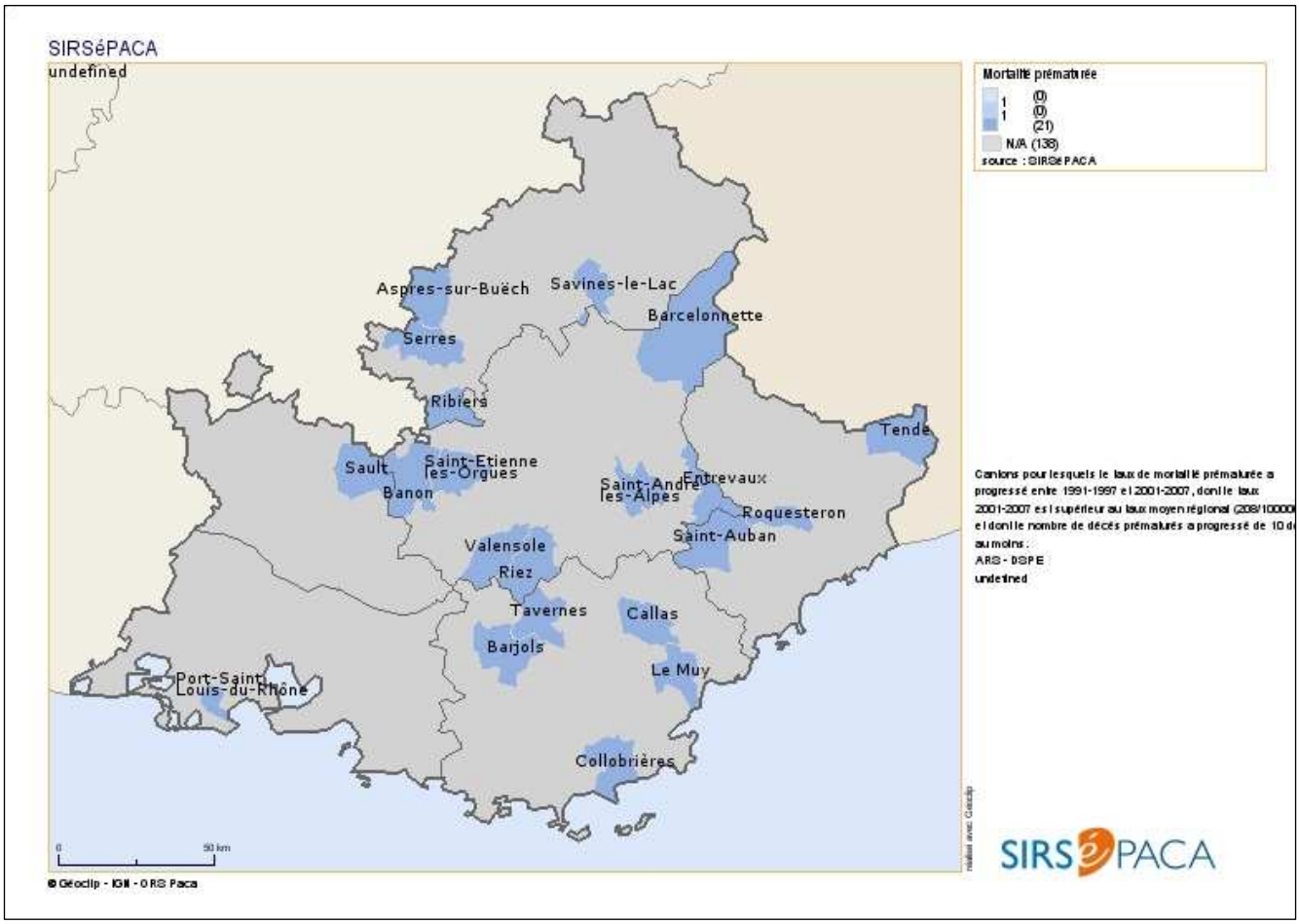
4.2.1 Des territoires majoritairement très ruraux et situés en montagne

Dans ces cantons, le taux comparatif de mortalité prématurée a progressé entre 2001-2007 (alors qu'il diminuait de 19% en France et en PACA).

Cette localisation met en évidence des inégalités territoriales de santé qui correspondent pour quelques cantons à des espaces de santé de proximité fragiles ou à risques, au sens du SROS ambulatoire. Par ailleurs, il est noté que quatre de ces cantons (Tende, Port-Saint-Louis-du-Rhône, Sault et Riez) font partie des cantons à forte vulnérabilité sociale.

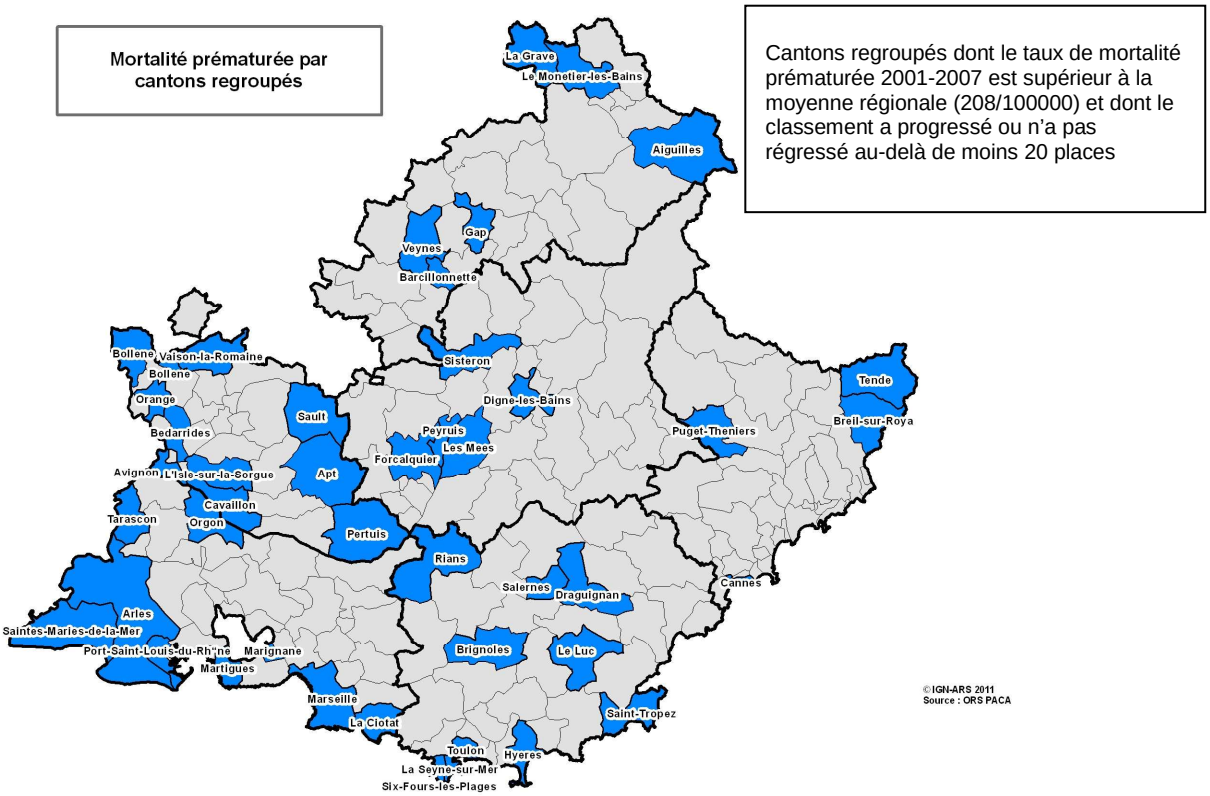
Cantons pour lesquels le taux de mortalité prématurée a progressé entre 1991-1997 et 2001-2007, dont le taux 2001-2007 est supérieur au taux moyen régional (208/100000) et dont le nombre de décès prématurés a progressé de 10 décès au moins.

[15] La mortalité évitable est une sous-partie de la mortalité prématurée correspondant à un ensemble de causes de décès liés à des pratiques à risques (consommations d'alcool ou de tabac, accidents de la route, sida, suicides).

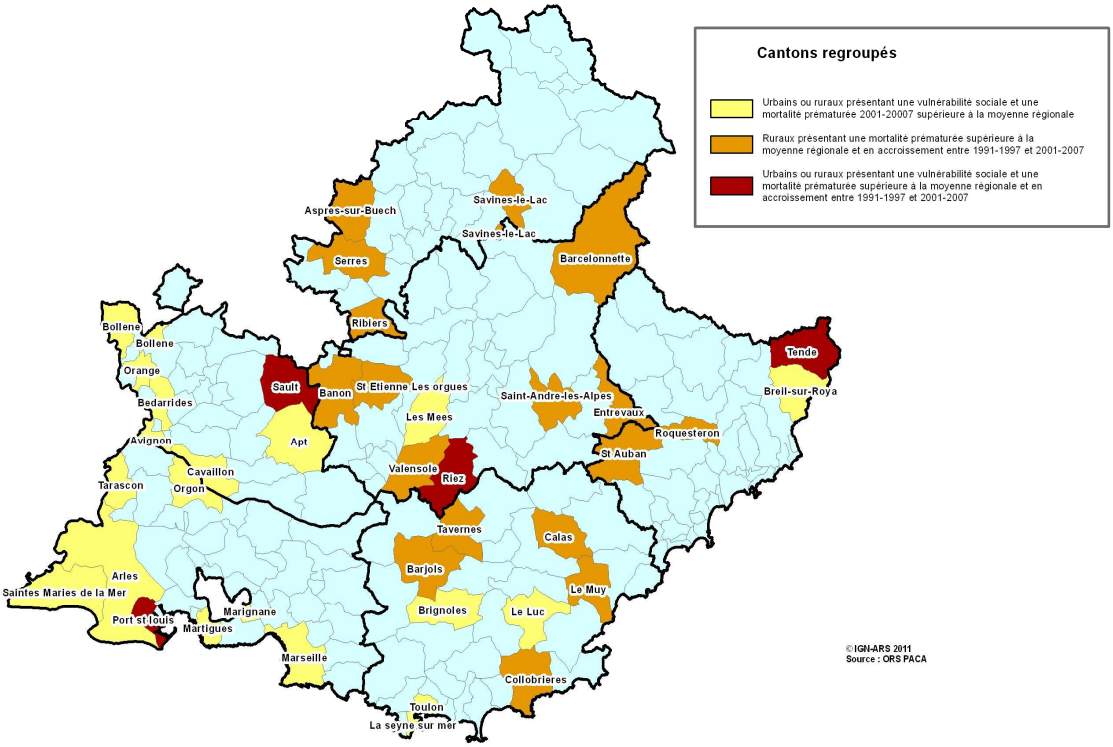


4.2.2 Des territoires qui cumulent vulnérabilité sociale et mortalité prématurée supérieures au taux régional.

En examinant les cantons dont le classement avait peu varié entre les deux périodes d'analyse, et dont le taux comparatif de mortalité prématurée est supérieur au taux moyen régional pour 2001-2007, il est révélé un nombre élevé de cantons en forte vulnérabilité sociale.



La carte ci-après synthétise ces éléments :



Il faut souligner, à nouveau, que les spécificités des quartiers des grandes villes de la région (ex. Nice), beaucoup plus hétérogènes que des cantons ruraux, ne peuvent être prises en compte ici. Par ailleurs, pour ces derniers, les évolutions de la mortalité prématurée peuvent correspondre à de faibles effectifs de décès et être le fait par exemple d'accidents de la circulation dont l'impact sur ces effectifs de décès prématurés, peut être élevé à l'échelle de la population de ces territoires.

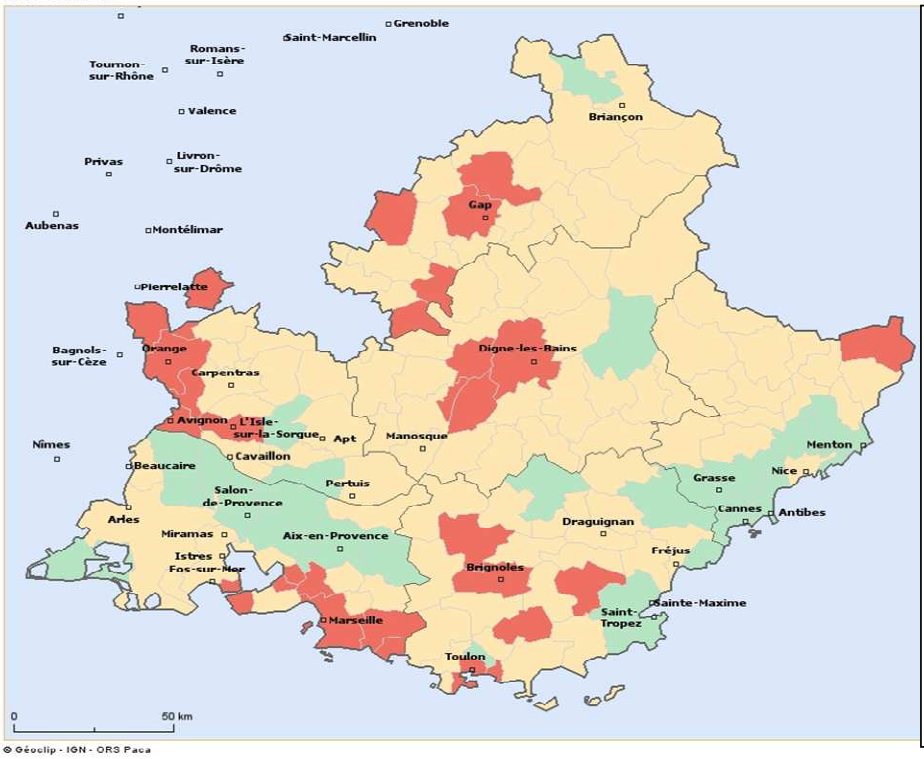
Une récurrence préoccupante pour certains territoires, en particulier Port-Saint-Louis du Rhône, Tende et La Seyne sur Mer

Ces trois cantons regroupés présentent une surmortalité significative (au seuil de 5%), à la fois pour plusieurs des trois principales causes de mortalité prématurée : les cancers, les traumatismes et les maladies cardio-vasculaires ou pour certains déterminants majeurs de ces maladies : l'alcool ou le tabac (cancer du poumon).

4.3 La surmorbidité

Certains territoires de la région connaissent une surmorbidité significative pour l'ensemble des ALD avec une vulnérabilité sociale marquée pour beaucoup d'entre eux.

SIRSéPACA

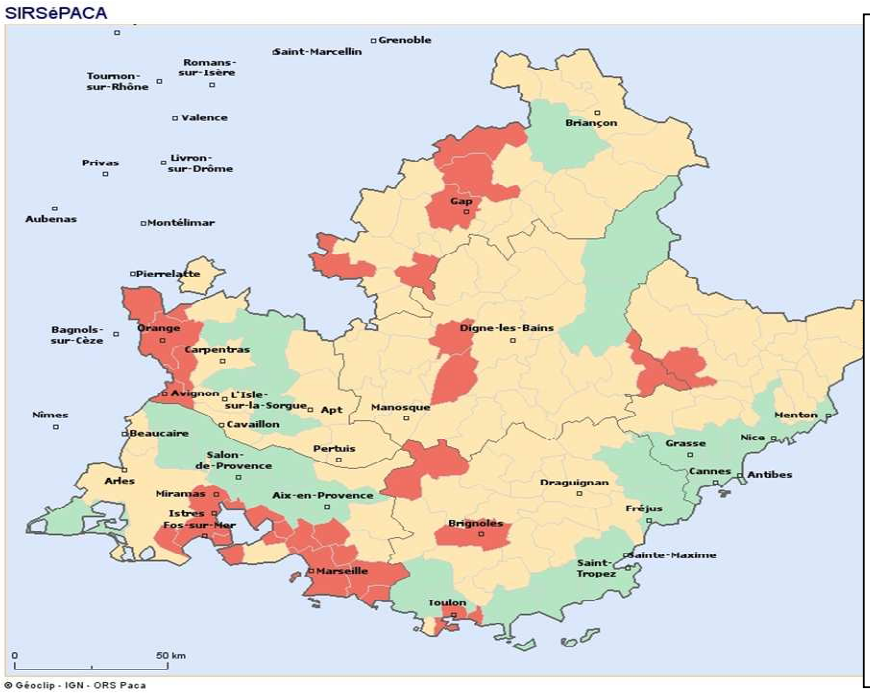


Significativité de l'indice comparatif de morbidité – ALD (base 100 PACA) chez les hommes (Rég. Gén.) en 2010

Jaune : ICM non significativement ≠ de 100 (94)

Vert : Sous-morbidité significative (au seuil de 5%) (35)

Rouge : Sur-morbidité significative (au seuil de 5%) (30)



Significativité de l'indice comparatif de morbidité – ALD (base 100 PACA) chez les
(Rég. Gén.) 2010
Jaune : ICM non significativement ≠ de 100 (94)

Vert : Sous-morbidité significative (au seuil de 5%) (35)

Rouge : Sur-morbidité significative (au seuil de 5%) (30)

Source URCAM PACA (régime général stricto sensu)

Pour les hommes, Tende, Toulon-La-Seyne-sur-Mer, Marseille, Martigues, Aubagne, Brignoles, Barjols, Le Luc, Les Mées, Aspres sur Buech et Ribiers sont des territoires précédemment repérés.
Pour les femmes, on retrouve un grand nombre de ces territoires : Toulon-La-Seyne-sur-Mer, Marseille, pourtour de l'étang de Berre, limite ouest du Vaucluse, Brignoles, Les Mées, Rosans…

On observe une récurrence préoccupante pour certains territoires, en particulier Port-Saint-Louis du Rhône, Tende et La Seyne sur Mer

Ces trois cantons regroupés présentent une surmortalité significative (au seuil de 5%), à la fois pour plusieurs des trois principales causes de mortalité prématurée : les cancers, les traumatismes et les maladies cardio-vasculaires ou pour certains déterminants majeurs de ces maladies : l'alcool ou le tabac (cancer du poumon).

5. Éléments relatifs au droit et à l'accès à la santé

L'assurance maladie, complétée par des dispositifs particuliers pour les personnes les plus en difficulté – CMU, CMU-C, Aide à la Complémentaire Santé, Aide Médicale d'Etat – est de nature à permettre un accès généralisé et universel à la santé dans notre pays.

