



AGENCE REGIONALE DE SANTE RHONE-ALPES

NOVEMBRE 2012

Programme régional d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes les plus démunies



DRS 

projet régional
de **santé**
Rhône-Alpes
2012-2017



Projet régional de santé Rhône-Alpes

3 briques

1 plan stratégique régional de santé

3 schémas régionaux



► Schéma régional de prévention

- ... Actions transversales
- ... Volet autres actions obligatoires

► Schéma régional d'organisation des soins

- ... Actions transversales
- ... Volet régulation de l'offre
 - Volet ambulatoire
 - Volet établissements de santé

► Schéma régional d'organisation médico-sociale

- ... Actions transversales
- ... Volet régulation de l'offre

9 programmes qui déclinent les schémas

► 4 programmes régionaux

- ... Programme régional de gestion du risque
- ... Programme régional d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes les plus démunies
- ... Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
- ... Programme régional de télémédecine

► 5 programmes territoriaux

- ... Est
- ... Sud
- ... Ouest
- ... Centre
- ... Nord



Préambule

Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes les plus démunies (PRAPS) est un programme transversal qui s'appuie, pour la mise en œuvre des actions en faveur des publics qu'il cible, sur les trois schémas prévus dans le Projet régional de santé : Schéma régional d'organisation des soins (SROS), Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) et Schéma régional de prévention.

Il est fait référence chaque fois que nécessaire aux états des lieux et propositions d'action de ces schémas dès lors qu'ils contribuent aux objectifs du PRAPS.

Enfin, il convient de souligner que ce programme est le fruit d'un partenariat entre l'Agence régionale de santé et la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale : il intègre des orientations portées par les deux institutions et qui nécessitent une mise en œuvre concertée.



Sommaire

La construction du PRAPS : Une approche conjointe ARS/DRJSCS des problématiques d'accès à la santé des publics les plus démunis.....	7
Principes d'actions communs aux trois publics ciblés par le PRAPS ..	9
Les habitants des quartiers prioritaires « politique de la ville ».....	10
A. Les actions de prévention	10
A1. Santé mentale.....	10
A2. Alimentation et activité physique.....	10
A3. Santé bucco-dentaire des enfants dans le cadre des réseaux réussite scolaire.....	11
B. Valoriser le rôle des Ateliers santé Ville	11
B1. Reconnaître régionalement la démarche ASV et communiquer sur ses fondamentaux	11
B2. Renforcer le pilotage des ASV et la transversalité de leur démarche	12
B3. Soutenir la fonction de coordination - Développer les compétences professionnelles des coordonnateurs	12
Les personnes « sans domicile individuel »	13
A. Les actions de prévention	13
A1. Maladies infectieuses	14
A2. Suivi des femmes enceintes	14
A3. Addictions et souffrance psychique	15
B. L'accompagnement vers l'accès aux droits et aux soins	15
B1. Accompagner les personnes dans leurs démarches d'accès aux droits et aux soins.....	15
B2. Articuler l'ensemble des dispositifs du champ sanitaire et social dans un « travailler ensemble » pour fluidifier le parcours des personnes et accompagner le retour au droit commun	15
B3. Rendre accessible la prise en charge médicale de ces publics	15
C. Les dispositifs d'accès aux soins	16
C1. Actions portant sur des dispositifs relevant du SROS	16
C1.1. Permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS)	16
C1.2. Dispositifs spécifiques de prise en charge psychiatrique des personnes précaires (équipes mobiles psychiatrie précarité, PASS psy).....	17
C2. Actions relevant du SROSMS.....	18
C2.1. Lits Halte Soins Santé (LHSS)	18
C2.2. Appartements de coordination thérapeutique (ACT)	18
C3. Action de structuration et d'appui régional : mettre en place un réseau d'acteurs régional « santé précarité »	19
Les migrants en difficulté d'accès à la prévention et aux soins, identifiés par le programme régional d'intégration des populations immigrées - PRIPI	20
A. Soutenir l'accompagnement socio sanitaire des immigrés âgés en foyer	20
B. Promouvoir les actions facilitant l'accès à la prévention et aux soins en faveur de la population immigrée vivant en habitat diffus	21
Glossaire des sigles utilisés	23



La construction du PRAPS : Une approche conjointe ARS/DRJSCS des problématiques d'accès à la santé des publics les plus démunis

Créé par la loi de lutte contre les exclusions de 1998, le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) est un des programmes obligatoires du Projet régional de santé (PRS).

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé a été identifiée comme un des grands enjeux de santé pour la région Rhône-Alpes.

S'agissant d'une des missions confiées aux ARS par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), cette préoccupation traverse l'ensemble des projets financés, notamment dans le domaine de la prévention, et plus largement constitue un des principes qui ont présidé à l'élaboration des priorités du PRS, des schémas et des programmes qui en découlent.

La réduction des inégalités sociales et territoriales est également une des priorités des Services de la Cohésion Sociale¹.