Pour autant, le dispositif juridique et financier mis en place ne règle pas totalement le problème des inégalités de santé.

5.1. Principales données en région PACA

5.1.1 La CMU / CMU-C

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est une prise en charge des dépenses de couverture complémentaire assurée par les caisses d'assurance maladie ou par des organismes complémentaires, sous conditions de résidence régulière en France et de ressources, qui doivent être inférieures à 634,25 € par mois en moyenne pour une personne seule en France métropolitaine.
Prenant la forme d'une protection complémentaire gratuite, elle permet à l'assuré une prise en charge des soins à 100 % sans avance de frais, y compris pour le forfait journalier hospitalier. Les bénéficiaires sont exonérés du forfait de 1€ et des franchises.

La région PACA fait partie des cinq régions avec l'Ile de France, le Nord Pas de Calais, Rhône-Alpes et Languedoc Roussillon qui concentrent 46,9 % des effectifs CMU-C.

Au 31.12.10, en région PACA, le nombre de personnes bénéficiaires de la CMU-C est de 359 549, soit 7,2 % de la population. La répartition départementale est la suivante :

	Nombre de bénéficiaires	Pourcentage de la population
04 ALPES DE HAUTE PROVENCE	7 744	4,8 %
05 HAUTES ALPES	4 179	3 %
06 ALPES MARITIMES	48 801	4,4 %
13 BOUCHES DU RHONE	195 269	9,8 %
83 VAR	61 233	6 %
84 VAUCLUSE	42 323	7,7 %

Source : CNAMTS, MSA, RSI

Pour la métropole, le taux de bénéficiaires est de 5,7 %.

Dans son avis du 5 juillet 2011 sur l'accès aux soins des plus démunis[16], le Conseil National des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), considère que deux enjeux doivent être améliorés en ce qui concerne la CMU :

- l'importance du non recours à la CMU-C, évalué à 20 %, principalement en raison du déficit d'information ;
- les refus de soins de certains professionnels de santé.

[16] Avis du CNLE, Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non recours aux soins des plus démunis », 5 juillet 2011, p.2

Au vu des informations recueillies auprès des usagers et des associations, il apparaît que les délais d'obtention de la CMUC varient selon les CPAM, et peuvent parfois être supérieurs à 3 mois ou plus.

5.1.2 L'AME

Rapport d'information au nom du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de l'aide médicale de l'état par MM. Claude Goasguen et Christophe Sirugue.

Le dispositif a été créé en 1999. L'aide médicale d'État est financée par l'État, c'est une prestation sociale permettant, sous certaines conditions, l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière. Ses bénéficiaires ne sont pas des assurés sociaux.

La gestion opérationnelle de l'AME est déléguée à l'assurance maladie, cette politique est pilotée par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) et la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), du ministère des affaires sociales.
La loi, fixe, outre le paiement d'un droit de timbre, trois conditions d'accès au dispositif : la justification de son identité, l'exigence d'une condition de durée de résidence ininterrompue de trois mois sur le sol français, la perception de ressources n'excédant pas un plafond (les ressources d'une personne seule ne doivent pas dépasser 634 euros par mois.

Conformément à la loi n° 2010-1657 de finances pour 2011 du 29 décembre 2010, le demandeur, une fois ses droits à l'AME confirmés, doit, depuis le 1er mars 2011, préalablement s'acquitter du paiement d'un droit de timbre annuel pour lui-même et chaque ayant droit majeur pour lequel le bénéfice de l'AME est demandé. Ce montant est de 30 euros.
Le niveau de prestation assuré à un bénéficiaire de l'AME est identique à celui dont bénéficie un ressortissant à la CMU-C, à l' exception de la prise en charge des soins dentaires et des dispositifs médicaux (prothèses et orthèses).

Le dépôt de la demande fait commencer la phase d'instruction. Si les conditions d'admission sont remplies, l'organisme de sécurité sociale envoie dans le délai légal des deux mois un courrier notifiant l'acceptation du dossier, qui l'avertit de venir chercher le titre d'admission à la caisse dans un délai de deux mois.

En PACA, au 30 juin 2011, il y a 11 099 personnes bénéficiaires de l'AME, qui se répartissent comme suit :

	Bénéficiaires affiliés à l'AME au 30/06/2011			
	Assurés	**Ayants droit**	**dont : ayants droit mineurs**	**Ensemble**
04 ALPES DE HAUTE PROVENCE	51	15	10	66
05 HAUTES ALPES	22	9	6	31
06 ALPES MARITIMES	2 368	748	505	3 116
13 BOUCHES DU RHONE	5 052	1 330	983	6 382
83 VAR	615	112	81	727
84 VAUCLUSE	650	127	99	777
PACA	**8 758**	**2 341**	**1 684**	**11 099**
FRANCE METROPOLITAINE	**133 815**	**41 699**	**28 208**	**175 514**
FRANCE ENTIERE	**143 094**	**49 487**	**35 499**	**192 581**

Source : CPAM

5.1.3 L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)

L'aide à la complémentaire santé, initialement dénommée crédit d'impôt, consiste en une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel. L'ACS a été mise en place en 2005 pour réduire les effets de seuil liés à la CMU-C. Cette aide s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 26 %. Le montant de l'aide complémentaire santé est plafonné au montant de la cotisation ou de la prime due. Il varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer couvert par le contrat. L'âge est apprécié au 1er janvier de l'année.

La demande d'aide complémentaire santé est à faite auprès de la caisse d'assurance maladie. En cas d'accord, celle-ci remet une attestation de droit à l'aide complémentaire santé. Sur présentation de cette attestation à une mutuelle, une société d'assurances, ou une institution de prévoyance, la personne, bénéficie de la réduction sur le contrat santé individuel qu'elle a choisi de souscrire. Cette réduction s'impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer.

L'ACS est un dispositif insuffisamment connu, de la population pouvant y prétendre. Les personnes n'en font pas la demande et n'ont souvent pas de complémentaire santé.

Le fonds CMU estime à une personne sur quatre la proportion de personnes ayant fait valoir ses droits à l'ACS. Ce dispositif n'atteint pas sa cible : le défaut d'information sur l'existence, le fonctionnement du dispositif et les démarches à entreprendre d'une part, l'insuffisance du montant de l'aide d'autre part. Une expérimentation sociale menée à la CPAM de Lille auprès de personnes potentiellement éligibles a démontré toute l'importance d'une information, et d'un accompagnement personnalisé complet sur le dispositif.

5.2 Les obstacles au droit et à l'accès à la santé

Les freins à l'accès aux soins, dans la littérature spécialisée, recensent plusieurs niveaux d'inégalités :

- l'accès théorique aux soins : c'est la possibilité de se faire soigner et de bénéficier d'une couverture sociale ;
- l'accès primaire aux soins : c'est l'entrée dans le système de soins et l'utilisation en temps utile de ses services de manière à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé.
- l'accès secondaire concerne l'accès à des soins spécialisés, le recours à des examens complémentaires, les filières de soins empruntées…

Les difficultés d'accès aux soins sont multifactorielles :

5.2.1 Accessibilité financière (accès théorique)

Le principal obstacle pour un accès généralisé est financier, du fait de la difficulté des personnes aux revenus les plus faibles à accéder à une protection complémentaire facultative.

Même si 94 % de la population bénéficie d'une couverture santé complémentaire, il reste encore quatre millions de personnes sans protection complémentaire.

Selon l'enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'IRDES de 2010 qui interroge tous les deux ans 8 000 sujets (ainsi que les personnes présentes dans les ménages, soit au total 22 000 participants figurant dans les registres des trois principales caisses d'assurance maladie), 16,5 % de la population de 18 à 64 ans a déclaré renoncer à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. Le renoncement à des soins dentaires concerne 10,7 % de la population, ce qui en fait est le type de soins le plus touché, devant les lunettes (4 %).

Par ailleurs, plus l'état de santé est mauvais et plus le risque de renoncer aux soins augmente : un gradient très important de renoncement aux soins selon le niveau de vie est observé. Les personnes

appartenant au quintile le plus pauvre ont plus de trois fois plus de risques de devoir renoncer à des soins que celles du quintile le plus aisé.

Les personnes bénéficiant de la CMU-C renoncent beaucoup moins souvent à des soins que les personnes ayant une complémentaire privée. Ce qui tend à confirmer l'impact du dispositif sur le système de santé. Le fait de bénéficier ou non d'une complémentaire santé est un facteur important de renoncement aux soins. Les sujets qui ont été obligés de renoncer à bénéficier d'une complémentaire santé sont ceux qui ont le plus de risques de renoncer à des soins. Toujours selon l'enquête ESPS, le premier motif de non recours à une complémentaire santé évoqué par les enquêtes est financier : 46 % souhaitent en bénéficier, mais ne le peuvent pas pour des raisons financières.

5.2.2 Les difficultés d'ordre administratif

Les difficultés d'ordre administratif peuvent compliquer et aggraver l'accès aux soins, déjà rendu difficile par des motifs financiers pour les populations précaires. Sont cités par les associations la difficulté de la domiciliation, la complexité des démarches, des tracasseries administratives conduisant à des ruptures de droits, des logiques de guichet, le non respect du principe de non discrimination…

FOCUS SUR QUELQUES EXEMPLES OU QUELQUES POPULATIONS

Le problème de la domiciliation

La loi de modernisation sociale du 5 mars 2007 et ses décrets d'application a redéfini les modalités relatives à la domiciliation des personnes sans domicile stable. Les structures pouvant être électeurs de domicile sont inchangées. Toutefois, elles sont tenues de respecter un certain nombre de procédures nouvelles sous la responsabilité de l'Etat. Quant aux personnes bénéficiaires du dispositif, leurs droits et obligations sont clairement précisés par les nouveaux textes.

Certains CCAS n'intègrent pas la problématique de la domiciliation dans leurs missions, d'autres font part du nombre de plus en plus important de dossiers à traiter concernant la domiciliation avec les mêmes moyens.
Par ailleurs, ce sont toujours les mêmes associations qui sont sollicitées et leur répartition inégale sur l'ensemble des territoires justifierait que de nouveaux partenaires associatifs soient identifiés et agrées pour assurer cette mission.

L'A.M.E

Compte tenu de leur statut, ces personnes éprouvent en effet de l'appréhension à visiter une administration ou une structure s'y apparentant. Les caisses et les associations soulignent également l'acuité des problèmes linguistiques. Il existe un fort besoin d'interprétariat.
L'appréciation de la condition de « personne en situation irrégulière » est également complexe. En effet, comme le soulignent les associations, les demandeurs, et particulièrement les demandeurs du droit d'asile, peuvent souvent alterner, en quelques mois, des périodes de régularité et d'irrégularité, au gré des demandes de régularisation, de l'issue des éventuels recours et des problèmes matériels liés aux difficultés de domiciliation (retour des plis en « non distribuables »). Le statut des étrangers en situation irrégulière serait à cet égard, « dynamique » et conduirait à des alternances de statuts.
Malgré les textes législatifs et réglementaires applicables et les instructions du réseau, il peut arriver que des CPAM aient une application particulière du dispositif. Selon les associations de la région, il existe des disparités, entre les différentes CPAM et au sein même d'une CPAM (procédure, nature et nombre de documents demandés, justificatifs supplémentaires…). Cela conduit pour certains à l'abandon de la démarche. Cette situation est susceptible d'entraîner des retards d'accès aux soins ou des hospitalisations couteuses. Elle peut en outre présenter des risques en termes de santé publique.

Le document « Observatoire de l'accès aux soins de la mission France Médecins du Monde, Rapport 2009 », publié en octobre 2010 (dixième rapport), retrace ainsi certaines difficultés d'accès au dispositif de l'AME. Selon ce rapport, les obstacles allégués par les personnes en situation irrégulière pouvant théoriquement s'ouvrir des droits au titre de l'AME sont « les obstacles administratifs », « les difficultés à s'orienter dans le dispositif sanitaire et social », les obstacles linguistiques et la difficulté à prouver la durée de résidence.

Une analyse qualitative a récemment distingué plusieurs types de processus discriminatoire[17].

Des discriminations directes procédant :

- soit par délégitimation : ceci concerne les bénéficiaires de l'AME perçus comme des "assistés" dont les soins "coûtent chers aux cotisants" et qui auraient des pratiques administratives abusives ;
- soit par différenciation : les personnes sont orientées vers une offre de services ou de soins dérogatoires au droit commun, parfois dans une perspective de discrimination positive.

Enfin, des discriminations indirectes, fruits en particulier d'un croisement entre origine étrangère et précarité. L'exemple donné est celui du tiers payant pour lequel l'AME cristallise les réticences de certains professionnels libéraux de santé. Cette réticence à l'égard d'une disposition administrative affecte indirectement les personnes étrangères, pour lesquelles ces professionnels n'avaient pas a priori d'attitude discriminatoire.

Les personnes âgées migrantes

Le passage à la retraite est un moment de rupture des droits. Les conditions particulières de résidence et de territorialité auxquelles sont soumises les personnes âgées migrantes donnent de surcroît lieu à des pratiques hétérogènes, qui manquent de lisibilité de la part des administrations et des organismes de protection sociale avec la mise en place de contrôles qui ciblent les étrangers et d'après les associations des demandes quasi kafkaïennes de pièces justificatives (mais jamais écrites) qui aboutissent à des ruptures de droits parfois très graves.

Personnes sous main de justice

Des difficultés sont relevées dans la mise à jour des droits sociaux au moment de l'incarcération et de leur suivi dans le temps ainsi qu'au moment de la préparation à la sortie. Dans les Bouches du Rhône, l'immatriculation à la sécurité sociale des personnes détenues est systématique grâce à un bon partenariat avec la CPAM et grâce à une centralisation de cette fonction au sein de la CPCAM 13. Ce qui n'est pas le cas dans tous les autres départements.

Les gens du voyage

Ils ne connaissent pas lorsqu'ils arrivent sur les terrains, les coordonnées des CPAM, ni des structures. Le futur schéma départemental d'accueil des gens du voyage, prévoit d'inscrire concernant la santé, le fait qu'ils doivent pouvoir disposer, sur les terrains, des informations nécessaires telles que les coordonnées : des médecins généralistes ou spécialistes de la commune, des services de secours, des établissements de santé les plus proches, de la caisse primaire d'assurance maladie de rattachement de la commune, des services du conseil général (protection maternelle et infantile), de la mairie, des associations concernées par les gens du voyage.

[17] CARDE E. *Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins*. Santé Publique 2007, Volume 19, n°2, pp.99- 109

5.2.3 Les difficultés tenant au système de soins

Elles sont de plusieurs ordres :

5.2.3.1. Problèmes d'accès géographique

Les difficultés habituellement connues sont liées à l'inégale densité géographique de l'offre, au réseau de transport, l'éloignement étant un facteur limitant l'accès à des soins spécialisés pour les habitants des quartiers classés en politique de la ville ou ceux des zones rurales.

Cette question est à relativiser pour la région PACA pour l'accès à l'offre de soins de premier recours. La densité médicale - généralistes et spécialistes - est la plus élevée de France : respectivement 374 et 170 pour 308,8 et 143. Par ailleurs, 73 % des cantons de la région (étude FNORS) sont caractérisés par des temps d'accès aux professionnels de santé libéraux inférieurs à la moyenne nationale. Cette situation globalement favorable ne doit pas occulter des disparités infrarégionales voire infra départementales. En région PACA, les difficultés d'accès aux soins géographiques concernent essentiellement les zones rurales, ou périurbaines.

5.2.3.2 Difficultés liées aux attitudes et comportements de certains professionnels

<u>Accès primaire aux soins</u>

Les refus de soins

Alors que la loi est protectrice, la réalité démontre des freins importants. Les travaux sur les bénéficiaires de la CMU-C (fonds CMU) donnent un éclairage sur les modalités et freins de recours aux soins, des populations en difficultés sociales. 15 % des personnes interrogées déclarent avoir fait l'objet de la part des professionnels de santé d'un refus de les revoir ou de les recevoir du fait d'être bénéficiaires de la CMU. Les professionnels de santé le plus souvent cités sont les médecins spécialisés (7 % des personnes interrogées), les dentistes (6 %), et pour une moindre part les médecins généralistes (2 %).

Un dispositif testing a été mis en œuvre en décembre 2008 - janvier 2009 à Paris pour évaluer la nature et l'amplitude des discriminations dont font l'objet les bénéficiaires de la CMU dans l'accès aux soins. Près d'un tiers des dentistes (31,6 %), un cinquième des omnipraticiens (19,4 %) et 38,5 % des gynécologues refusent les patients parce qu'ils sont bénéficiaires de la CMU.

En PACA, une enquête de Médecins du Monde menée en 2007 auprès des médecins marseillais avait fait ressortir un refus de recevoir des bénéficiaires de la CMU chez 7,5 % des généralistes et 38 % des gynécologues (respectivement 21 % et 62 % pour les bénéficiaires de l'AME).

Le poids croissant des dépassements d'honoraires et du secteur 2

Trente ans après la création du secteur 2, malgré les tentatives des pouvoirs publics de restreindre la liberté tarifaire des médecins, les dépassements d'honoraires ont progressé de façon spectaculaire. Si les généralistes s'installent actuellement presque exclusivement en secteur 1, ce n'est pas le cas des spécialistes. Cette situation nuit à la couverture des soins et est susceptible de creuser les inégalités dans l'accès aux soins car il n'y a pas de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (seuls 40 % des assurés sont remboursés en tout ou partie en cas de dépassements d'honoraires par leur mutuelle).

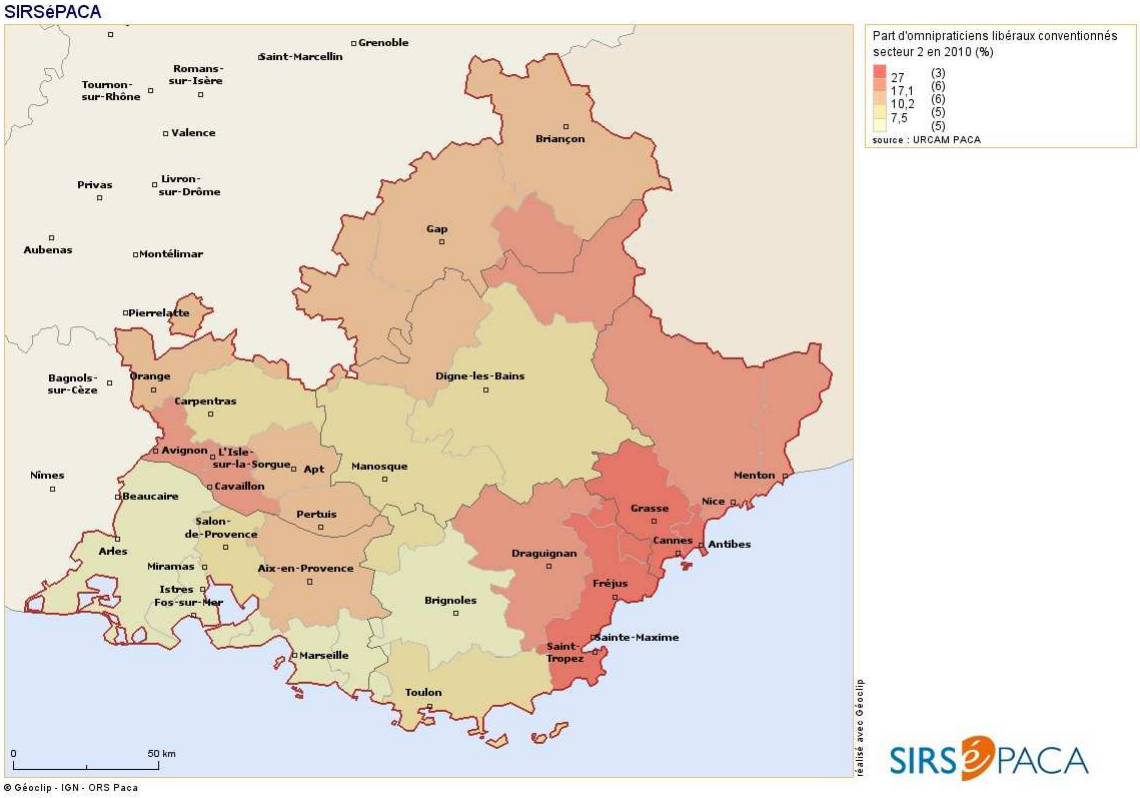
La loi relative à la CMU interdit que les dépassements d'honoraires soient appliqués aux bénéficiaires de la CMU complémentaire. Toutefois, du rapport IGAS 2007, il ressort que 1,6 % des consultations

facturées à des bénéficiaires de la CMU complémentaire avaient donné lieu à un dépassement d'honoraires[18].

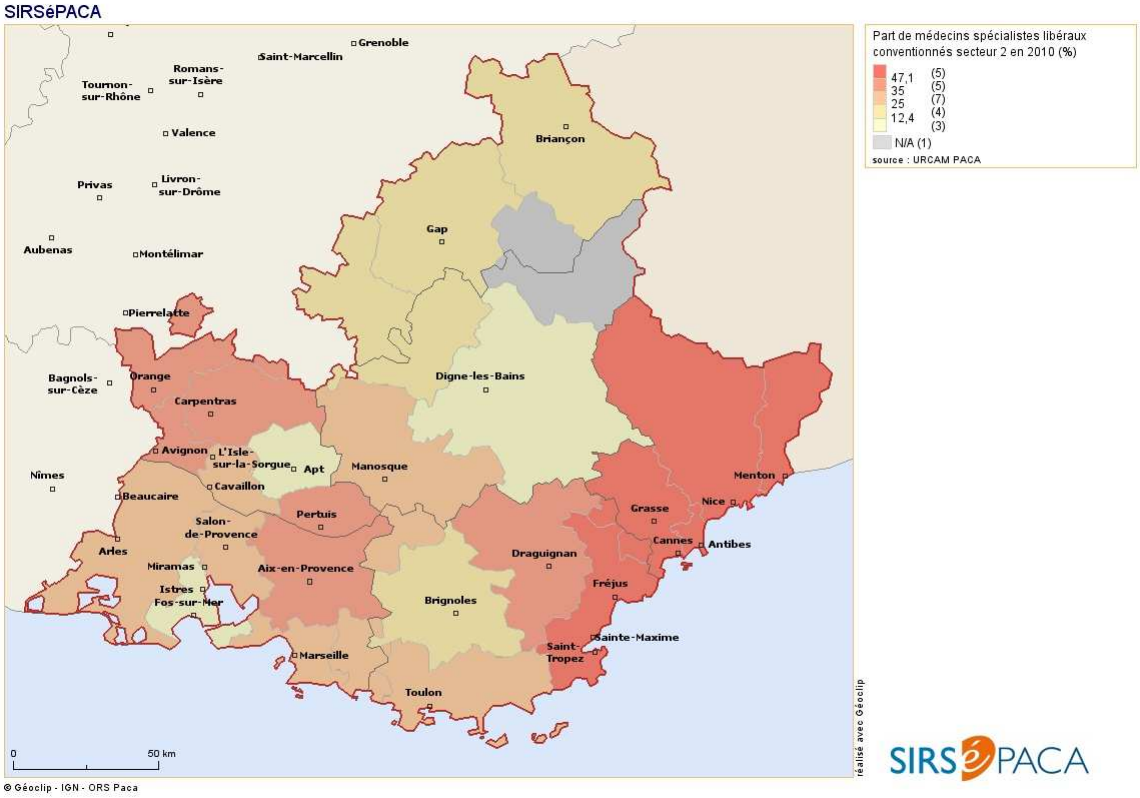
La pratique des dépassements d'honoraires est de nature à accentuer l'inégale répartition des médecins sur le territoire dans la mesure où elle permet leur installation dans des territoires très fortement dotés en médecins puisque leurs tarifs plus élevés compensent la moindre activité résultant d'une forte densité médicale.

Pour certains spécialistes (chirurgiens libéraux, ORL, ophtalmologues, gynécologues) et dans certains territoires, l'existence de dépassements d'honoraires conséquents peut engendrer des difficultés d'accès aux soins par d'importants restes à charge pour les assurés, avec une grande variabilité des dépassements au sein des spécialistes. Les dépassements les plus fréquents et les plus élevés concernent les départements riches et urbains…

Les cartes ci-après donnent un aperçu synthétique de la situation en région PACA.



[18] Vanessa Bellamy (DREES) et Anne-Laure Samson (LEDa-Legos, Université Paris Dauphine), « Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins »



La proportion de médecins exerçant en secteur 2 est variable d'un département à l'autre et plus marquée dans certains territoires de proximité. Le département des Alpes-Maritimes et le Var Est sont les plus concernés. Le Vaucluse connaît un taux important de médecins spécialistes conventionnés en secteur 2. Le département des Alpes-de-Haute-Provence est le moins touché.

Quelques exemples suivent à titre indicatif :

- la part d'omnipraticiens libéraux conventionnés en secteur 2 en 2010 va de 36,19 % à Fréjus – Saint-Raphaël, 30,7 % à Antibes, 23,28 % à Draguignan, 23,08 % à Embrun, en passant par 18,08 % à Cavaillon, 18,06 % à Avignon, pour atteindre 9,43 % à Digne, 8,47 % à Manosque, 7,22 % à Marseille, 6,35 % à Arles ;

- toutes spécialités confondues, la part de médecins spécialistes libéraux conventionnés en secteur 2 en 2010 s'étale de 56,10 % à Cannes-Grasse, 53,27 % à Nice, 53,02 % à Fréjus-Saint-Raphaël, 42,57 % à Draguignan, 40,79 % à Avignon, 39,78 % à Orange-Valréas, 33,24 % à Toulon-Hyères, 32,11 % à Marseille, 27,94 % à Manosque, 21,05 % à Briançon, 12,9 % à Gap, 11,76 % à Digne.

Accès secondaires aux soins

Les inégalités d'accès aux soins secondaires se produisent après la « phase de contact » avec le système de soins, de l'identification du besoin jusqu'à la délivrance du soin.

Elles peuvent se construire « par omission ». Des études embryonnaires témoignent en effet de la gestion différentielle de problèmes de santé par le corps médical ou les professionnels de santé en fonction de la situation sociale ou de la proximité socioculturelle avec le patient.

Il peut en résulter la non-prise en compte de la situation sociale des patients dans la prescription des traitements ou dans la définition des protocoles de soins ou de prévention, au risque d'aggraver les inégalités sociales de santé.

5.2.4 Les difficultés tenant aux facteurs intrinsèques des publics

Les barrières à l'accès aux soins sont également individuelles même si elles sont, selon la littérature spécialisée, socialement stratifiées : méconnaissance des droits ou incapacité à les faire valoir, difficultés d'aller vers les institutions par méfiance, honte, incompréhension des circuits, barrières linguistiques, culture différente (tabous, peur, approche différente de la santé), mauvaise estime de soi. Le niveau d'éducation, le rapport au corps et à la maladie, la préférence pour le présent, les expériences passées avec le système de soins, influencent le recours aux soins.

Les enseignements tirés de l'enquête de l'URIOPSS, cités par le précédent PRAPS, sont particulièrement précieux : parmi les situations fréquemment rencontrées par les structures enquêtées, le déni est fréquemment cité (63 %), de même que le refus d'entrer en démarche de soins (57 %). Les besoins d'orientation (83 %), de prise de rendez-vous (87 %) et d'accompagnement au rendez-vous médicaux (73 %) sont massifs. Ils sont liés en particulier à un sentiment d'angoisse pour effectuer les démarches de santé (79 %). Ils constituent des obstacles forts au suivi médical de même que les difficultés de déplacement (49 %), la barrière de la langue (53 %) et les difficultés culturelles (47 %). Cela peut se concrétiser par un non respect des horaires de rendez-vous et les changements récurrents de structure (32 %).

5.3 Les dispositifs favorisant l'accès à la santé

Les publics précaires n'ont pas recours au système de soins selon les mêmes modalités que l'ensemble de la population. Le recours au système de soins est plus tardif. Par ailleurs, les publics les plus précarisés s'adressent souvent préférentiellement aux urgences. Éviter d'avoir à faire l'avance des frais est essentiel. De même, il est nécessaire d'encourager la mise en place de dispositifs visant à leur garantir un meilleur accès aux soins et un meilleur accompagnement dans le champ somatique et pour les soins psychiatriques.

5.3.1 Une innovation majeure : le SROS ambulatoire

Instaurée par la loi HPST, le volet ambulatoire du SROS est un outil qui analyse les atouts mais aussi les freins et les faiblesses de l'offre ambulatoire sur les territoires, détermine des priorités d'accès en matière de structuration de l'offre de soins de premier recours, et assure la promotion de modes d'exercices coordonnés ou regroupés.

Des diagnostics ont été effectués par département, identifiant des espaces de proximité fragiles et à risques. Les 282 quartiers prioritaires politique de la ville ont été également classés zones à risques.

5.3.2 Les dispositifs d'accès aux soins

5.3.2.1. Les PASS

Les permanences d'accès aux soins (PASS) sont un des dispositifs essentiels pour améliorer l'accès aux droits et aux soins des personnes démunies.

Quarante PASS sont ouvertes dans les centres hospitaliers de la région dont :

- 3 PASS auprès des établissements de psychiatrie, une à Marseille (hôpital psychiatrique d'Edouard Toulouse), une à Aix en Provence (Hôpital psychiatrique de Montperrin) et une au centre Intercommunal Toulon-la Seyne ;

- 1 PASS régionale de référence, appuyée sur les deux pôles du CHU de Nice et à l'Hôpital de la Conception à Marseille ;

- 1 PASS en zone rurale (Puget-Théniers/Entrevaux).

Les deux CHU disposent également chacun d'une consultation dentaire spécifique PASS.

Dix PASS sont dotées d'un temps médical. Quatre sont dotées de temps médical, d'infirmière, d'assistante sociale et administratif. Douze sont uniquement dotées d'un temps d'assistante sociale, dont quatre à l'APHM (Marseille)

La région comporte dix **premiers accueils médicalisés** dont cinq dans les Alpes Maritimes. Ces structures jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre de la politique d'accès aux soins et aux droits des personnes démunies. Il s'agit par exemple des centres d'accueil, de soins er d'orientation (CASO) de Médecins du Monde.

5.3.2.2. Les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

Six équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) complètent le dispositif de politique d'accès aux soins des populations les plus précarisées. Elles sont situées à Cannes (avec une aire d'intervention concernant également Grasse), Toulon, Marseille (2), Aix en Provence (avec une aire d'intervention concernant également Salon de Provence), Martigues.

Sont dépourvus de ces différents dispositifs :

- Des cantons regroupés urbains identifiés vulnérables et en mortalité prématurée supérieure à la moyenne régionale (Le Luc, Bollène et Tarascon) ou en accroissement (Port St Louis du Rhône)
- Des cantons regroupés ruraux identifiés vulnérables et en mortalité prématurée supérieure à la moyenne régionale (Les Mées, Breil sur Roya, Saintes Maries de la mer, Orgon), ou en accroissement (Riez, Tende et Sault)

Le territoire de proximité d'Arles ne dispose que d'une PASS alors qu'il est un des territoires ayant les indicateurs socio-économiques les plus défavorables de la région. De même, il est à noter que Nice et Avignon sont dépourvues d'EMPP, alors qu'elles ont un nombre conséquent de personnes très précarisées.

27 point accueil écoute jeunes PAEJ sont répartis de manière hétérogène sur la région. Alors que les textes préconisaient des implantations dans "les quartiers d'habitat social milieu périurbain ou semi-rural, aux fins de contacter les jeunes isolés ou restés hors champ des dispositifs de droit commun", les structures sont concentrées dans les zones urbaines côtières, de Menton à Cannes, à Toulon et à La Seyne et sont réparties dans l'ensemble du département des Bouches du Rhône.

L'évaluation menée par la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale en 2011 souligne que le département des Bouches du Rhône est approximativement couvert, alors que l'est côtier et l'arrière pays du Var sont totalement dépourvus.

De même, le département du Vaucluse n'en a que deux (Carpentras et Valréas), alors qu'il est le deuxième département de la région avec la plus forte proportion de jeunes de 10 à 25 ans (+ de 18%), derrière les Bouches du Rhône (+19%)

5.3.3 Les dispositifs d'accompagnement médico-social des personnes en situation de précarité

5.3.3.1. Les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA)

La loi du 18 janvier 1994 a confié au service public hospitalier la prise en charge des personnes détenues, qui étaient assurée auparavant par l'administration pénitentiaire.

Il y a une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) dans chacun des douze établissements pénitentiaires de la région. Au-delà de l'implantation, il serait indispensable d'analyser les activités menées par chacune de ces unités. En particulier, il est à souligner que l'activité de soins dentaires est à développer dans les établissements de l'ouest des Bouches du Rhône.

5.3.3.2. Les lits halte soins santé (LHSS)

Selon les dispositions de l'article D.312-176-1 du code de l'action sociale et des familles, « les structures dénommées "lits halte soins santé", mentionnées au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, assurent, sans interruption, des prestations de soins, d'hébergement temporaire et d'accompagnement social. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée. Les bénéficiaires de ces prestations sont des personnes sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, dont l'état de santé nécessite une prise en charge sanitaire et un accompagnement social. » En l'absence de domicile, les lits halte soins santé permettent à ces personnes de «garder la chambre», de recevoir les soins médicaux et paramédicaux, qui leur seraient dispensés à domicile si elles en disposaient.

	Capacités Autorisées
Alpes de Haute Provence	4
Hautes Alpes	0
Alpes-Maritimes	40
Bouches-du-Rhône	55
Var	9
Vaucluse	7
PACA	191
France Métropolitaine	

Source SROSM

6. Objectifs du PRAPS 2011-2016

A l'issu de la concertation régionale organisée au cours des mois de septembre à octobre 2011, pour l'élaboration du PRAPS, cinq objectifs ont été retenus :

- Fiche Action n°1 : Améliorer la connaissance

- Fiche Action n°2 : Mettre en place un travail i ntersectoriel et partenarial

- Fiche Action n°3 : Former et sensibiliser les p rofessionnels

- Fiche Action n°4 : Favoriser l'accessibilité

- Fiche Action n°5 : Agir avec et pour les popula tions démunies

PRAPS
FICHE ACTION n°1

« Améliorer la connaissance »

Plan d'action 1

1.1. Définir un indicateur de défavorisation

A partir d'indicateurs disponibles en routine, (domaine sanitaire, social, environnemental, socio économique) il est absolument nécessaire, en mobilisant l'ensemble des partenaires concernés, de construire un indicateur synthétique de défavorisation, à une échelle des arrondissements, voire des quartiers des plus grandes villes de la région. Cet indicateur permettra de mieux rendre compte des inégalités sociales de santé et de mieux mesurer et afficher la fragilité de certains territoires.

Pilotage ARS/DRJSCS

1.2. Améliorer la connaissance des comportements et besoins des populations démunies

✓ Documenter le parcours de soins des personnes en situation précaire et atteintes de maladie chronique, en prenant le diabète de type II comme maladie traceuse (développé dans le programme maladies chroniques).

Pilotage ARS Plan d'action maladies chroniques

✓ Mettre en place des protocoles de repérage des populations précaires dans les établissements de santé, plus particulièrement dans les services d'urgences en lien avec les PASS.

Pilotage ARS/Etablissements de santé

✓ Exploiter les résultats de l'expérimentation Saint-Mauront Belle de Mai (enfants en situation de précarité).

Pilotage ARS/Préfet délégué pour l'égalité des chances des Bouches-du-Rhône

✓ En lien avec la DRJSCS, mieux connaître le nombre de personnes sans domicile (domiciliation, SDF et sans domicile stable) et leurs caractéristiques afin d'évaluer les besoins et les réponses à apporter. Réaliser une cartographie des maraudes pour en analyser l'organisation territoriale.

Pilotage ARS/DRJSCS

1.3. Harmoniser le recueil des données de dispositifs

✓ Harmoniser le recueil des données visant des publics en situation précaire ou de vulnérabilité (PASS, UCSA, LHSS) en assurer l'exploitation à des fins d'analyse des besoins et de veille.