Le PRAPS n'a pas vocation à reprendre l'ensemble des actions du PRS qui par construction intègrent cette priorité, mais doit s'attacher aux publics les plus éloignés du système de santé.

En effet, une évaluation nationale des PRAPS de première génération a été réalisée en 2002 et 2003. Cette évaluation a mis en évidence les forces et les faiblesses, rappelées dans le guide méthodologique du PRAPS validé par le Comité national de pilotage des ARS en mars 2011. Parmi les points à améliorer, l'évaluation identifie le fait que « les populations touchées sont celles fréquentant déjà les dispositifs ; autrement dit les PRAPS n'ont pas autant qu'on le souhaitait, pénétré les niches d'exclusion et de pauvreté »².

Le guide méthodologique national publié pour l'élaboration des PRAPS souligne le fait que la terminologie des « plus démunis » peut conduire à considérer des populations très diverses, importantes quantitativement, et conduisant à un saupoudrage de crédits et d'actions publiques. Il préconise donc³ que chaque région fasse un choix afin de prioriser les publics, les problématiques et les actions à conduire.

👉 L'ensemble des travaux menés par l'ARS et les Directions de la Cohésion Sociale permet d'orienter le choix des publics

Fin 2009, dès la préfiguration de l'ARS et la mise en place des services de la Cohésion Sociale, des groupes projet ont été créés pour initier une réflexion puis des propositions sur des thématiques considérées comme essentielles dans les missions de l'ARS.

Le principe de ces groupes projet a été de favoriser d'emblée une réflexion transversale entre les 3 champs de la santé que sont l'offre de soins, le médico-social et la prévention.

Cinq groupes projet ont orienté leurs travaux sur les domaines concernant les populations précaires, avec pour chaque groupe un objectif spécifique :

- améliorer l'accès aux soins et à la prévention dentaires pour les populations précaires,
- améliorer le fonctionnement des Permanences d'Accès aux Soins de Santé en milieu hospitalier (PASS),
- améliorer l'accès aux médicaments pour les populations fragilisées,
- améliorer l'accès à la prévention et aux soins pour les habitants des territoires « politique de la ville »,
- améliorer l'articulation de la prise en charge des soins psychiques et du parcours social pour les publics très précaires et sans domicile individuel.

Afin de prendre en compte le lien étroit entre les déterminants sociaux et la santé, les deux derniers objectifs ont été pris en charge par des groupes co-pilotés ARS-DRJSCS.

Par ailleurs, la DRJSCS a associé l'ARS aux deux actions qu'elle souhaite conduire en faveur de la santé des migrants, dans le cadre du Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées (PRIPI).

¹ Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et Directions Départementales de la Cohésion Sociale/Protection des Populations (DDCS/DDCSPP)

² Guide méthodologique P8

³ Guide méthodologique P16

L'ensemble des travaux réalisés de manière conjointe entre ARS et Directions régionale et départementales de la Cohésion Sociale ont donc permis d'identifier des publics prioritaires directement concernés par le nouveau PRAPS.

👉 Les publics ciblés par le PRAPS Rhône-Alpes

Conformément à l'évaluation des PRAPS précédents, aux orientations du PRS, aux conclusions des travaux menés en région, la volonté est de concentrer les actions auprès de trois types de publics bien définis :

- les habitants des quartiers prioritaires « politique de la ville »,
- les personnes sans domicile individuel,
- les migrants en difficulté d'accès à la prévention et aux soins, identifiés dans le Programme régional d'intégration des populations immigrées (PRIPI).

👉 Pilotage du PRAPS et coordination des actions et politiques mises en œuvre

Les actions du PRAPS s'inscrivent dans un partenariat plus large ARS- DRJSCS.

Le PRAPS comme l'ensemble des programmes du PRS est piloté par les instances de pilotage du PRS dans des temps dédiés.

La concertation et la coordination des différentes institutions autour des objectifs et actions du PRAPS s'effectuent pour l'ARS dans le cadre de la Commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, et pour la DRJSCS dans le comité régional de coordination des plans départementaux d'accueil, d'hébergement et d'insertion des personnes sans domicile (PDAHI).

Un groupe technique ARS-DRJSCS est chargé du suivi des actions du PRAPS, en lien avec les actions du PRS et des programmes régionaux de la DRJSCS conduits en faveur des publics en situation de précarité.



Principes d'actions communs aux trois publics ciblés par le PRAPS

La prise en charge des populations précaires requiert des principes d'intervention spécifiques qui doivent constituer un cadre de référence pour la mise en œuvre des pratiques professionnelles.

En effet les publics les plus précaires ont des caractéristiques particulières :

- l'absence de demande en termes de santé en dehors des situations d'urgence,
- la difficulté voire l'incapacité à accéder aux ressources du système de santé,
- une extrême sensibilité aux ruptures de parcours, génératrices de perte de chances en termes de santé,
- une prise en charge tardive des pathologies entraînant un surcoût pour le système de santé.