Pilotage ARS/Etablissements de santé et médico-sociaux

1.4. Créer un outil de recensement des situations d'exclusion des soins

Pour faciliter la visibilité du refus de soins, élaborer avec l'assurance maladie, une fiche de liaison sur le refus de soins et destinée, aux associations et associations d'usagers, aux collectivités, aux différentes institutions concernées (DDCS, CG, ..) en vue de faciliter et d'harmoniser les remontées aux organismes de protection sociale.

Pilotage ARS/Organismes de protection sociale/URPS/Ordres professionnels

Indicateurs de suivi

- Réalisation de l'indicateur de défavorisation
- Elaboration de protocoles de repérage type
- Nombre de personnes sans domicile fixe par département

PRAPS
FICHE ACTION n°2

« Mettre en place un travail intersectoriel et partenarial »

Plan d'action 2

2.1. Développer des actions intersectorielles pour lutter contre les ISS

✓ Elaborer des politiques communes, avec les institutions dont les missions sont à même de contribuer à agir sur les déterminants ou les conséquences des inégalités sociales de santé (DRJSCS, Conseil Régional, Education Nationale, Conseils Généraux, DIRECCTE, DREAL, Collectivités, assurance maladie, URPS, associations d'usagers…).

Pilotage ARS

✓ Coordonner les actions en s'appuyant en particulier sur les instances de coordination des politiques publiques, des commissions de la CRSA.

Pilotage ARS et partenaires

✓ Développer des processus de contractualisation visant à animer ensemble des plans d'action (tels que la convention DRJSCS/ARS) et mettre en œuvre la convention DRJSCS/ARS.

Pilotage ARS et partenaires

2.2. Soutenir et développer une dynamique territoriale participative des acteurs

✓ Promouvoir dans les territoires prioritaires du PRAPS non éligibles à la création d'un ASV (ex. territoire rural) une dynamique participative aux fins d'établir une politique d'accès à la prévention et à la santé, en associant la population, les élus, l'ensemble des institutions concernées, les associations et les professionnels de santé.

Pilotage ARS/collectivités territoriales

✓ Soutenir l'activité des ateliers Santé Ville (ASV) ou des démarches similaires, dans les territoires prioritaires. Définir des programmes territoriaux de santé qui pourront aboutir, pour certains, à des Contrats Locaux de Santé (CLS). Cette approche devra s'inscrire dans la durée, être coordonnée par les institutions partenaires et s'appuyer sur une animation territoriale. Elle visera des territoires ou des quartiers très vulnérables et devra être à même de prendre en compte la question du logement (et plus largement du cadre de vie). Elle serait déclinée pour chacun des partenaires au niveau de mise en œuvre, qui est le sien.

Pilotage ARS /Préfet

✓ Soutenir l'ingénierie locale permettant de partager collectivement les difficultés rencontrées, de définir les contenus de formation, de favoriser la production d'outils communs, de faciliter l'interface entre les usagers et les professionnels, de centraliser le recueil des données.

Pilotage ARS

2.3. Renforcer la collaboration entre les intervenants en milieu pénitentiaire

✓ Renforcer la collaboration entre les intervenants afin d'améliorer l'efficacité des interventions, l'évaluation conjointe des actions de prévention

Pilotage ARS/Services Pénitentiaires/Justice

Indicateurs de suivi

- Nombre de démarches participatives initiées
- Nombre de CLS mis en œuvre
- Nombre de plan d'actions communs aux différentes institutions

PRAPS
FICHE ACTION n°3

« Former et sensibiliser les professionnels »

Plan d'action 3

3.1 Assurer la formation des agents d'accueil dans les établissements de santé

✓ Former les agents d'accueil des PASS, des services d'urgence, des maternités et des maisons de santé pluri professionnelles à la prise en charge des patients et des personnes en situation de précarité et à la lutte contre les discriminations. Diffuser les protocoles correspondants (CMUC, AME, ACS..)

✓ Inscrire cette formation dans la plan de formation des établissements (projet d'établissement), ainsi que dans leur CPOM

Pilotage ARS/Etablissements de santé

3.2. Favoriser l'accès à des formations interdisciplinaires

3.2.1 Sensibiliser les professionnels de santé

(y compris les UCSA) à l'approche de la précarité. Développer un partenariat avec les URPS et l'Assurance maladie

Pilotage ARS/URPS/Assurance maladie

3.2.2 Favoriser les formations/sensibilisations pluridisciplinaires

✓ Un des objectifs du PRIPI piloté par la DRJSCS est de mettre en œuvre des sessions de formation (connaissance sociale du public, spécificités techniques propres aux opérateurs) à destination des personnels des institutions (CAF, MSA, caisses de retraite, bailleurs sociaux) et des associations directement en contact avec les migrants âgés (hommes et femmes)

✓ Favoriser les formations du social et de la justice à l'approche de la précarité

Pilotage DRJSCS/ARS

3.2.3 Développer les compétences des professionnels

Développer les compétences des intervenants auprès des populations démunies, aux différents dispositifs d'accès aux droits et aux soins, à l'aide au repérage et à l'orientation vers les dispositifs existants (addictions, souffrance psychique..) et former les intervenants de la rue avec la participation des EMPP et l'implication des pairs.

Pilotage ARS

Poursuivre le développement des actions de formations au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires à destination des personnels de santé et sociaux dans les services publics, y compris des services pénitentiaires.

Pilotage ARS

3.3. Insérer dans les programmes de formation initiale des professionnels des éléments sur la connaissance des problématiques des publics précaires

3.3.1. Intervenir auprès des Facultés, des IFSI, des écoles d'aide soignant

Facultés de médecine, pharmacie et odontologie de la région et des écoles d'infirmiers, et d'aide soignant, pour l'insertion d'un module précarité et soins dans le cursus des études médicales et paramédicales.

Pilotage ARS/Conseil Régional/Universités

3.3.2. Intervenir au cours de la formation des travailleurs sociaux

pour renforcer le module précarité, informer de l'ensemble des dispositifs et droits sociaux existants.

Pilotage DRJSCS

Indicateurs de suivi

- Nombre et type de formations organisées
- Nombre et catégorie professionnelle des participants formés
- Inscription de la formation des agents d'accueil dans le plan de formation des établissements de santé
- Inscription d'un module de précarité dans la formation initiale des professions sanitaires et sociales

PRAPS
FICHE ACTION n°4

« Favoriser l'accessibilité »

Plan d'action 4 -1 « Favoriser l'accessibilité à l'information »

Promouvoir la diffusion des annuaires du sanitaire et du social

4.1.1. Sur l'accès aux droits

✓ Rendre accessible l'information sur l'accès aux droits, en fonction des publics, auxquels ils peuvent s'adresser : communiquer de manière adaptée auprès des différents publics (traductions, pictogrammes, informations collectives ou individuelles…), et plus particulièrement pour les bénéficiaires potentiels de l'ACS ;

✓ Actualiser et diffuser la charte sur les droits et devoirs des bénéficiaires de la CMUC (dans la continuité d'un travail entrepris dans le cadre du PRAPS III) ;

✓ Informer les bénéficiaires sur leurs droits à l'ACS, AME, et CMUC sur leurs lieux de vie ou de consultation ; inciter à déclarer un médecin traitant ;

✓ Créer une e-newsletter à l'adresse des travailleurs sociaux et des associations travaillant avec ces publics. Les informer des différents dispositifs et droits existants en la mettant à jour régulièrement ;

✓ Élargir la mise en place d'une boîte mél dédiée à la précarité au sein des CPAM et autres organismes de sécurité sociale ;

✓ Favoriser l'implication des Groupes d'Entraide Mutuelle, dans le processus de réflexion et de décision.

Pilotage ARS/Organismes de protection sociale

4.1.2. Sur l'accès à la prévention

✓ Favoriser l'accès aux outils de prévention y compris en milieu pénitentiaire (Actions de mise à disposition des outils) ;

✓ Réactiver l'information autour du traitement post-exposition (traitement d'urgence), y compris de l'information concrète (mesure 3 du Plan VIH Hépatites).

Pilotage ARS/Services Pénitentiaires

4.1.3. Sur l'accès aux soins

✓ Améliorer la visibilité des PASS (Signalétique dans les établissements de santé) ;

✓ Communiquer sur les missions des PASS en interne et en externe ;

✓ Promouvoir la diffusion d'un document de signalement de refus de soins et de dépassements d'honoraires aux travailleurs sociaux ;

✓ Développer l'information sur le système conventionnel (secteurs 1 et 2) pour permettre aux assurés de mieux s'orienter dans le système de soins.

Pilotage ARS/Etablissements de santé/Assurance Maladie/Mutuelles

Indicateurs de suivi

- La création d'une boîte mél précarité et d'une newsletter
- Nombre et type d'actions d'information sur les territoires cibles
- En année n, création de la fiche type CMU-C, ACS, AME
- En année n+1, enquête de connaissance et d'utilisation de la fiche

PRAPS
FICHE ACTION n°4

« Favoriser l'accessibilité »

Plan d'action 4 - 2 « Favoriser l'accessibilité à l'effectivité des droits et à l'offre de soins »

Parmi les difficultés d'accès aux soins et à la prévention, figurent l'inégale densité géographique de l'offre de soins – hospitalière et ambulatoire -, et des transports inadaptés pour compenser l'éloignement.

4.2.1. Favoriser l'accessibilité physique

✓ Favoriser la négociation avec les collectivités locales et territoriales, les communautés d'agglomération, les institutions et les transporteurs pour faciliter l'accès aux transports (ex. mise en place d'un système pour éviter de faire l'avance de frais de déplacement pour les personnes se rendant à un centre de dépistage ou un centre d'examen de santé).

✓

Pilotage ARS/Collectivités territoriales/Assurance Maladie

4.2.2. Rendre effectif l'accès aux droits

✓ Optimiser le fonctionnement des PASS dans leurs missions d'accès aux droits par l'accompagnement des personnes dans leurs démarches administratives.

Pilotage ARS/Etablissements de santé

✓ Veiller à faciliter les domiciliations des personnes sans abri, lever les dysfonctionnements résiduels, améliorer la répartition territoriale

. *Pilotage ARS/DDCS*

✓ Faciliter l'ouverture des droits et l'aide aux démarches administratives par un partenariat renforcé avec les organismes de protection sociale :

- Désigner un référent précarité au sein des organismes de protection sociale
- Encourager la création d'un forum précarité au sein des caisses
- Élaborer et diffuser une fiche type CMU-C, ACS, AME pour les dossiers d'affiliation
- Améliorer le traitement des situations d'urgence pour éviter les ruptures de droit
- Suivre l'expérimentation de la mise en place de délivrance en structure d'accueil de la notification d'attribution de la CMU-C d'urgence développée par la CPAM 13 et en étudier sa généralisation.

Pilotage ARS/Organismes de protection sociale

✓ Élaborer une convention cadre entre les établissements pénitentiaires et les CPAM de rattachement afin d'améliorer l'effectivité des droits des personnes détenues (désignation de référents assurance maladie) (Action 15.1 du Plan National 2010-2014)

✓ Prévenir le risque de rupture de droit à la sortie de prison en rendant possible le maintien d'affiliation à la caisse de rattachement de l'établissement pénitentiaire pendant un an (Action 14.2 du Plan National stratégique des personnes placées sous main de justice 2010-2014)

✓ Clarifier les modalités d'accès aux soins de ville (couverture de base et couverture complémentaire) des personnes en aménagement de peine (Action 14.1 du Plan National 2010-2014).

Pilotage Services pénitentiaires/Assurance Maladie

4.2.3. Veiller à l'accessibilité réelle et à la continuité des soins

4.2.3.1. Améliorer le fonctionnement des PASS

- Veiller à la mise en œuvre des Recommandations de l'évaluation régionale des PASS de 2009 en réalisant une évaluation sur site des PASS de la région
- Réactiver la PASS régionale qui doit assurer la coordination et être force de proposition auprès de l'ensemble des PASS de la région
- Réactiver les Comités de pilotage des PASS
- Renforcer et développer des PASS psychiatriques et les consultations dentaires
- Adapter les modalités d'accueil aux spécificités des publics pris en charge
- Renforcer le rôle d'interface des PASS notamment dans les liens ville hôpital

Pilotage ARS/Etablissements de santé

4.2.3.2. Améliorer la prise en charge ambulatoire et hospitalière dans le cadre du parcours de soins

✓ Promouvoir une organisation des soins de proximité plus accessible, notamment dans les territoires ruraux et les quartiers concernés par la politique de la ville (accessibilité socio culturelle). Les ateliers santé ville devront être mobilisés sur le champ de l'amélioration de l'accès aux soins, les modes d'exercice coordonné, tels que les maisons pluri-professionnelles de santé et les centres de santé, devront être encouragés à prendre en charge la précarité (développé dans le SROS ambulatoire).

✓ Inscrire la politique de lutte contre la précarité dans le projet d'établissement des établissements de santé : les établissements veilleront en particulier à définir des protocoles d'accueil et de prise en charge et de continuité des soins, en sortie d'hospitalisation pour les malades en situation sociale difficile (personnes sans domicile, bénéficiaires de la CMU-C).

✓ Améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins (Application du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 MILDT) - Actions déjà engagées dans le cadre du schéma d'addictologie transversal (juillet 2010), maintenir et poursuivre la transversalité avec le SROS et le SROMS

✓ Favoriser l'accès aux soins psychiatriques et favoriser la continuité des soins en priorité, pour les personnes « sans chez soi», et les demandeurs d'asile (victimes de stress post traumatiques)

✓ Redonner au Centre Médico-Psychologique (CMPP) sa vocation de structure pivot, point d'entrée du soin psychiatrique. Renforcer le lien avec les professionnels de santé libéraux. Veiller à ce que les équipes mobiles interviennent au plus près du patient, dans son milieu de vie (domicile, rue, CHRS….) ce qui permet d'éviter l'hospitalisation (lien avec le SROS Psychiatrie)

✓ Mobiliser les réseaux de santé pour la prise en charge des personnes démunies

✓ Veiller à ce que les personnes démunies soient intégrées dans les programmes d'éducation thérapeutique sur des pathologies et des territoires définis comme prioritaires dans la région.

Pilotage ARS

✓ Veiller à la mise en place au sein des établissements pénitentiaires d'une organisation pour contribuer à la préparation à la sortie des personnes détenues.

✓ Développer des interfaces entre le milieu carcéral et les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP).

✓ Soutenir les personnes détenues atteintes de maladies chroniques dont les personnes atteintes d'hépatites virales et du VIH/Sida : repérage précoce lors de la visite entrant, amélioration de

l'observance, mise en œuvre de l'éducation thérapeutique, continuité des soins à la sortie, adaptation des programmes à cette population, formation des soignants. (Action 5.8 Plan VIH /SIDA/IST)

✓ S'assurer qu'un examen bucco-dentaire adapté est réalisé à l'entrée en détention et apporter toute mesure corrective (Action 5.7 du Plan stratégique).

Pilotage ServicesPénitentiaires /Etablissements de santé

✓ Créer des dispositifs d'accès aux soins bucco-dentaires des précaires

Pilotage ARS

✓ Créer un accompagnement social et des actions d'accès aux soins permettant d'agir sur les déterminants de santé des personnes retraitées les plus fragiles (réunions d'information pour les nouveaux bénéficiaires de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA) sur les droits et l'accès aux soins, parcours attentionné pour les retraités fragiles en situation de précarité - aide au retour après hospitalisation).

Pilotage CARSAT

4.2.3.3. Améliorer la prise en charge médico-sociale dans le cadre du parcours de soins

✓ Renforcer les liens des accueils de jour avec les Lits Halte Soins Santé (LHSS) et les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) à venir.

✓ Prévoir les modalités de sortie des LHSS ou LAM vers les hébergements adaptés.

✓ Envisager l'intervention des Centres de Soins et d'Accompagnement de Prévention en Addictologie (CSAPA) dans les lieux de vie des personnes démunies (CHRS, ou autre …) dans le cadre des consultations de proximité.

Pilotage ARS

4.2.3.4. . Favoriser le travail en réseau santé précarité

✓ Soutenir et développer la création de réseaux santé-précarité en priorité pour les personnes sans chez-soi. Ils devront veiller en particulier à éviter les ruptures de soins notamment au décours d'une hospitalisation (soins somatiques ou psychiatriques), l'objectif étant d'éviter que les personnes malades en situation précaire se retrouvent à la rue.

Pilotage ARS

✓ Soutenir des initiatives visant à renforcer le lien santé social

Pilotage ARS/DDCS

4.2.3.5. Lutter contre les refus de soins

✓ Favoriser le signalement des situations de dépassement d'honoraires et de refus de soins par les associations de proximité des personnes les plus précaires (réglementation relative aux refus de soins Art. 54 de la Loi HPST).

✓ Veiller au suivi des signalements en collaboration avec l'assurance maladie, les Ordres professionnels, les URPS ;

✓ Travailler avec les mutuelles et les URPS pour la mise en place du tiers payant de la part complémentaire.

Pilotage ARS

Indicateurs de suivi

- Désignation d'un référent précarité
- Signature d'une convention cadre Assurance Maladie
- Augmentation du taux de renoncement
- Nombre de réseaux santé précarité des personnes sans chez soi

PRAPS
FICHE ACTION n°5

« Agir avec et pour les populations démunies »

Plan d'action 5

5.1. Soutenir et favoriser les actions d'accompagnement des publics en précarité

5.1.1. Promouvoir l'accompagnement en santé, levier majeur pour l'insertion, permettant en co-construction avec l'usager, de faire émerger ses besoins de santé et d'améliorer cette dernière

5.1.2. Soutenir les actions de médiation en santé publique (ex. médiation culturelle)

✓ Mise en place de mesures d'accompagnement individualisé et de médiation (dans un projet global d'accompagnement), accompagner les personnes dans l'accès aux soins par les travailleurs sociaux, les associations travaillant avec les publics démunis, des médiateurs en santé, des travailleurs pairs….

✓ Travailler la problématique de l'interprétariat dont le coût reste élevé pour les associations. Assurer aux structures la possibilité d'un recours simple à des interprètes professionnels dans le respect de la confidentialité.