Les actions à soutenir pour les publics les plus démunis doivent donc reposer sur une **offre graduée d'accompagnement** qui inclut les étapes suivantes :

- Identifier les personnes sur leur lieu de vie (CHRS, habitat précaire, squat, accueil de jour..), créer du lien et les amener à apporter une attention à leur santé.
- Les aider à accéder à une couverture sociale de base et complémentaire.
- Les accompagner vers les acteurs de la prévention et du soin, en tenant compte de leurs besoins, et sur la durée nécessaire pour une prise en charge complète : accompagnement vers les soins après une action de dépistage par exemple.

Ces actions d'accompagnement doivent être renforcées par des **interventions sur le système de santé** :

- Favoriser la possibilité pour les dispositifs de droit commun d'aller à la rencontre des populations les plus éloignées : dépistage hors les murs, vaccinations sur site, PASS mobile, etc.
- Sensibiliser et former les professionnels de santé à la prise en charge des personnes en situation de précarité, par des actions individuelles d'accompagnement des personnes lors des consultations, et par des actions collectives auprès des professionnels concernés : liens avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé, promotion du site internet « guide ressources santé social »⁴, formations initiales et continues etc.
- Adapter les messages de prévention, promouvoir les dépistages selon des modalités qui les rendent accessibles à ces publics et faciliter l'accès aux soins de premier recours en agissant sur l'offre ambulatoire.
- Favoriser les formations des professionnels en contact avec ces publics aux démarches de santé communautaire.
- Favoriser une réflexion régionale sur le développement du recours à l'interprétariat professionnel.

Ces actions reposent :

- Pour l'accompagnement individuel aux droits, à la prévention et aux soins, sur les acteurs du secteur sanitaire, social, sur les adultes-relais formés, les médiateurs santé et les coordonnateurs d'ateliers santé ville. Elles reposent également sur un soutien aux associations qui accompagnent les usagers dans leur démarche d'accès aux droits et aux soins pour lutter notamment contre les renoncements aux soins.
- Pour l'accès aux droits, sur des liens interinstitutionnels au sein notamment de la Commission de coordination des politiques publiques de prévention qui rassemble les services de l'Etat, les conseils généraux, des représentants des villes et de l'assurance-maladie, ainsi qu'au sein du comité régional de pilotage des Plans départementaux d'accueil, d'hébergement et d'insertion.
- Pour l'accès aux soins, sur les mêmes acteurs que l'accompagnement individuel, sur le secteur sanitaire au travers des missions des PASS et la sensibilisation des professionnels de santé des secteurs hospitalier et libéral.

⁴ www.santesocial-ra.org



Les habitants des quartiers prioritaires « politique de la ville »

La définition de ces quartiers répond à des critères socio-économiques validés⁵.

Les zones urbaines sensibles (ZUS) se caractérisent par des indicateurs de santé globalement plus défavorables que pour le reste de la population et une offre de soins ambulatoire plus rare conduisant à un recours à l'hospitalisation et aux urgences hospitalières plus fréquent⁶.

Les ZUS connaissent des obstacles spécifiques à l'accès aux soins et à la prévention de leur population de deux ordres :

- les obstacles liés à l'installation des professionnels de santé, qui relèvent des actions d'amélioration de l'accès aux soins de premier recours du PRS (développement des Maisons de Santé Pluri professionnelles, aides à l'installation, avec le soutien du FIR et de l'ACSE⁷ en ZUS),
- les obstacles liés aux conditions de vie des personnes, pour des raisons d'accessibilité économique et socioculturelle (barrière de la langue par exemple).

Le PRAPS s'attache plus particulièrement à ce second registre et privilégie :

- l'aide au développement d'actions de prévention sur des thématiques de santé qui sont le plus souvent investies par les Ateliers santé ville (ASV) : alimentation/ activité physique, santé mentale, santé bucco-dentaire,
- le soutien des Ateliers santé ville, développés depuis dix ans par la politique de la ville (34 ASV en Rhône-Alpes).

■ A. Les actions de prévention

A1. Santé mentale

- Développer le repérage et la prise en charge partagée et pertinente des problématiques de santé mentale.
- Articuler le programme de réussite éducative (PRE) qui touche des enfants en grande difficulté (scolaire, familiale...) et l'atelier santé ville pour trouver les passerelles entre les deux démarches qui sont complémentaires.
- Renforcer et développer des liens à systématiser entre Conseil local de santé mentale (CLSM) et ASV.

A2. Alimentation et activité physique

- Développer des formations « Alimentation, activité physique et précarité » à destination des coordonnateurs ASV.
- Favoriser la mise en place d'actions communautaires, initier localement des modes d'actions permettant une sensibilisation plus efficace des populations aux messages du PNNS 3 « manger-bouger »⁸.
- Faciliter l'accès des habitants des quartiers prioritaires aux équipements sportifs et sociaux.
- Poursuivre et développer les liens entre ASV et réseaux de santé pour la mise en place d'actions d'éducation thérapeutique et d'éducation à la santé adaptées.

⁵ Site internet : www.ville.gouv.fr

⁶ Source : rapports de l'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles 2009, 2010 et 2011

⁷ FIR : Fonds d'Intervention Régional des Agences Régionales de Santé

ACSE : Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des Chances

⁸ PNNS : Programme National Nutrition Santé



A3. Santé bucco-dentaire des enfants dans le cadre des réseaux réussite scolaire

La santé bucco-dentaire pour les populations en situation de précarité n'est pas une problématique isolée des autres thématiques de santé. En particulier, elle s'intègre tout à fait aux actions qui peuvent être menées dans le cadre de la thématique nutrition et promotion de l'activité physique, dans la lutte contre l'obésité entre autres.

L'objectif général est de sensibiliser les habitants des territoires ciblés politique de la ville à une prise en compte de leur santé bucco-dentaire, du point de vue préventif et curatif, et à utiliser les dispositifs de droit commun existants (M'T Dents).

Il est proposé pour cela :

- De soutenir sur ces territoires des actions de promotion de la santé bucco-dentaire en direction des enfants et de leurs parents et favoriser leur coordination avec les actions menées par d'autres institutions (assurance maladie, villes, éducation nationale).
- D'aider les ASV qui le souhaiteront à inclure la santé bucco-dentaire dans leurs problématiques de santé et favoriser le partage d'expériences et de pratiques entre les ASV sur cette question.

B. Valoriser le rôle des Ateliers santé Ville

Le groupe de travail conjoint ARS-DRJSCS a mis en évidence l'intérêt à conforter et soutenir le dispositif Atelier santé ville.

Le rapport complet d'état des lieux et les préconisations formulées par ce groupe de travail sont consultables sur les sites internet des deux institutions ainsi que sur la base d'études régionales en observation de la santé Rhône-Alpes (www.pieros.org). Ce document de programmation ne reprend donc pas l'ensemble des actions préconisées mais uniquement les principaux axes de travail à développer.

Les ASV contribuent à la réduction des inégalités de santé et s'inscrivent dans les objectifs du PRAPS :

- en ciblant des publics vulnérables dont les difficultés d'accès au droit commun nécessitent des réponses et un accompagnement local,
- en s'appuyant sur des dynamiques locales et un partenariat entre institutions, collectivités territoriales et acteurs locaux.

Ils permettent notamment de faciliter l'accès aux actions de prévention de droit commun et aux actions de promotion de la santé par la rencontre habitants/acteurs de prévention via des actions collectives de proximité.

Pour mieux faire connaître cette démarche et ses potentialités et la légitimer auprès des autres acteurs en santé, il est proposé de :

B1. Reconnaître régionalement la démarche ASV et communiquer sur ses fondamentaux

- Sensibiliser les membres de la commission de coordination des politiques publiques de prévention à la méthodologie et aux apports de la démarche ASV.
- Développer une animation régionale autour des ASV, comme élément facilitateur et fédérateur des démarches locales, soutenir les échanges de pratiques entre les porteurs de démarches ASV.
- Capitaliser, valoriser les innovations des ASV dans la conduite de projets définis en proximité avec la population.
- Définir une « charte de bonnes pratiques » des ASV dont le respect serait un des critères de qualité pris en compte par les financeurs, ainsi que des indicateurs d'évaluation.



B2. Renforcer le pilotage des ASV et la transversalité de leur démarche

- Poursuivre et développer localement des liens entre ASV et autres volets du CUCS (PRE-Habitat et cadre de vie), autres services des collectivités territoriales.
- Inciter au développement des liens, voire à leur formalisation, entre ASV et droit commun (réseaux de santé, centres de santé, maisons de santé pluri-professionnelles quand elles existent).
- Lors de la négociation d'un contrat local de santé entre l'ARS et la collectivité territoriale, veiller à inclure l'ASV quand il existe dans le périmètre du contrat.

B3. Soutenir la fonction de coordination - Développer les compétences professionnelles des coordonnateurs

- Consolider le fonctionnement des ASV.
- En lien avec le Centre de ressources et d'échanges pour le développement social et urbain Rhône-Alpes (CRDSU), développer la formation continue des coordonnateurs, notamment en santé publique.
- Développer la formation des coordonnateurs ASV dans la collecte, l'analyse, l'animation et la production de données locales en santé.



Les personnes « sans domicile individuel »

La population privée de domicile est très diverse, difficilement quantifiable au niveau d'une région, même si des statistiques –parfois contradictoires ou imprécises– existent au niveau national. La seule définition du concept de « domicile » ou « d'exclusion du logement » n'est pas résolue de manière consensuelle.