Pilotage ARS/DRJSCS

5.2. Favoriser des démarches de santé communautaire

✓ Développer des actions de santé communautaire,

- Permettre l'expression des problèmes de santé individuels ou collectifs (personnes relais issues de la communauté, lieux d'expression…).
- Promouvoir les programmes de dépistage de certaines pathologies en tenant compte du mode de vie des populations et en prenant en compte les problèmes de santé spécifiques.

Pilotage ARS

5.3. Agir au plus près des publics

✓ Maintien d'actions de prévention au plus près des publics en utilisant les structures et services existants.

✓ Aller au devant des populations les plus éloignées en s'assurant d'une répartition équilibrée sur les territoires des EMPP et en entendant leur mission au volet somatique

✓ Agir dans les lieux d'accueil des populations cibles (PASS, CSAPA, CAARUD, CHRS, LHSS, Foyers de travailleurs migrants, centres de santé, squats, rue, associations…).

✓ Inscrire dans les centres de premier accueil pour les étrangers précaires, la problématique santé VIH/SIDA/IST/migrants dans les actions de prévention conduites (Action M4 plan national VIH/SIDA/IST).

Pilotage ARS

5.4. Développer les compétences psychosociales des publics concernés

✓ Actions visant à développer les compétences psychosociales des personnes en priorité hébergées en CHRS ou en accueil de jour : développer des actions visant à redonner confiance (estime de soi, compétences psychosociales) aux personnes les plus démunies.

Pilotage ARS

5.5. Développer des actions de prévention et d'éducation à la santé

✓ Renforcer les actions d'information et de sensibilisation des familles et des enfants occupant des logements insalubres.

✓ Développer des actions de proximité en matière d'alimentation et d'activité physique en utilisant les référentiels du PNNS (amélioration de la qualité nutritionnelle de l'aide alimentaire, sessions régionales de formation pour les salariés et les bénévoles de l'aide alimentaire, ateliers cuisine, développement de jardins familiaux collectifs….)

✓ Renforcer les actions de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal. Favoriser le dépistage du VIH des IST et des l'hépatites virales B et C, et de la tuberculose.

- Accompagner les détenus au dépistage du VIH, des hépatites et des IST et la vaccination hépatite B à l'entrée et pendant la détention
- Mettre en œuvre le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal pendant la détention

✓ Développer des actions d'aide à l'arrêt du tabac par les médecins généralistes (Prise en charge des médicaments de sevrage du tabac à hauteur de 150 € par la CNAMTS).

✓ Mettre en place des actions de prévention combinée ciblée en direction des populations ayant des comportements à risque : migrants, personnes qui se prostituent, détenus, personnes sans chez soi..

✓ Renforcer l'appropriation des stratégies de prévention pour les femmes migrantes.

✓ Améliorer auprès des personnes détenues la prévention des risques liés à la sexualité et réunir les conditions du maintien d'une vie affective et sexuelle (Action 5.7 du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 – Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice)

✓ Renforcer la collaboration entre les intervenants en milieu pénitentiaire afin d'améliorer l'efficacité des interventions, évaluation conjointe des actions de prévention.

Pilotage ARS

5.6. Développer des actions de réduction des risques chez les usagers de produits psycho actifs

✓ Evaluer l'application des recommandations de la politique de réduction des risques (RDR) infectieux en milieu carcéral, la région PACA a fait partie de l'enquête PREVACAR (état des lieux des mesures de RDR en prison et recommandations pour leur mise en œuvre).

✓ Renforcer et développer les actions de réduction des risques chez les usagers de produits psycho actifs.

Pilotage ARS

Indicateurs de suivi

- Réduire la consommation de tabac de 5% par an pendant 5 ans en facilitant l'accès au sevrage tabagique pour les plus précaires

- Réduire de 30% en 5 ans le pourcentage des 18-75 ans en situation d'insécurité alimentaire quantitative.

- Nombre et type de mesures d’accompagnement mises en place

- Nombre et types d’actions communautaires développées

- Nombre et types d’actions de prévention mises en œuvre en milieu carcéral

7. Pilotage, suivi et évaluation du PRAPS

7.1 Pilotage du PRAPS

Une équipe projet restreinte a été désignée pour l'élaboration et le suivi du PRAPS .

Le PRAPS étant porteur d'enjeux de transversalité au sein comme auprès des partenaires de l'ARS, son élaboration s'est appuyée sur une large concertation régionale organisée au cours des mois de septembre à octobre 2011.

Cette concertation visait à associer des représentants :

- des trois secteurs couverts par le programme, au sein comme en dehors de l'ARS : prévention, soin, médico-social ;
- des organismes, institutions, administrations, associations participant à la politique de santé : services de l'Etat (DDCS, DRJSCS, DIRECCTE, Rectorats, DRAAF, DREAL, DIRPJJ, Services pénitentiaires, Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité …), CRSA, collectivités territoriales (conseil régional, conseils généraux, PMI, communes), CCAS, Ateliers Santé Ville, Missions locales, Organismes de sécurité sociale (CARSAT, CPAM, MSA, RSI), Mutuelles, EMPP, PASS, associations des secteurs sanitaires et sociaux, centres de ressources, professionnels sanitaires et sociaux…
- des usagers.

Un comité de pilotage en vue de la rédaction du PRAPS a été constitué avec ces différents représentants. Trois groupes techniques ont été mis en place : accès aux droits, accès aux soins, accès à la prévention et accompagnement médico-social (leur composition figure en annexe 3). Ils avaient pour mission de définir les difficultés pour les personnes les plus démunies, d'accéder aux dispositifs et structures dans la région et de fixer les objectifs du PRAPS.

L'ARS pilotera la mise en œuvre du PRAPS, il s'agira :

- d'assurer la déclinaison du programme conformément aux objectifs énoncés et d'accompagner sa mise en œuvre sur les territoires,
- d'être l'interface et l'articulation avec les autres plans d'actions, programmes de santé, et dispositifs locaux,
- d'assurer la coordination institutionnelle,
- de mobiliser les compétences et les moyens financiers (appels d'offres notamment) ;
- d'organiser le suivi et l'évaluation du programme

7.2 Suivi du programme

Pour le suivi du PRAPS, l'ARS s'appuiera sur le comité de pilotage et les groupes de travail constitués lors de l'élaboration du programme.

Les instances de concertation et de coordination seront également associées : CRSA, commissions de coordination des politiques publiques.(prévention et médico-sociale)

7.3 L'évaluation du programme

L'évaluation du programme en lui-même est une opération de connaissances plus complexe, qui nécessitera d'appréhender à la fois les résultats du programme, mais aussi les processus de réalisation qui ont conduit ou non à l'atteinte des résultats.

L'objet de l'évaluation pourra ainsi tout à la fois porter sur la pertinence des objectifs initiaux au regard des diagnostics, son pilotage, sa capacité à mobiliser les partenaires, sa visibilité, son articulation et la cohérence avec d'autres programmes et dispositifs, les éventuels effets leviers des financements.

L'évaluation devra aussi porter sur un échantillon d'actions développées sur les territoires pour repérer les bonnes pratiques et la prise en compte des ISS dans la méthodologie de construction du projet.

Il est nécessaire par ailleurs que l'exercice d'évaluation soit distinct de l'exercice de maîtrise d'ouvrage. Il est proposé qu'un comité d'évaluation indépendant, constitué de l'ensemble des parties prenantes (élus, décideurs, acteurs de terrain, experts, usagers) du programme soit constitué par exemple à mi-parcours du programme. Il aura la charge de déterminer le champ des questions évaluatives et de porter une appréciation générale sur la valeur du programme et ses effets.

En fonction des moyens alloués au programme, une évaluation externe du PRAPS pourra être envisagée, afin de procéder à certains réajustements des objectifs.

ANNEXES

Annexe 1 : Quelques définitions

Pauvreté

Selon l'Union Européenne, sont considérées 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'Etat membre où elles vivent"[19]. Selon l'ONPES[20], cette définition fait apparaître trois éléments importants :

- la définition de la pauvreté est conventionnelle : c'est un acte politique et au moins implicitement normatif qui consiste à identifier au sein d'une population totale formée d'un continuum d'individus une population pauvre sur la base de certains critères ;
- la pauvreté est un phénomène relatif car définie en fonction de « modes de vie minimaux acceptables » variables selon le lieu et le moment ;
- la pauvreté est un phénomène multidimensionnel ne se réduisant pas à l'absence ou à l'insuffisance d'argent. L'ensemble des conditions de vie d'un ménage incluant d'autres dimensions (logement, santé, éducation…) doivent être considérées. Les populations pauvres cumulent des difficultés dans plusieurs de ces domaines.

L'ONPES précise qu'en France trois types d'indicateurs permettant de mesurer la pauvreté sont retenus :

- des indicateurs de pauvreté monétaires : en France, le seuil de pauvreté habituellement utilisé est fixé à 50% du niveau de vie (ou revenu équivalent) médian[21]
- des indicateurs de pauvreté en conditions de vie
- des indicateurs de pauvreté mesurée par les minima sociaux.

Précarité

"La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires 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 le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible."[22]

Elle s'exprime par des situations financières, sociales ou matérielles difficiles. "..les personnes concernées sont plus souvent que la population générale issues de milieux défavorisées et déracinées de leur région ou de leur pays d'origine, ont peu d'instruction et de qualification, vivent de faibles revenus du travail (professions peu qualifiées, contrats précaires), d'allocations ou d'aides ; elles ont en commun des histoires de vie faites d'évènements traumatisants dés l'enfance (décès de proches, ruptures, violence…), de pertes d'emploi voire de logement, de problèmes d'isolement ou d'intégration."[23]

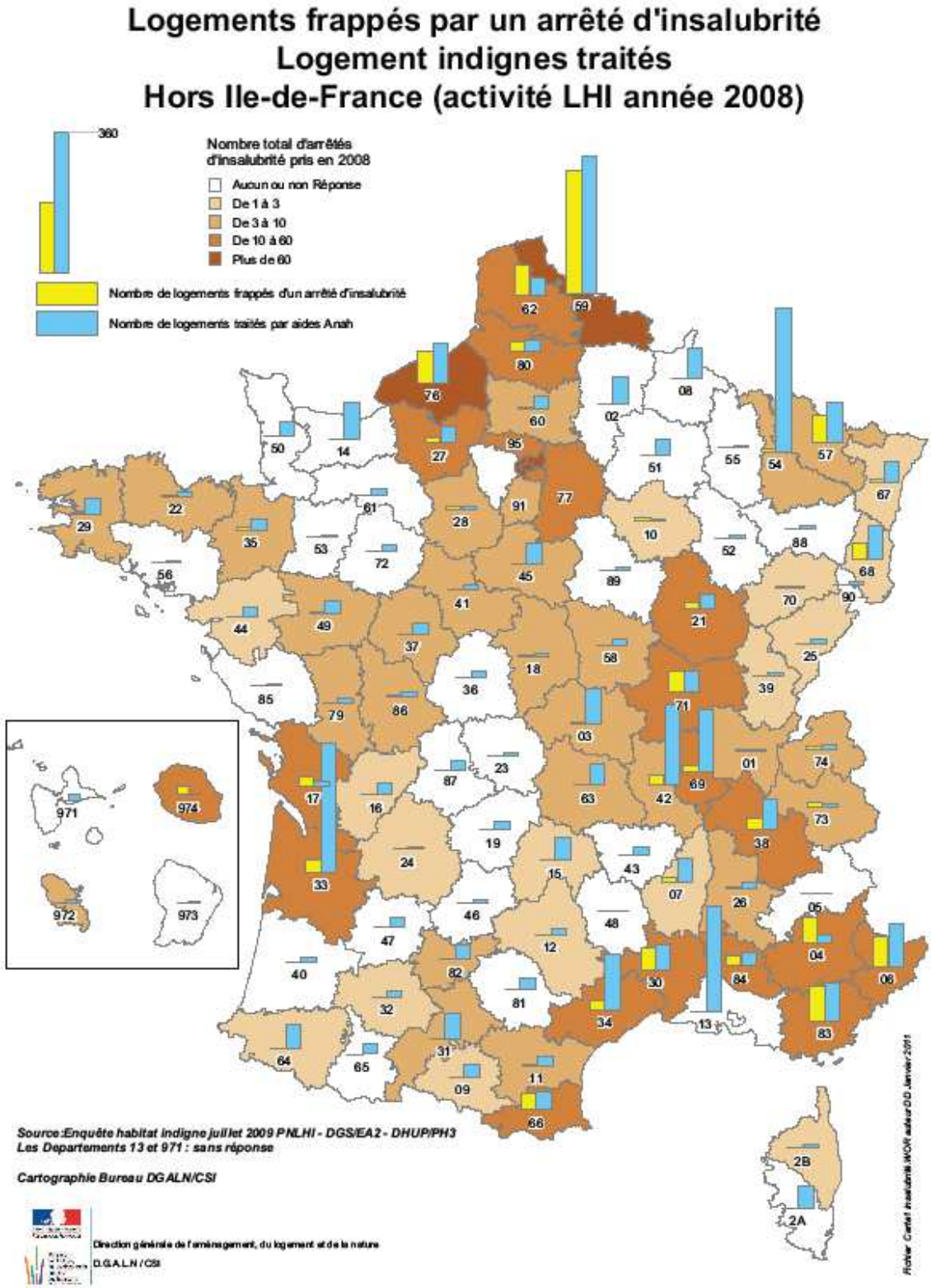
---

[19] Conseil des Ministres européen du 19 décembre 1984
[20] Rapport 2005-2006 de l'Observatoire Nationale de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) p.16
[21] Eurostat privilégie le seuil de 60 % du niveau de vie médian
[22] J.WRESINSKI. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale.*
Paris, Journal Officiel, 1987, p 14. (Avis et Rapports du C.E.S, n°6, 28 fév. 1987).
[23] CAMBOIS E. Les personnes en situation difficile et leur santé. ONPES Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004 ; La Documentation Française ; Paris 2004. p.101-126

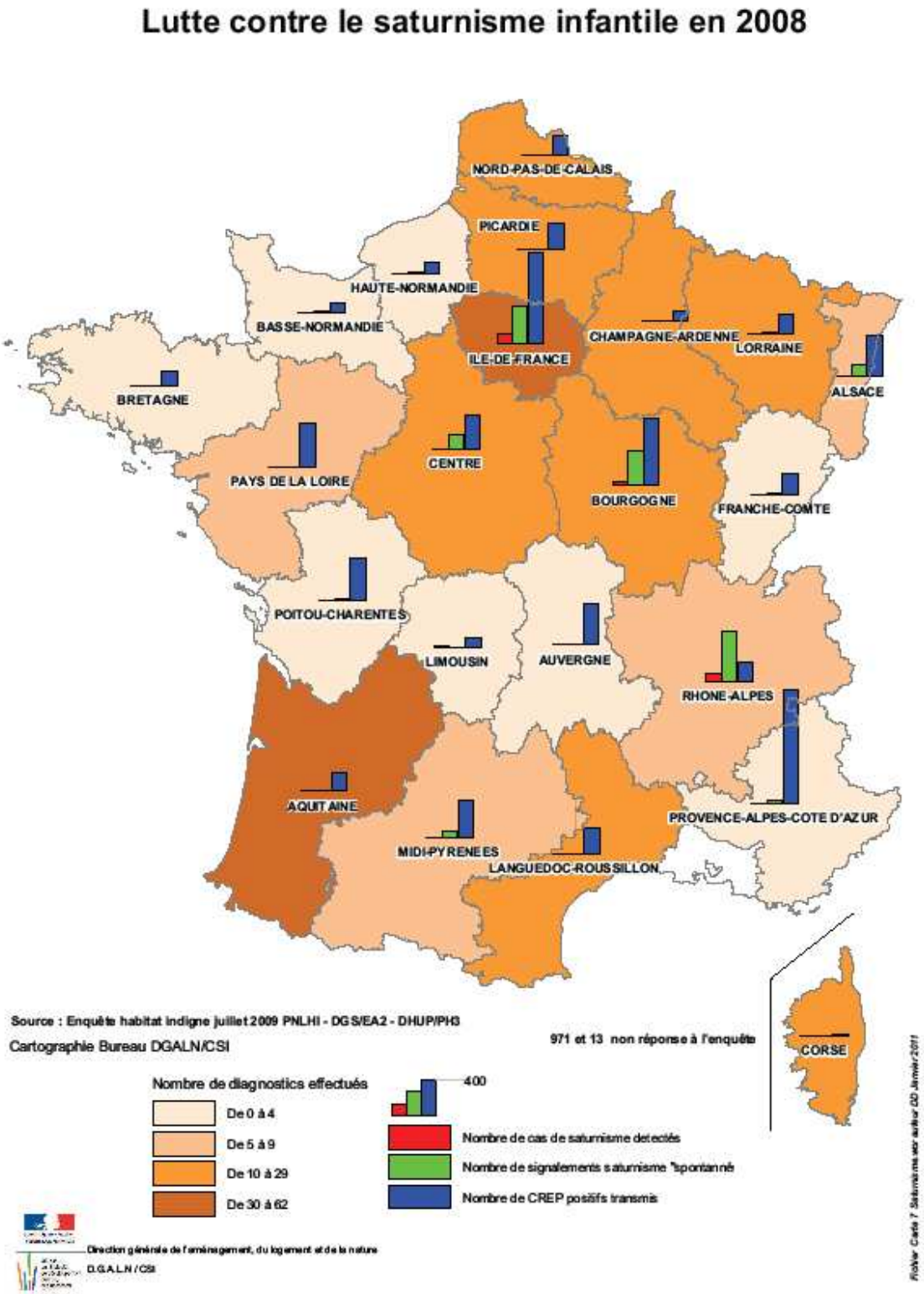
Exclusion

La conception de l'exclusion comme processus ou mode de vie doit être préférée à l'exclusion comme état ou entité (Rapport Pr Parquet Souffrance psychique et exclusion sociale - septembre 2003)
Pour définir la notion de « plus démunis ». Deux points importants :
notion d'exclusion longtemps définie comme la situation des personnes qui n'étaient pas ou plus inscrites dans le cadre de ceux qui étaient inclus, participant à la vie sociale. Les exclus sont des personnes « du dehors ». Cela contribue à donner aux exclus une image de passivité et à construire des politiques d'assistance plutôt que d'aide et de réhabilitation. Le Pr Parquet invite dans son rapport à réintroduire les personnes comme sujets de l'exclusion.