On peut distinguer les « catégories » suivantes :

- les personnes sans abri qui dorment de manière durable ou fréquemment à la rue ou dans des habitats de fortune. L'ONPES évaluait en France cette population de 14000 à 28000 personnes en 2006. Compte tenu de la précarité de leur situation, on peut inclure les personnes en centre d'hébergement d'urgence dans cette catégorie,
- les personnes sans logement qui trouvent un hébergement dans les institutions prévues à cet effet (CHRS, foyers...). Ces structures accueillent des personnes en vue de les aider à retrouver une autonomie économique et sociale (70 000 personnes dans les CHRS en France selon l'enquête DREES en 2008),
- les personnes résidant dans une structure d'hébergement de long terme proche du logement autonome (résidences sociales),
- les personnes résidant dans un logement « contraint » (chez des amis ou dans la famille) faute de ressources,
- les personnes résidant dans un logement délabré ou indigne ou sans confort (surpeuplement).

En termes d'offre, la région Rhône Alpes compte 4000 places d'hébergement d'insertion et 1900 en structure d'urgence.

Très globalement, on peut considérer que ces populations dans leur variété présentent quelques traits communs : prépondérance des jeunes, des hommes, des personnes isolées ; émergence des familles monoparentales ; faibles revenus ; emploi absent ou précaire.

On constate une fréquence élevée de non recours aux soins chez les personnes sans domicile, pour qui la santé n'est pas la première préoccupation lorsqu'il faut trouver un endroit où dormir, où manger, où se laver.

En 2010, Médecins du Monde signale que 48% des personnes reçues vivent dans un logement précaire et 13 % sont sans domicile. Les trois quart des personnes rencontrées relèvent théoriquement d'un dispositif de couverture maladie. Cependant, 82 % d'entre elles n'en disposent pas.

L'enquête menée en 2011 par le CREAL (structure ressource régionale dans le domaine du handicap) auprès des équipes d'accompagnement social note que la population des personnes sans domicile individuel est en grande souffrance psychique : selon ces intervenants sociaux, une personne sur quatre nécessite des soins psychiatriques. Parmi les personnes nécessitant une prise en charge psychiatrique, 80% ont des problèmes d'addiction.

■ A. Les actions de prévention

Pour les populations sans domicile individuel, l'amélioration de l'état de santé passe d'abord par une amélioration des conditions de vie. Dans le domaine de la prévention, les difficultés quotidiennes laissent peu de place pour une prévention en amont de la survenue des pathologies.

Les messages de la prévention dite « universelle » ne sont pas accessibles à cette population pour laquelle les actions menées en référence au PRAPS seront ciblées vers une meilleure couverture vaccinale, une meilleure accessibilité au dépistage des maladies, et un accompagnement de proximité vers l'accès aux droits et aux soins.

Les personnes précaires sont, comme la population générale, concernées par l'augmentation des maladies chroniques, notamment les maladies cardio-vasculaires et le diabète. Ces pathologies sont ciblées dans les priorités du PSRS et font l'objet de déclinaisons pour les publics précaires. Les conséquences de ces pathologies sont aggravées par leurs conditions de vie et les difficultés d'accès aux soins.

Les principes d'actions communs aux différents publics ciblés par le PRAPS seront mis en œuvre, mais du fait des données épidémiologiques connues pour les personnes sans domicile individuel, les actions seront prioritairement soutenues dans les domaines suivants : maladies infectieuses (VIH/IST/hépatites, tuberculose, couverture vaccinale), suivi des femmes enceintes, prise en charge des addictions et de la souffrance psychique, tout en étant attentif à maintenir une approche de santé globale non stigmatisante.

A1. Maladies infectieuses

Les plans nationaux VIH/IST/Hépatites et le plan Tuberculose ciblent particulièrement certaines catégories de population. Le PRAPS relaiera les actions préconisées dans la déclinaison régionale de ces plans.

👉 La tuberculose

L'incidence de la tuberculose est élevée dans certains groupes de population : les sujets âgés, les populations en situation de précarité et les migrants en provenance de régions où la maladie est endémique. En 2007, plus de la moitié des déclarations étaient recensées dans les régions Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes. L'incidence régionale en Rhône-Alpes est en augmentation progressive depuis 2005 passant de 5,7 à 8,1 en 2008 (source CIRE). C'est le département du Rhône qui a la plus forte incidence (11,4) suivi de la Savoie (8,6), de la Loire (8,5) et de la Haute-Savoie (7,8).

Les actions préconisées par le schéma régional de prévention sont les suivantes :

- informer et sensibiliser sur cette maladie l'ensemble des professionnels concernés,
- développer des partenariats locaux afin d'articuler la lutte contre la tuberculose avec les politiques sociales pour les publics les plus exposés et devant bénéficier d'un dépistage précoce.

👉 VIH, IST et hépatites

La prévention du VIH/SIDA/IST/Hépatites doit participer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Les actions doivent être rendues accessibles, notamment aux populations les plus éloignées, réfractaires à la prévention, et celles qui sont en situation de vulnérabilité. Le plan national identifie les migrants comme l'une des 3 populations cibles prioritaires.

Au regard des données épidémiologiques disponibles en région Rhône-Alpes, il ressort que quatre départements sont prioritaires : le Rhône, l'Isère, la Haute-Savoie, la Loire.

Les actions identifiées par le Schéma Régional de Prévention pour les 5 années à venir pour cette thématique sont les suivantes :

- Améliorer les connaissances des migrants sur le VIH, les IST et les hépatites virales pour favoriser l'accès à la prévention et aux soins.
- Soutenir la mobilisation et l'expertise des acteurs.
- Lutter contre les discriminations dues à l'orientation sexuelle ou à la séropositivité.
- Adapter et diversifier l'offre de dépistage pour les migrants en vue d'une prise en charge appropriée.

👉 **Pour la couverture vaccinale**, le Schéma régional de prévention préconise d'améliorer le taux de couverture pour les publics précaires par des actions de proximité : information auprès des professionnels de PMI, de la petite enfance et des professionnels « médiateurs » pour les publics éloignés des soins.

A2. Suivi des femmes enceintes

Le rapport de l'observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde indique que 10 % des femmes reçues en 2010 étaient enceintes, parmi elles, 8 % étaient à la rue et 94 % ne disposaient d'aucune couverture maladie, plus de la moitié accusait un retard de suivi de grossesse.

En complément du suivi réalisé par les professionnels de la PMI, une attention sera donc portée à l'accompagnement des femmes enceintes en situation de précarité dans les actions portées par les associations travaillant en faveur des publics les plus précaires.

Par ailleurs, dans le cadre des actions portant sur les permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (cf. ci-dessous paragraphe C1.1), la mise en œuvre d'une coordination des PASS et la systématisation d'une offre médicale en leur sein permettra d'améliorer leur capacité à faire le lien avec les acteurs de la périnatalité.

Certaines PASS ayant pu bénéficier d'un temps dédié de sage-femme, le dispositif sera évalué en vue d'une déclinaison dans l'ensemble des PASS.

A3. Addictions et souffrance psychique

- Apporter un soutien aux équipes des Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD) qui sont un maillon de la chaîne de prise en charge de par leurs pratiques habituelles : en accueillant toutes les populations quelle que soit leur situation administrative et en développant des modalités d'intervention en complément des équipes d'intervention sociale.
- Renforcer les liens entre équipes mobiles psychiatrie-précarité et les CAARUD pour améliorer l'articulation entre prise en compte de la souffrance psychique et prévention des addictions.

■ B. L'accompagnement vers l'accès aux droits et aux soins

B1. Accompagner les personnes dans leurs démarches d'accès aux droits et aux soins

Pour les personnes sans domicile individuel et notamment les étrangers en situation irrégulière, la complexité des démarches administratives nécessite un accompagnement spécifique et des interlocuteurs identifiés et formés au sein de l'assurance maladie.

Les permanences santé tenues par certaines associations, en complément aux PASS, accompagnent vers l'accès aux droits des personnes reçues en consultation et facilitent leur sensibilisation à l'importance de leur santé.

B2. Articuler l'ensemble des dispositifs du champ sanitaire et social dans un « travailler ensemble » pour fluidifier le parcours des personnes et accompagner le retour au droit commun

L'objectif est d'éviter la création d'une filière spécifique aux personnes sans domicile individuel et permettre à terme leur prise en charge pérenne par le droit commun : la fluidité du parcours y contribue fortement. Il s'agit de :

- Développer des liens entre les structures d'accueil et d'hébergement social des personnes, le dispositif sanitaire et les structures et dispositifs spécifiques (fluidifier le parcours entre Centre d'hébergement et de réinsertion sociale, Etablissement de santé, Lits Halte Soins Santé, Appartements de coordination thérapeutique).
- Développer les liens entre structures spécifiques sanitaires et médico-sociales et dispositifs d'aval (exemple : lien entre LHSS, ACT, maisons de retraite).
- Elaborer des conventions, protocoles d'interventions entre les différents opérateurs.
- Renforcer les collaborations entre les professionnels de santé et les équipes d'accompagnement social.

B3. Rendre accessible la prise en charge médicale de ces publics

- Veiller à une distribution équitable et à l'accessibilité territoriale des dispositifs spécifiques (PASS, équipe mobile de PASS, PASS psy, EMPP et EMS, LHSS, ACT) destinés à ces publics.
- Favoriser la diffusion des bonnes pratiques (cahier des charges, modèle d'intervention) et les réunions d'échanges (partage d'expériences, mise en place de coordination régionale, valorisation des expériences concluantes...).
- Développer certaines offres de service (exemple : meilleure prise en compte de la santé bucco-dentaire dans les PASS).

■ C. Les dispositifs d'accès aux soins⁹

C1. Actions portant sur des dispositifs relevant du SROS

C1.1. Permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS)

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Dans la région Rhône-Alpes, il existe aujourd'hui 34 PASS, situées dans des Centres hospitaliers et financées en Mesures d'intérêt général (MIG).