Annexe 2


Logements frappés par un arrêté d'insalubrité
Logement indignes traités
Hors Ile-de-France (activité LHI année 2008)
380
Nombre total d'arrêtés d'insalubrité pris en 2008
Aucun ou non Réponse
De 1 à 3
De 3 à 10
De 10 à 60
Plus de 60
Nombre de logements frappés d'un arrêté d'insalubrité
Nombre de logements traités par aides Anah
Source :Enquête habitat indigne juillet 2009 PNLHI - DGS/EA2 - DHUP/PH3
Les Departements 13 et 971 : sans réponse
Cartographie Bureau DGALN/CSI
Direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature
D.G.A.L.N / CSI

Annexe 2


Lutte contre le saturnisme infantile en 2008
NORD-PAS-DE-CALAIS
PICARDIE
HAUTE-NORMANDIE
BASSE-NORMANDIE
ILE-DE-FRANCE
CHAMPAGNE-ARDENNE
LORRAINE
ALSACE
BRETAGNE
CENTRE
PAYS DE LA LOIRE
BOURGOGNE
FRANCHE-COMTE
POITOU-CHARENTES
LIMOUSIN
AUVERGNE
RHONE-ALPES
AQUITAINE
MIDI-PYRENEES
LANGUEDOC-ROUSSILLON
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR
CORSE
Source : Enquête habitat indigne juillet 2009 PNLHI - DGS/EA2 - DHUP/PH3
Cartographie Bureau DGALN/CSI
971 et 13 non réponse à l'enquête
Nombre de diagnostics effectués
De 0 à 4
De 5 à 9
De 10 à 29
De 30 à 62
400
Nombre de cas de saturnisme detectés
Nombre de signalements saturnisme "spontanné
Nombre de CREP positifs transmis
Direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature
D.G.A.L.N / CSI

Annexe 3

Equipe projet restreinte pour l'élaboration du PRAPS :

Les trois pilotes du PRAPS Marie Cécile Marcellesi – Jasmine Moretti - Zahia Bédrani et Olivier Pontal

Composition des groupes de travail

Groupe de travail *Accès aux droits*	Groupe de travail Accès aux soins / Prise en charge médicale et sociale	Groupe de travail Prévention / Promotion de la santé et Accompagnement médico-social
Raphaële VERDIER (ASV Marseille centre)	Didier FEBVREL (Ville de Marseille)	Didier FEBVREL (Ville de Marseille)
José GARCIA (Promo Soins)	Nathalie MOLAS-GALI (ARS DT 13)	Nathalie MOLAS-GALI (ARS DT 13)
Line BERARD (DRJSC)	Line BERARD (DRJSC)	Sylvie GONDRE (ARS DT 05)
Catherine MILLION (CG 05)	Agnès GILLINO ; Patrick BARCAROLI (Médecins du Monde de Nice)	Nathalie TAY (CPCAM 13)
Cendrine LABAUME ; Céline BARRIER (Médecins du Monde Marseille)	Cendrine LABAUME ; Céline BARRIER (Médecins du Monde Marseille)	Sarah VERNIER (CRES PACA)
Geoffrey COUSIN (AIDES Marseille)	Laurence DERONT (ASV Valbonne)	Geoffrey COUSIN (AIDES Marseille)
Jean-Christophe MATTEÏ (AIDES RAM)	Jean-Christophe MATTEÏ (AIDES RAM)	Claire MASDURAND (ASV Vallauris)
Audrey BARILE (Direction Services Pénitentiaires)	Jean-Régis PLOTON (Autres Regards)	Jean-Régis PLOTON (Autres Regards)
Marjorie MAILLAND (COREVIH PACA Corse)	Docteur Florence HENRY (CG 05)	Géraldine MEYER (URIOPSS)
Laurence DERONT (ASV Valbonne)	Isabelle PESCHET (ARS PACA)	Christel-Aurore MACHADO (CG 05)
Michèle ZOLLER (SGAR ; DRDFE)	Michèle ZOLLER (SGAR ; DRDFE)	Michèle ZOLLER (SGAR ; DRDFE)
Clotilde ODEYE (FNARS)	José GARCIA (Promo Soins)	Cyril AMIC (Mutualité Française PACA)
Christiane GIRAUD (URPS)	Docteur Joëlle MARTINAUX (Ville de Nice)	Laurence PERNICE (UCSA Toulon La Farlède)
Caroline ZANNONE-MARTY, Bruno PANABIERES (CPCAM 13)	Docteur Pierre Pascal VANDINI, docteur Vincent GIRARD (EMPP)	Isabelle GINESTE (Mission locale Jeunes Avignon)
Anne-Marie GAILHAGUET (DT 84)	Isabelle LEDERNEZ (Réseau Santé Précarité ; ASV Antibes)	Brigitte FASSANARO (DDCS 13)
Anna ZAQUIN (DDCS 13)	Brigitte FASSANARO (DDCS 13)	Emmanuel GUICHARD (Association régionale des Missions locales)
L. MARTINET ; G. PRETELLI (CCAS de Marseille)	Julia MASSON (OSIRIS)	Anne Dominique Piney (Justice)
S. BEKEIRA, Virginie VENTRE (AMPIL)	Cécile DE BIDERAN ; Elisabeth FOUET (DDCS du Var)	Cécile DE BIDERAN ; Elisabeth FOUET (DDCS du Var)
Cécile DE BIDERAN ; Elisabeth FOUET (DDCS du Var)	JC MATTEI (AIDES)	Claire DURAND (ASV Fréjus)
Brigitte FASSANARO (DDCS 13)	Noelle VAN DEN BOSCH (ARS DT 13)	Marjorie MAILLAND (COREVIH PACA Corse)
Myriam GARRASSIN (Mutuelles de France)		Sara GOY (DDCS 13)
Noelle VAN DEN BOSCH (ARS DT 13)		Noelle VAN DEN BOSCH (ARS DT 13)
		Mohamed MOUDINE (CG 05) ; Daniele BESSON (CG 05)

GLOSSAIRE

ACS	:	Aide Complémentaire Santé
ACT	:	Appartement de Coordination Thérapeutique
ACSE	:	Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des chances
AME	:	Aide Médicale de l'Etat
ARS	:	Agence Régionale de Santé
ASV	:	Atelier Santé Ville
CAARUD	:	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues
CAF	:	Caisse d'Allocations Familiales
CASF	:	Code de l'Action Sociale et des Familles
CASO	:	Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation
CCPP	:	Commission de Coordination des Politiques Publiques
CHRS	:	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CIADT	:	Comité Interministériel d'Aménagement et de Développement du Territoire
CIV	:	Comité Interministériel des Villes
CLS	:	Contrat Local de Santé
CMU	:	Couverture Maladie Universelle
CMU-C	:	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAMTS	:	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNLE	:	Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale
CNS	:	Conférence Nationale de Santé
COG	:	Convention d'Objectifs et de Gestion
CPAM	:	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRSA	:	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSAPA	:	Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP	:	Code de la Santé Publique
CSP	:	Catégorie SocioProfessionnelle
CT	:	Collectivité Territoriale
CT	:	Conférence de Territoire
CUCS	:	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DDASS	:	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DIHAL	:	Délégation Interministérielle pour l'Hébergement et l'Accès au Logement des personnes sans-abri ou mal logées
DIRECCTE	:	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DREAL	:	Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
DRJSCS	:	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

EMPP	:	Équipe Mobile Psychiatrie Précarité
FTM	:	Foyer de Travailleurs Migrants
HPST	:	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IGAS	:	Inspection Générale des Affaires Sociales
IRDES	:	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
ISS	:	Inégalités Sociales de Santé
IST	:	Infection Sexuellement Transmissible
LAM	:	Lit d'Accueil Médicalisé
LHSS	:	Lit Halte Soins Santé
MSA	:	Mutualité Sociale Agricole
MSP	:	Maison de Santé Pluri professionnelle
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONPES	:	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
PASS	:	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PDAHI	:	Plan Départemental Accueil Hébergement Insertion
PDALPD	:	Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées
PMI	:	Protection Maternelle et Infantile
PRAPS	:	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRIAC	:	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRIPI	:	Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées
PRS	:	Projet Régional de Santé
PRSP	:	Plan Régional de Santé Publique
PSRS	:	Plan Stratégique Régional de Santé
RS	:	Résidence Sociale
RSI	:	Régime Social des Indépendants
SAMU	:	Service d'Aide Médicale Urgente
SAVS	:	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SROMS	:	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS	:	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SRP	:	Schéma Régional de Prévention
URIOPSS	:	Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux
URPS	:	Union Régionale des Professions de Santé
VIH	:	Virus d'Immunodéficience Humaine
ZUS	:	Zone Urbaine Sensible

Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

PROJET REGIONAL DE SANTE

Programme régional de télémédecine

2011 - 2016

PROJET

SOMMAIRE

1 Enjeux, objectifs et bénéfices attendus 3

1.1 Les enjeux pour le système de santé 3
1.2 Objectifs des usages de la télémédecine – Objectifs du PSRS 3
1.3 Les bénéfices attendus de la télémédecine 3
1.3.1 Bénéfices pour le patient 3
1.3.2 Bénéfices pour les professionnels de santé 4
1.3.3 Bénéfices pour les pouvoirs publics 4

2 Contexte règlementaire 4

2.1 Télésanté 4
2.2 La télémédecine 5
2.3 Définition des actes de télémédecine 5
2.4 Modalités de réalisation des actes de télémédecine 6
2.5 Contraintes opérationnelles, continuité de la prise en charge 6
2.6 Organisation de l'activité de télémédecine 7
2.7 Financement des actes et de l'activité de télémédecine 8
2.7.1 La tarification des actes de télémédecine 8
2.7.2 L'organisation de l'activité de télémédecine 8
2.7.3 Focus sur le financement 2011 : 8

3 Stratégie de déploiement de la télémédecine 9

3.1 Stratégie nationale 9
3.2 Stratégie régionale 9
3.2.1 Les orientations du Schéma Régional des Systèmes d'Information en Santé (SDRSIS) 10
3.2.2 Organisation régionale 12

4 Annexes 19

Annexe 1 - Eléments constitutifs des dossiers projets Télémédecine 19
Annexe 2 – Fiche de suivi des projets en cours 20

5 Glossaire 21

PROJET

1 Enjeux, objectifs et bénéfices attendus

1.1 Les enjeux pour le système de santé

La télémédecine est de nature à constituer un facteur clé d'amélioration de la performance de notre système de santé. Son usage dans les territoires constitue en effet une réponse organisationnelle et technique aux nombreux défis épidémiologiques (vieillissement de la population, augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et de poly-pathologies), démographiques (inégale répartition des professionnels sur le territoire national) et économiques (contrainte budgétaire) auxquels fait face le système de santé aujourd'hui.

1.2 Objectifs des usages de la télémédecine – Objectifs du PSRS

La promotion de ce nouveau mode d'exercice de la médecine poursuit 6 grands objectifs indissociables

- Améliorer l'accessibilité de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire, notamment dans les zones enclavées, isolées ou sous-denses.
- Impulser une meilleure coordination entre les secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire
- Mieux articuler les soins de proximité et le second recours pour notamment offrir une meilleure lisibilité et visibilité du parcours de santé.
- Favoriser un recours maîtrisé au système curatif en diminuant la fréquentation des services d'urgences, le recours aux dispositifs de permanence des soins, les hospitalisations inadéquates et les transports.
- Prendre en compte les besoins et attentes du patient, acteur à part entière de sa santé, en facilitant le maintien à domicile ou en établissement médico-social, des personnes en situation de perte d'autonomie ou souffrant de maladies chroniques.
- Améliorer en toute sécurité le partage de l'information entre professionnels de santé

1.3 Les bénéfices attendus de la télémédecine

Les bénéfices attendus de la télémédecine doivent porter sur trois axes. L'axe « Patient », l'axe « Professionnel de Santé » et l'axe « Institutionnel »

1.3.1 Bénéfices pour le patient

- Apporter une réponse adaptée dès le début de la prise en charge
- Diminuer de la fréquence et de la durée des hospitalisations, des transports
- Améliorer le confort du patient (et de son entourage) qui se sent plus sécurisé par une meilleure prise en compte des ses besoins
- Favoriser une meilleure prise en charge (cf. téléimagerie, télésurveillance…)
- Amélioration de l'accès aux soins

PROJET

1.3.2 Bénéfices pour les professionnels de santé

- Pallier l'isolement géographique d'une équipe
- Optimiser le temps médical et encourager les échanges médicaux
- Décloisonner les activités, renforcer les collaborations, Initier de nouvelles formes de partenariat entre professionnels de santé
- Attractivité de cette nouvelle organisation

1.3.3 Bénéfices pour les pouvoirs publics

- Un levier pour un meilleur aménagement du territoire de santé en lien avec les spécificités locales
- Optimiser la gestion des ressources
- Maitriser les dépenses
- Améliorer la coordination entre la prévention, les soins et le médico-social.

PROJET

2 Contexte règlementaire

Si la télémédecine fait l'objet d'une définition par décret, la télésanté, elle, n'a pas de définition légale.

2.1 Télésanté

La définition qui sera retenue dans le programme régional de télémédecine s'appuie sur celle décrite dans le rapport parlementaire « ***La Télésanté : Un atout au service de notre bien être*** » remis au Ministre de la santé et des sports par le député P. Lasbordes le 15 octobre 2009.

« *La télésanté est l'utilisation des outils de production, de transmission, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiques tant médicales que médico-sociales* »
(Rapport Lasbordes – 15 octobre 2009)

Le champ d'application de la télésanté est donc plus vaste que celui de la télémédecine. On peut énumérer de manière non exhaustive quelques applications de la télésanté :

(*Source : Rapport Lasbordes – 15 octobre 2009*)

la téléinformation : capacité à accéder à un portail grand public sur lequel les usagers/patients et les acteurs du monde médico-social pourront accéder à des informations de prévention et de recommandations sanitaires, à des alertes (situations de crise, épidémie), à des conseils et bonnes pratiques, à des annuaires, des guides d'accompagnement leur permettant d'identifier le point d'entrée qui correspond à leur problématique ;

la télévigilance : alerte, suivi et accueil téléphonique des personnes utilisant notamment des capteurs dynamiques de positionnement, de comportement, de fonctionnement d'organes vitaux ou d'appareils supplétifs et des outils de géolocalisation (par exemple pour les pathologies type Alzheimer) ;

le « télémonitoring » : enregistrement de divers paramètres physiologiques sur un patient et transmission aux professionnels concernés (médecins, sages-femmes, infirmières…) souvent dans le

cas de pathologies chroniques : enregistrement de la tension artérielle, surveillance des insuffisants respiratoires chroniques, surveillance des grossesses à risque ;
la télécollaboration : outils d'animation de communautés et de réseaux de santé, plates-formes collaboratives dédiées ;

le télémajordome : outils et offres de services permettant à distance de commander ou mettre en oeuvre des services d'accompagnement (restauration, aides à domicile…) notamment pour les maladies chroniques, les hospitalisations à domicile, les personnes handicapées… ;

la téléanimation : accès à une gamme d'outils interactifs (loisirs, messageries multimédia simplifiées, web conférences…) incitant les usagers/patients à conserver un lien social et un minimum d'activité physique et cérébrale (explosion très significative des « jeux électroniques » pour seniors ou expérimentations d'activités physiques assistées réalisées par des kinésithérapeutes dans le domaine de la réadaptation) ;

la téléformation : services de télécommunications synchrones ou asynchrones ; téléphonie, visioconférence, messagerie, forums, serveurs d'images. Ces services de formation à distance, s'adressant à des étudiants ou à des professionnels de santé, permettent l'accès à un savoir-faire ou à des connaissances, quelle que soit leur localisation (base de données médicales sur le web, modules de e-learning, interventions chirurgicales visualisées à distance par des internes…) ;

la téléprescription : elle permet la dématérialisation des prescriptions médicales et offre d'éviter les déplacements inutiles.

2.2 La télémédecine

La réforme de l'organisation des soins, impulsés par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, constitue un facteur organisationnel fort pour la mise en place de la télémédecine.

Le **décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 ,** dit « decret « Télémedecine », constitue une étape structurante pour son développement.

Définie dans l'article 78 de la loi HPST, la télémédecine est une « forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication ». La loi précise qu'elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. La télémédecine permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou réaliser des prestations ou des actes, ou encore d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

2.3 Définition des actes de télémédecine

La définition des actes de télémédecine, leurs conditions de mise en oeuvre ainsi que la prise en charge financière, **fixées par décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010** , tiennent compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique.

La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;

PROJET

La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;

La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;

La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;

La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 du code de la santé publique et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique.

2.4 Modalités de réalisation des actes de télémédecine

Actes de télémédecine			
Dénomination de l'Acte	**Personnes présentes sur le lieu d'exercice**		**Activité réalisée**
	Sur place	**A distance**	
Téléconsultation	Patient et professionnel de santé	Professionnel médical	Consultation par un médecin
Télé expertise	Professionnel médical	Professionnel médical	Avis d'expert pour diagnostic et/ou traitement thérapeutique
Télé-surveillance médicale	Patient et éventuellement professionnel de santé	Professionnel médical	Interprétation de données cliniques, radiologiques, biologiques
Téléassistance médicale	Patient et professionnel de santé	Professionnel médical	Aide d'expert pour accomplissement de l'acte médical

2.5 Contraintes opérationnelles, continuité de la prise en charge

La télémédecine comme tout acte de nature médicale, doit respecter les principes de droit commun de l'exercice médical et du droit des patients, des règles de compétences et de coopérations entre professionnels de santé, du financement des structures et professionnels de santé et des structures médico-sociales, et des échanges informatisés sécurisés de données de santé.

Les exigences obligatoires quant à la traçabilité de l'acte de télémédecine sont demandées. En effet, sont inscrits dans le dossier du patient :

PROJET

- Le compte rendu de la réalisation de l'acte ;
- Les actes et les prescriptions médicamenteuses effectuées ;
- L'identité des professionnels de santé participant à l'acte ;
- La date et l'heure de l'acte ;
- Le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.

Les actes de télémédecine, se font avec le consentement libre et éclairé du patient. Le patient doit donc être informé de manière claire des conditions de cet acte. La formalisation de ce consentement n'est pas obligatoire.

Le patient peut ne pas donner son consentement à la réalisation d'actes de télémédecine.

Les conditions techniques de qualité et de sécurité du dispositif respectent les modalités générales d'élaboration des référentiels validés par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP santé), relatifs à la qualité et à la confidentialité des données. Le cadre de mise en oeuvre doit allier sécurité et souplesse d'utilisation, de façon à permettre le développement effectif de ces nouvelles organisations et pratiques professionnelles.

2.6 Organisation de l'activité de télémédecine

L'organisation de télémédecine est encadrée par un programme national défini par arrêté des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie ou par des orientations régionales déterminées à partir des priorités du PRS.

Dans tous les cas, la contractualisation entre l'Agence Régionale de Santé et les organismes de santé est obligatoire. Ces contrats doivent prendre en compte d'une part les orientations nationales, d'autre part les préconisations et axes stratégiques du programme régional de télémédecine adapté, le cas échéant, aux spécificités locales.

Ce contrat peut être :

- un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu avec une structure de santé

- un contrat ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins conclu avec, une structure ou un professionnel de santé ;

Porteur du projet	Type de contrat
Etablissement de santé, Maison de santé pluri-disciplinaires, secteur médico-social, GCS , Réseaux	CPOM et ses annexes
Professionnels de santé libéraux, pôles de santé	Contrat spécifique

Par ailleurs, une convention doit être systématiquement signée entre les partenaires qui concourent à une activité de télémédecine afin de clarifier les droits et devoirs incombant à chacun des acteurs.

Dans le cadre de la mise en conformité de projets, il sera possible de constater que les pratiques actuelles nécessitent une délégation de tâches entre professionnels de santé.
L'ARS pourra alors demander aux porteurs de projets de formaliser une demande d'agrément de leur protocole de coopérations pour transmission , par l'ARS, à l'HAS.

PROJET

2.7 Financement des actes et de l'activité de télémédecine

Il faut distinguer le remboursement des actes de télémédecine (tarification des actes) du financement de l'organisation de l'activité de télémédecine.

2.7.1 La tarification des actes de télémédecine

La tarification des actes de télémédecine est intégrée au droit commun du financement des structures et professionnels de santé et des structures médico-sociales, dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 (dispositions générales relatives aux prestations et aux soins), L. 162-14-1 (dispositions relatives aux relations conventionnelles), L. 162-22-1 (dispositions relatives aux frais d'hospitalisation en SSR et psychiatrie), L. 162-22-6 (dispositions relatives aux frais d'hospitalisation en MCO), et L. 162-32-1 (dispositions relatives aux centres de santé) du code de la sécurité sociale.

2.7.2 L'organisation de l'activité de télémédecine

L'organisation de l'activité de télémédecine peut être financée au titre du dispositif prévu à l'article L. 221-1-1 (dispositions relatives au FIQCS), ainsi qu'au L. 162-22-13 (dispositions relatives aux MIGAC) du code de la sécurité sociale, ainsi que dans les conditions prévues aux articles L.314-1 (FAM) et L.314-2 (EHPA) du code de l'action sociale et des familles.

La CNAMTS fournira une liste d'actes susceptibles d'entrer dans le périmètre de la télémédecine, notamment en termes d'imagerie dans le cadre de la permanence des soins, de la prise en charge de l'AVC et soins aux détenus.

La DSS fournira une fiche sur l'élaboration des nomenclatures et sur la construction des tarifs, recensant également les modalités de tarification et de facturation qui pourront éventuellement servir à la tarification ou à la facturation d'actes de télémédecine.

2.7.3 Focus sur le financement 2011 :

La Direction générale de l'offre de soins et l'Agence des systèmes d'information partagés en santé ont défini les modalités du soutien financier au déploiement de la télémédecine dans les régions pour l'année 2011.

Toutes les Agences Régionales de Santé bénéficieront de moyens financiers destinés à la promotion de projets innovants et s'inscrivant dans les grandes orientations fixées par le comité de pilotage national interministériel animé par la DGOS avec l'appui de la Délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé.

Ce financement global a pour objet de favoriser et soutenir la mise en place ou le déploiement de projets de télémédecine existants ou prêts à être mis en œuvre.

En 2011, la Direction générale de l'offre de soins et l'Agence des systèmes d'information partagés ont défini les modalités du soutien financier au déploiement de la télémédecine :

- Enveloppe déléguée dans le cadre du Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés,
- Subvention directe de l 'ASIP Santé dans le cadre d'appel à projets.

PROJET

3 Stratégie de déploiement de la télémédecine

3.1 Stratégie nationale

Cinq priorités nationales :

- Imagerie et télé radiologie au service de la permanence des soins ;
- Prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC) ;
- Santé des personnes détenues ;
- Prise en charge des maladies chroniques (insuffisance rénale chronique, insuffisance cardiaque ou diabète…)
- Soins dans le cadre de structures médico-sociales ou d'hospitalisation à domicile (HAD).

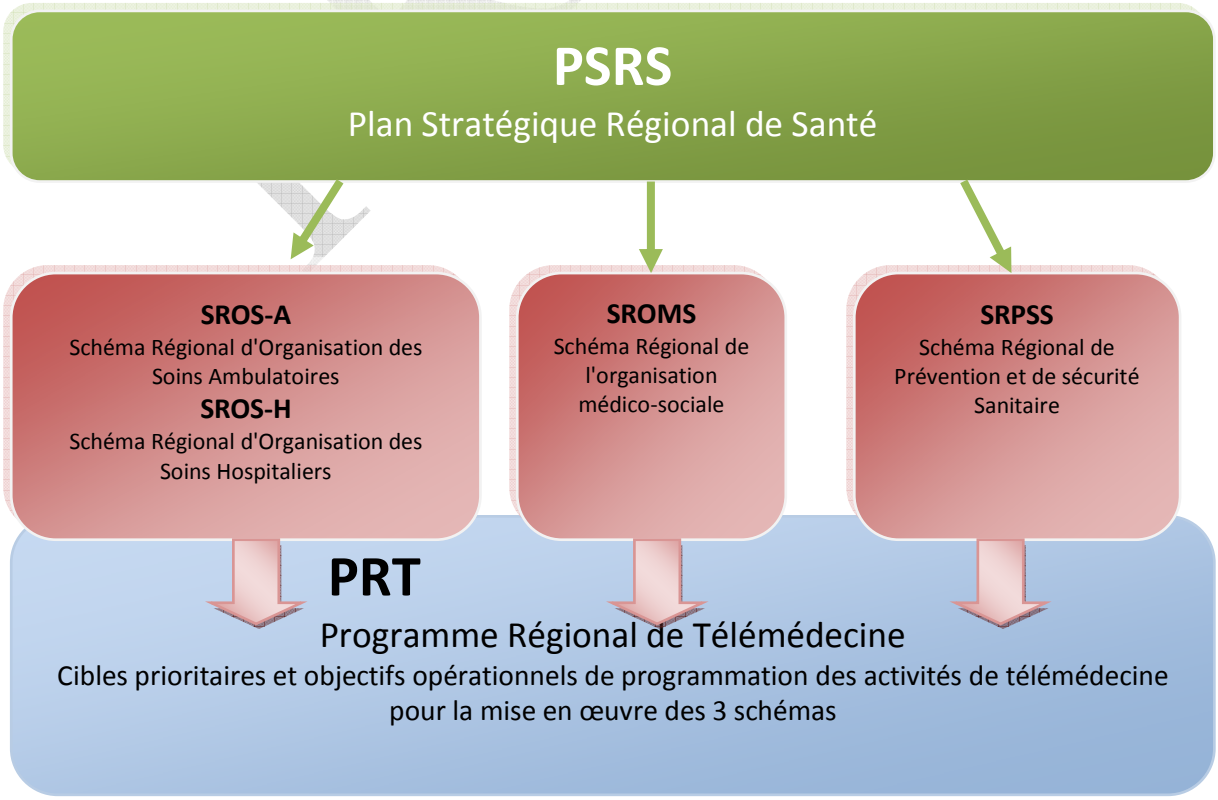
Il s'agit, à partir de ces 5 chantiers prioritaires, de construire des modèles organisationnels et financiers pérennes et modélisables à d'autres types de prise en charge ou pathologie.

Les régions qui mettront en œuvre ces chantiers prioritaires pourront s'appuyer sur les travaux menés au niveau national (Ministère de la Santé, ANAP, ASIP, HAS…) tant en termes d'expertise juridique, financière que de gestion du changement.

3.2 Stratégie régionale

Le Programme Régional de Télémédecine (PRT) a pour objet de décliner les modalités spécifiques d'application des trois schémas du Projet Régional de Santé en matière de télémédecine.

Il s'inscrit donc dans une démarche stratégique, prospective et concertée afin de proposer un ensemble cohérent et organisé des activités de télémédecine à l'échelle territoriale.



PROJET

Le Programme Régional Télémédecine est un programme transversal, il est commun à tous les acteurs de la santé, des secteurs sanitaire et médico-social. Il fait partie des moyens attribués aux ARS pour structurer l'offre sanitaire et médico-sociale en réponse aux besoins de santé des populations et particularités des territoires de santé.

Il est préparé d'une part sur la base des priorités et des objectifs du plan national de déploiement de la télémédecine et d'autre part sur la base des priorités, des objectifs et des principes d'action identifiés dans le PRS.

Outil stratégique et opérationnel, il précise les axes prioritaires et les modalités de déploiement et de régulation des activités de télémédecine sur un territoire de santé en adéquation avec les besoins sanitaires identifiés dans le PSRS en termes d'organisation, d'efficience que de qualité.

Arrêté pour une durée maximale de cinq ans, il pourra être révisé en tant que de besoin afin de prendre en compte le caractère émergent et rapidement évolutif de la télémédecine.

Le déploiement de la télémédecine en région devra s'adapter aux enjeux et à la complexité du domaine afin de :

- Fédérer les différents acteurs (ARS, professionnels de santé, établissements de santé et structures médico-sociales, industriels, prestataires de service, usagers …) et leur donner la visibilité nécessaire à leur engagement ;
- Créer les pré-requis organisationnels, économiques, techniques, éthiques et médicaux au développement de la télémédecine
- Assurer l'articulation et la cohérence entre orientations nationales et priorités régionales
- Mutualiser les projets régionaux
- Favoriser la collaboration par le développement des échanges d'information
- Développer les innovations technologiques dans le secteur sanitaire et médico-social
- Mettre à disposition des services à forte valeur ajoutée
- S'appuyer sur les outils proposés par l'espace numérique régional de santé (ENRS)
- Assurer la fluidité et le partage des informations
- Tendre vers une diffusion des informations en temps réel
- Organiser les flux patients autour des filières de soins

Passer d'une phase de pionniers à une phase d'amorçage d'un déploiement réel de la télémédecine nécessite d'avancer étape par étape selon la maturité de certains déterminants (niveau d'intégration de la télémédecine dans l'organisation des soins actuels, développement sur les zones prioritaires identifiées, fiabilité des outils mis en oeuvre….)

Il est important de souligner qu'au-delà des priorités définies, la politique régionale en matière de télémédecine doit rester ouverte à l'innovation, que ce soit en termes d'organisations ou de technologies, en particulier chaque fois que cette innovation pourra optimiser l'offre de soins et son efficience.

3.2.1 Les orientations du Schéma Régional des Systèmes d'Information en Santé (SDRSIS)

L'ASIP Santé a lancé en avril 2010 l'appel à projet « Emergence » visant à favoriser la structuration des maitrises d'ouvrage régionales, en participant au financement de prestations nécessaires à l'émergence ou au renforcement de ces structures régionales.

PROJET

Le projet EMERGENCE en région PACA, piloté et coordonné par le GCS « e-SantéPACA » avait pour objectifs :

- D'élaborer une feuille de route partagée de projets de Télésanté pour les trois années à venir. (2011-2013) en réponse aux besoins et préoccupations exprimées par des professionnels de santé.
- Faire évoluer l'ENRS PACA par l'ajout de services à forte valeur ajoutée métier
- Définir un portefeuille de projets d'e–services santé, dans le cadre des recommandations nationales (ASIP) et régionales (ARS), et convergeant vers le DMP
- Fédérer les acteurs locaux autour de la construction et le partage d'une vision commune

Les résultats des travaux menés sur une période de 6 mois ont permis d'élaborer en concertation avec les acteurs de santé la trajectoire suivante :

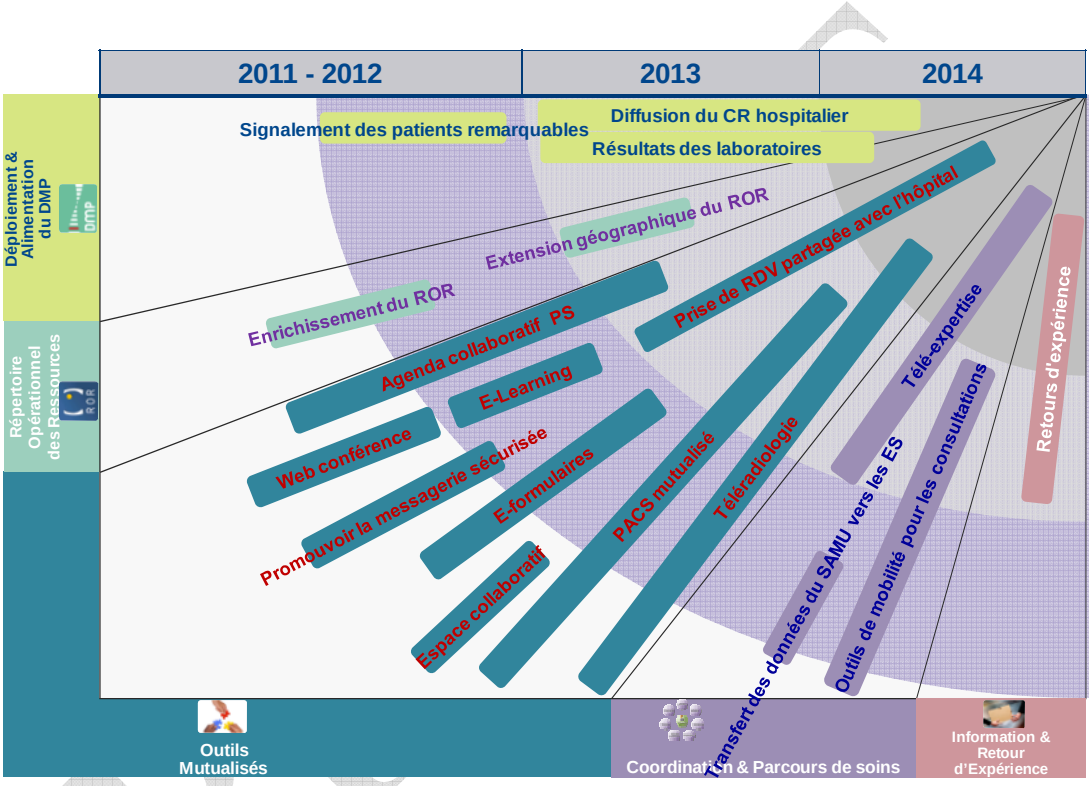


Schéma directeur régional des systèmes d'information de santé	Activité	Début prévisionnel
DEPLOIEMENT ET ALIMENTATION DU DMP		
· Diffusion de comptes-rendus hospitaliers	Télésanté	S1 - 2013
· Résultats des laboratoires	Télémédecine	S1 - 2013
· Signalement des patients remarquables	Télémédecine	S1 - 2012
COORDINATION ET PARCOURS DE SOINS		
· Télé expertise	Télémédecine	S1 - 2013
· Télé radiologie	Télémédecine	S2 - 2011
· Transfert des données du SAMU vers les centres hospitaliers	Télésanté	S1 - 2012
· Outils de mobilité pour les consultations	Télémédecine	S1 - 2012
OUTILS MUTUALISES		
· agenda collaboratif PS	Télésanté	T4 - 2011
· Prise de rendez-vous avec l'hôpital	Télésanté	S1 - 2013
· Web conférence	Télésanté	T4 - 2011
· E-Learning	Télésanté	S2 - 2012
· Promotion de la messagerie sécurisée	Télésanté /Télémédecine	T4 - 2011

· PACS mutualisé	Télémédecine	T4 - 2011
· E-formulaires	Télésanté	T4 - 2011
· Espaces collaboratifs	Télésanté	T4 - 2011
REPERTOIRE OPERATIONNEL DES RESSOURCES		
· Enrichissement du ROR , Catalogue de services des établissements de santé, Disponibilité des places dans les établissements	Télésanté	T4 - 2011
· Extension géographique du ROR	Télésanté	S1 - 2013
INFORMATION ET RETOURS D'EXPERIENCE		
· Retours d'expérience	Télésanté	S1 – 2013

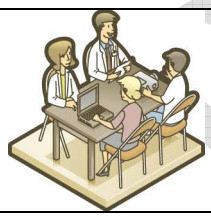
Les 18 projets retenus s'inscrivent tous dans le domaine de la télésanté et 6 émargent dans le domaine spécifique d'application de la télémédecine.

3.2.2 Organisation régionale

3.2.2.1 Groupe « Télémédecine »

Le groupe « Télémédecine » est constitué au niveau régional.
Il est chargé de l'élaboration et du suivi du programme de télémédecine. Le groupe « Télémédecine » cible les objectifs prioritaires régionaux, accompagne les projets de télémédecine et assure le pilotage régional de la Télémédecine.
Le groupe télémédecine est composé d'une «cellule permanente» et des 5 référents ARS en lien avec les chantiers nationaux prioritaires (Imagerie, AVC, Santé des personnes détenues, Prise en charge des maladies chroniques, Soins dans les structures médico-sociales). En cas de besoin, des experts thématiques sont associés aux travaux du groupe.

Afin de capitaliser sur l'existant en région, les travaux du groupe de travail « Télémédecine » s'appuient notamment sur les actions menées par l'Observatoire Régional des Urgences (GIP ORUPACA) et la maitrise d'ouvrage régionale (GCS e-SantéPACA).