En 2010 et 2011, l'ARS a réalisé un suivi de l'organisation et du fonctionnement des PASS, notamment via une enquête auprès de 13 PASS de la région de tailles différentes, en y associant les Délégations Territoriales Départementales.

Compte tenu des constats faits à cette occasion, les actions suivantes sont proposées :

➤ Sur l'organisation des PASS

Les textes décrivant les modalités d'organisation des PASS (circulaire de 1998) et les conditions d'utilisation de leur financement MIG ne sont pas assez précis et ne constituent pas un référentiel opposable aux établissements. Il n'existe pas une coordination régionale permettant le suivi de ces PASS et la vérification de leur conformité à un référentiel opposable.

L'action proposée consistera donc à :

- élaborer et diffuser un cahier des charges des PASS,
- mettre en place une coordination régionale des PASS.

➤ Sur les modalités de délivrances des médicaments par les PASS

Même si certaines pharmacies à usage intérieur (PUI) n'ont pas de procédure de délivrance des médicaments prescrits dans le cadre de la PASS, il n'y a pas vraiment de problèmes d'accès aux médicaments mais il s'agit plutôt d'un problème d'ouverture des droits.

Les problématiques de délivrance pointées portent sur la complexité des circuits pour la délivrance de médicaments pédiatriques (site des HCL), la globalisation du budget médicaments dans le budget PASS, d'où des problèmes rencontrés pour des traitements très coûteux alors que la personne n'a pas de droits ouverts.

Par ailleurs, les délivrances d'orthèses, de lunettes, de dispositif médical tel que les lecteurs de glycémie et de dispositif médical de diagnostic in vitro (DMDIV) sont très compliquées voire impossibles.

Il est donc proposé :

- de mieux faire connaître une réglementation complexe aux établissements de santé et aux PUI,
- d'établir une procédure de suivi de fonctionnement PASS sur l'accès aux médicaments par chaque établissement de santé qui n'en a pas afin de s'assurer que les patients puissent avoir un accès aux médicaments.

➤ Sur la prise en compte des soins bucco-dentaires par les PASS

Les soins dentaires, hors urgences manifestes, ne sont pas assurés dans les PASS. La seule PASS dentaire de la région se trouve à Saint Etienne, et elle existe depuis un an seulement.

Il s'agit donc d'améliorer la fluidité du parcours de santé bucco-dentaire des personnes en grande précarité par une amélioration de la prise en compte de la santé bucco-dentaire dans les PASS et par une coordination des PASS entre elles et avec les opérateurs externes.

⁹ Déclinaison des dispositifs identifiés dans le Schéma Régional de l'Organisation des Soins (SROS) et le Schéma Régional de l'Organisation médico-sociale (SROMS)

Pour cela, il s'agit :

- d'élaborer le cahier des charges type de la prise en charge de la santé bucco-dentaire au sein d'une PASS,
- d'incorporer la problématique bucco-dentaire dans les comités de pilotage des PASS, dans les réflexions de l'APPASSRA¹⁰ et dans les activités de la coordination régionale des PASS,
- d'aider par une démarche progressive, harmonisée au niveau régional et répondant aux besoins identifiés, à un développement des consultations bucco-dentaires au sein des PASS.

➤ Sur la mission d'ouverture des droits des PASS

Les PASS soulignent que les relations avec les CPAM sont devenues plus complexes, notamment avec la mise en place de plateformes téléphoniques et l'absence d'interlocuteur dédié, ce qui les gêne dans leur mission première de facilitation d'accès aux droits.

Il est donc proposé, afin de permettre une ouverture de droits plus rapide, simplifier les circuits et raccourcir les délais :

- d'engager au niveau régional et local une démarche d'amélioration des liens PASS/CPAM,
- de proposer aux CPAM d'intégrer le comité de pilotage des PASS.

A noter que le partage de cet objectif avec les services de l'Assurance maladie s'inscrit pleinement dans le cadre des objectifs assignés aux CPAM dans le cadre de la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) Etat-CNAMTS 2010-2013 et portant sur la mise en œuvre de programmes visant à « garantir l'accès aux soins et réduire les inégalités de santé, faciliter l'accompagnement social de l'accès aux soins et à la santé pour tous, améliorer l'accompagnement de l'assuré pour garantir l'accès aux droits ».

C1.2. Dispositifs spécifiques de prise en charge psychiatrique des personnes précaires (équipes mobiles psychiatrie précarité, PASS psy)

Le dispositif de prise en charge des personnes précaires repose sur le dispositif de « droit commun », mais des permanences d'accès à la santé et aux soins (PASS) psychiatriques et des équipes mobiles précarité spécialisées en psychiatrie (EMP) ont été mises en place afin de faciliter l'accès aux soins des personnes précaires.

Les EMP qui sont aussi chargées de soutenir et de former les intervenants sociaux, ont besoin d'être évaluées et probablement renforcées. L'articulation entre PASS somatique et psychiatrique peut être améliorée. De plus, une réflexion est à engager afin de coordonner de façon efficiente tous les dispositifs : PASS, EMP, associations, SAMU social.