	**Groupe « Télémédecine »** Fréquence des réunions : Trimestrielle Durée de vie: Permanent	
Missions	Cibler les usages prioritaires régionaux de télémédecine	Cohérence avec les 5 chantiers prioritaires nationaux
		Donne un avis sur les thématiques émergentes ou innovantes
	Pilotage régional Télémédecine	Réalise un état des lieux
		Lance des appels à projets télémédecine
		Renforce la communication, la promotion et le partage d'expérience
	Accompagnement des projets.	Informe tous les acteurs du domaine (PS, CRSA, AM,…)
		S'assure de la cohérence du modèle organisationnel
		Recherche de modèles économiques

PROJET

		pérennes
Composition	Cellule permanente	
	Référents ARS – Chantiers prioritaires nationaux	
	Selon l'ordre du jour	
	Observatoire régional des Urgences (ORUPACA)	
	Maitrise d'ouvrage régionale (GCS e-SantéPACA)	
	Professionnels de santé experts	

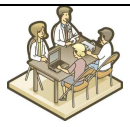
La cellule permanente constitue, au sein de l'ARS, le groupe d'instruction des projets de télémédecine. Elle est le « guichet unique » des projets de télémédecine et de télésanté portés par des promoteurs régionaux et sur lesquels elle donne un avis.

La cellule permanente centralise tous les projets de télémédecine et de télésanté.

Les projets de télémédecine et de télésanté sont enregistrés au fil de l'eau et un tableau récapitulatif est adressé mensuellement aux délégations territoriales concernées.
Lors de l'instruction mensuelle des projets de télémédecine et de télésanté, les délégations territoriales sont associées aux travaux du groupe instructeur.

La cellule permanente est composée de membres, compétents sur les aspects médicaux, juridiques, organisationnels et techniques et d'un assistant administratif.

En cas de besoin, la cellule permanente prend l'attache du référent ARS en lien avec les chantiers nationaux prioritaires (Imagerie, AVC, Santé des personnes détenues, Prise en charge des maladies chroniques, Soins dans les structures médico-sociales) et peut mettre en place un comité technique.

	**Cellule permanente « Télémédecine »** Fréquence des réunions : Mensuelle Durée de vie : permanent	
Missions	Centralise les projets de télémédecine et de télésanté	
	Elaboration des dossiers type de dépôt de projet télémédecine	
	Définition des grilles d'analyses associées	
	Donne un avis sur les projets de télémédecine et de télésanté et prépare les conventions à la signature du DGARS	
	Assure le suivi et le reporting des projets	
Composition	Compétence juridique	
	Compétence médicales	
	Compétence organisationnelle	
	Compétence techniques	
	Assistant administratif	
	En cas de besoin	
	Référents thématique ARS	Comité technique
	Délégations territoriales	

PROJET

3.2.2.2 Priorités régionales du programme régional de télémédecine

Les priorités du programme régional de télémédecine intègre les cinq priorités nationales et les priorités régionales proposées dans le cadre du schéma directeur régional.

Il est essentiel de considérer à côté des priorités de télémédecine le développement de services ciblés de télé santé qui permet le support des activités de télémédecine ainsi que l'amélioration importante du fonctionnement et de l'organisation de notre système de santé. Ces éléments étant visés dans les différents schémas du projet régional de santé, il est important de les regrouper et d'en concevoir le déploiement dans le cadre du programme régional de télémédecine.

Ainsi, nous présentons dans les tableaux suivants chacune des priorités retenues, les projets programmés pour chacune des priorités de télémédecine puis les priorités retenues dans le champ de la télé santé.

Priorités de télémédecine

Priorités	Actes de télémédecine associé	Objectifs	Indicateurs de suivi
Télé radiologie dans le cadre de la PDSES	Téléconsultation Télé expertise Téléassistance d'un manipulateur	• Assurer la continuité et la permanence de soins dans le contexte de pénurie de radiologues et d'augmentation de la demande d'examens d'imagerie • Optimiser l'organisation	• Nb d'interprétation en urgence/site • Nb d'interprétation hors urgence/site • Répartition horaire des interprétations
PACS mutualisé	Télé expertise Téléconsultation	• Mettre en œuvre une plateforme technique de PACS ouverte à l'ensemble des établissements et structures de santé de la région, proposant un dispositif d'archivage légal intégré à la solution, également utilisable par les établissements ou structures de santé déjà équipés d'un PACS. • Définir un modèle organisationnel compatible avec la première phase de déploiement et pouvant être généralisé par extension à de nouveaux établissements ou structures publiques et privées et respectant les recommandations nationales de sécurité et de convergence vers le DMP	• Nombre d'ETS adhérant pour une solution totale • Nombre d'ETS adhérant pour une solution archivage uniquement • Nb examens archivés /site • Volume archivé/site • Répartition des examens archivés par catégorie
Avis neurochirurgical	Télé expertise	• Equipement en station de	• Nb sites équipés

PROJET

		télémédecine de la totalité des SAU de PACA à fin 2012/début 2013	• Nb d'avis demandé • Nb d'avis suivis de transfert • Nb d'avis de suivis • Nombre de transferts évités • Nb d'avis par passages aux urgences / Site • Nb Avis / Pathologies
Prise en charge AVC	Téléconsultation Téléassistance Télé expertise	• Optimiser l'organisation de la prise en charge par la gradation des compétences établies entres les différentes structures, dans la phase aigüe de l'AVC. • Rendre accessible l'expertise neuro-vasculaire	• Nb thrombolyses réalisées dans le cadre de la télémédecine • Nb avis formalisés avec transfert • Nb avis formalisés sans transfert • Nb patient/ type imagerie utilisée
Diffusion de résultats de LABM	Télé expertise	• Diffuser les résultats de manière sécurisée vers la médecine de ville • Optimiser le fonctionnement en réseau et l'interprétation à distance des examens de biologie dans un contexte de raréfaction des praticiens biologistes et de regroupement des LABM (en perspective)	• Nb de transmissions sécurisées/site
Santé des personnes détenues	Téléconsultation Télé expertise Téléassistance Télésurveillance	• Faire bénéficier les personnes détenues de la continuité et de la qualité des soins • Accéder à des consultations de spécialités sans recours à des extractions vers un CH.	• Nb de consultations spécialisées effectuées. • diminution du nombre d'extraction vers un CH.
Signalement des patients remarquables	Téléconsultation Régulation	• Eviter les hospitalisations injustifiées par le signalement en amont de patients identifiés dans le cadre de prises en charge en réseau	• Nb signalements • Nb appels pour patients signalés • Nombre d'hospitalisations de personnes signalées
Soins en secteur médico social	Téléconsultation Télé expertise Télésurveillance	• Eviter les déplacements de personnes fragiles	• Nombres de consultations réalisées /spécialité concernée
Prises en charge des patients atteints d'une maladie chronique	Téléconsultation Télé expertise Télésurveillance	• Axes à developper	• Axes à developper
Soins de proximité	Téléconsultation		

PROJET

	Téléexpertise Télésurveillance Téléassistance		
Soins en HAD	Téléconsultation Téléexpertise Télésurveillance Téléassistance		
Consultations Psy déportées	Téléconsultation Téléexpertise		

Priorités de télésanté

Projets	Objectifs	Indicateurs
Diffusion de comptes-rendus hospitaliers	Déployer et alimenter le DMP	• Respect planning prévisionnel de lancement • Indicateurs spécifiques projet définis dans la note de cadrage de lancement
Transfert des données du SAMU vers les centres hospitaliers	Améliorer la coordination et le parcours de soins	• Respect planning prévisionnel de lancement • Indicateurs spécifiques projet définis dans la note de cadrage de lancement
Agenda collaboratif des professionnels de santé	Développer les outils mutualises	• Respect planning prévisionnel de lancement • Indicateurs spécifiques projet définis dans la note de cadrage de lancement
Prise de rendez-vous avec l'hôpital		• Respect planning prévisionnel de lancement • Indicateurs spécifiques projet définis dans la note de cadrage de lancement
Web conférence		• Nb Webconférences organisées • Durée moyenne d'une webconférence • Nb moyen de participants /web Conférence
E-Learning		• Respect planning prévisionnel de lancement • Indicateurs spécifiques projet définis dans la note de cadrage de lancement
Promotion de la messagerie sécurisée		• Nb de messages échangés • Nb de messages avec pièce jointe echangés • Volume des pièces jointes échangées • Nb compte de messagerie créés
E-formulaires		• Respect planning prévisionnel de lancement • Indicateurs spécifiques projet définis dans la note de cadrage de lancement
Espaces collaboratifs		• Nb espaces collaboratifs créés • Nb connexions aux espaces collaboratifs

PROJET

		• Volume en Mo des documents déposés sur les espaces collaboratifs • Nb utilisateurs par espace collaboratif
Enrichissement du ROR , Catalogue de services des établissements de santé, Disponibilité des places dans les établissements	Etendre les fonctionnalités du Repertoire operationnel des ressources	• Nb de services des ES cartographiés
Extension géographique du ROR		•
Information et retours d'experience	Disposer d'une base de connaissance sur les projets de télésanté	•

3.2.2.3 Eléments de cadrage d'élaboration et d'accompagnement dans la mise en œuvre des projets :

Les promoteurs de projets de télémédecine veilleront au respect des exigences requises suivantes :

1. **Définir le projet médical territorial ou régional qui sous tend l'activité de télémédecine**

Tout projet de télémédecine est avant tout un projet médical répondant à des objectifs bien précis reposant sur une organisation innovante rendue possible grâce à la technologie. Il est donc essentiel de définir le projet médical et l'organisation afférente et non le contraire c'est-à-dire adapter l'organisation à la technologie.

2. **➔Construire des projets interopérables et modélisables**

Tous les projets doivent s'inscrire dans une démarche vertueuse et modélisables en identifiant les facteurs clés de succès et les modalités de conduite de changement des organisations et des pratiques.

Cette reproductibilité doit être intégrée en amont dans le choix des organisations afin que les premières solutions soient pérennes et généralisables. En ce sens, tout projet de télémédecine doit proposer des solutions et organisations pensées de manière transversale afin de pouvoir répondre à d'autres types de prise en charge ou encore d'autres pathologies.

D'un point de vue technique, les solutions mises en œuvre intègreront en amont les recommandations et les référentiels promus par l'Agence des systèmes d'information de santé (ASIP) au sein du répertoire national des référentiels (RNR) Santé (www.e-sante.gouv.fr).

Ces référentiels, qui peuvent évoluer, portent notamment sur :

- la sécurité
  - Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé (PGSSI-S)
  - L'hébergement des données de santé à caractère personnel
  - …
- L'interopérabilité
  - Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé (CI-SIS)
  - Messagerie Sécurisée de Santé Unifiée (MSSU)
  - …
- L'identification
  - Identifiant National de Santé (INS)

PROJET

- Référentiel des Acteurs Santé Sociaux (RASS)
-

3. ➔Construire des projets évolutifs

L'organisation mise en place doit être évolutive c'est-à-dire intégrer la possibilité de répondre à d'autres applications médicales.

PROJET

4 Annexes

Annexe 1 - Eléments constitutifs des dossiers projets Télémédecine

A. *Les éléments de contexte motivant le projet:*

- Opportunité du projet
- Eléments socio-démographique
- Eléments économiques
- Eléments sanitaires et sociaux
- Enjeux et objectifs nationaux / régionaux :
- Usages potentiels et les avantages du déploiement
- Cartographie régionale/territoriale impactée par le projet
- Etat des lieux de l'existant

B. *Orientations pour établir le diagnostic régional et fixer des objectifs :*

- Identifier les besoins
- Identifier les ressources mobilisables
- Identifier les freins
- Identifier les leviers
- Fixer des objectifs qualitatifs et quantitatifs

C. *Eléments de description du dispositif de télémédecine à faire pour chaque acte de télémédecine :*

- Champ couvert / indications
- Acte de télémédecine
- Acteurs concernés
- Modalités de financement (Cout du projet et détail des sources de financement)
- Aspect juridiques/responsabilités
- Qualité de prestation
- Aspect techniques

D. *Eléments de cadrage des projets*

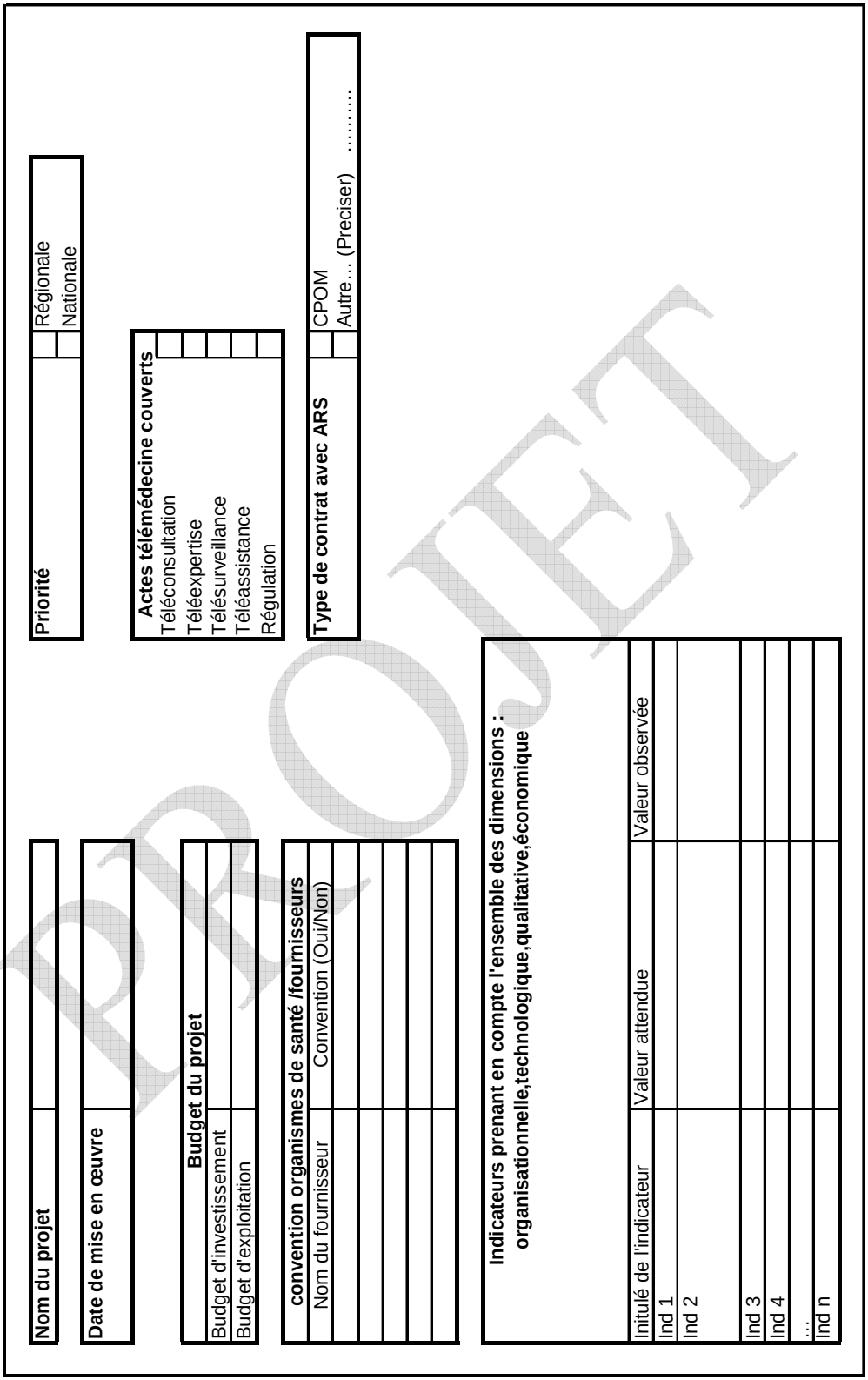
- Pilotage des projets
- Cadrage organisationnel des projets
- Cadrage technique des projets

E. *Modalités d'évaluation prévues*

- Technique (performance, sécurité, respect des référentiels,…)
- Organisationnelle (Optimisation, Sécurisation, accessibilité,…)
- Qualitative (Service rendu, indicateurs spécifiques,…)
  Economique (Impact sur les dépenses de santé, ….)

PROJET

Annexe 2 – Fiche de suivi des projets en cours



Nom du projet	

Date de mise en œuvre	

Budget du projet	
Budget d'investissement	
Budget d'exploitation	

convention organismes de santé /fournisseurs	
Nom du fournisseur	Convention (Oui/Non)

Priorité	
	Régionale
	Nationale

Actes télémédecine couverts	
Téléconsultation	
Téléexpertise	
Télésurveillance	
Téléassistance	
Régulation	

Type de contrat avec ARS	
	CPOM
	Autre… (Preciser) ……

Indicateurs prenant en compte l'ensemble des dimensions : organisationnelle,technologique,qualitative,économique		
Initulé de l'indicateur	Valeur attendue	Valeur observée
Ind 1		
Ind 2		
Ind 3		
Ind 4		
…		
Ind n		

PROJET

5 Glossaire

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ARS : Agence régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

ASIP Santé : Agence Nationale des Systèmes d'Information Partagés de Santé

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs salariés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COPIL : Comité de Pilotage

CPER : Contrat de Projets Etat-Région

CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DSIO : Directeur du Système d'Information d'Organisation

DSS : Direction de la Sécurité sociale

DSSIS : Délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé

EHPA : Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées

ENRS : Espace Numérique Régional de Santé

FAM : Foyers d'accueil Médicalisés

FIEEC : Fédération des industries électriques, électroniques et de communication

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FMESPP : Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GT : Groupe de Travail

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

Loi HPST **:** Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

MOAR : Maitrise d'Ouvrage Régionale

MIGAC : Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation

PROJET

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORUPACA : Observatoire Régional des Urgences PACA

PRS : Projet Régional de Santé

PRT : Programme Régional de Télémédecine

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

SDRSIS : Schéma Directeur Régional des Systèmes d'Information en Santé

SI : Systèmes d'Information

SRMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

SROS A : Schéma Régional d'Organisation des Soins volet Ambulatoire

SROS H : Schéma Régional d'Organisation des Soins volet Hospitalier

SROS III : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de 3ème génération
SRP : Schéma Régional de Prévention

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

PROJET