En effet, l'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité en souffrance psychique ou porteuses de pathologies psychiatriques nécessite décloisonnement entre professions, institutions et associations. La concertation et des espaces de rencontre entre les différents acteurs de la santé, du social, du médico-social, les collectivités, les bailleurs sont indispensables pour aboutir à une insertion dans la cité de ces personnes.

Des formations communes entre professionnels de la psychiatrie et du secteur social permettraient d'améliorer leur connaissance mutuelle, d'initier ou de renforcer, selon les territoires, une collaboration autour de la problématique de la santé mentale et de la précarité.

Dans le cadre de la mise en œuvre du volet psychiatrie du SROS, les objectifs suivants sont poursuivis :

- évaluer le fonctionnement des équipes mobiles précarité spécialisées et des permanences d'accès aux soins en psychiatrie, et mieux les coordonner avec l'ensemble des autres dispositifs,
- initier ou renforcer leur collaboration avec les équipes d'accompagnement social par des collaborations institutionnelles, des formations communes, des partages de temps de travail,
- favoriser le portage de ces collaborations par les élus au sein des Conseils locaux en santé mentale (CLSM), ASV, ou autres dispositifs permettant d'inclure la santé mentale de ces publics au sein des préoccupations citoyennes et venant en aide aux personnes exposées à la précarité souffrant de troubles psychiques,
- soutenir les actions de concertation et de formation entre les différents acteurs pour améliorer la prise en charge globale des personnes vulnérables souffrant de troubles psychiques.

¹⁰ Association des Professionnels des Permanences d'Accès aux Soins de Santé Rhône-Alpes

C2. Actions relevant du SROMS

NB : Les lits halte soins de santé (LHSS) et les appartements de coordination thérapeutique (ACT) sont des établissements médico-sociaux au sens du 9° du I de l'article 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Ainsi, l'état des lieux des LHSS et ACT en Rhône-Alpes et la régulation de l'offre des LHSS et ACT sont intégrés au schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS), dans la partie consacrée aux établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

C2.1. Lits Halte Soins Santé (LHSS)

Les actions suivantes sont proposées :

- Développer et formaliser une meilleure articulation entre les LHSS et les autres opérateurs sanitaires, médico-sociaux et associatifs.

L'objectif est de fluidifier le parcours des personnes sans domicile fixe afin d'améliorer la prise en charge et la sortie des personnes accueillies en LHSS.

- Sur l'agglomération lyonnaise, poursuivre, avec la DDCS (direction départementale de la cohésion sociale) la formalisation de la convention cadre nommée « Réseau social rue hôpital » qui définit et organise les rapports entre les différents opérateurs autour de la prise en charge médico-sociale des personnes sans domicile fixe : LHSS, lieux d'hébergement tels que les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), les structures sanitaires telles que les PASS, les équipes mobiles psychiatrie-précarité. Il faudra s'interroger sur l'intégration des structures médico-sociales pour personnes âgées et personnes handicapées au sein du réseau notamment les EHPAD.
- Dans les autres territoires, en partenariat avec les DDCS, formaliser des protocoles d'intervention et de prise en charge entre les différents opérateurs et les LHSS.

- Mettre en place une dynamique régionale entre les différents LHSS de la région.

L'objectif est de favoriser le partage d'expériences entre les professionnels afin de développer une culture commune autour de ces dispositifs récents que sont les LHSS et valoriser les expériences concluantes :

- organiser une rencontre annuelle entre les différents LHSS de la région,
- aider aux échanges de pratiques entre ces structures,
- promouvoir une démarche de partage dans les critères d'admission et dans les solutions de sortie des patients.

C2.2. Appartements de coordination thérapeutique (ACT)

Les actions suivantes sont proposées :

- Diversifier les publics et les pathologies prises en charge et travailler les solutions d'aval.

Il s'agit de :

- diversifier les pathologies, autres que le VIH, prises en charge notamment les hépatites et les cancers,
- prendre en compte la diversité des publics accueillis : familles avec enfants, personnes sortant de prison, personnes transgenres, personnes usagères de drogue,
- améliorer les sorties du dispositif ACT pour favoriser la fluidité des parcours et le retour à l'autonomie des personnes.

Pour cela, il est prévu d'identifier les publics et les pathologies prioritaires, construire une collaboration avec les associations d'aide aux malades du cancer et des hépatites pour faire connaître le dispositif ACT ; la démarche s'appuiera sur le groupe de travail ACT initié par la FNH-VIH en Rhône-Alpes pour réfléchir aux solutions d'aval : système des baux glissants (sous-location temporaire de logements par une association, les baux devant ensuite glisser au nom du résidant), amélioration de l'accueil en maisons de retraite, en Foyers d'accueil médicalisés (FAM), en Maisons d'accueil spécialisées (MAS), travail avec les bailleurs sociaux...

- Développer l'articulation des ACT avec les autres dispositifs existants.

Il s'agit :

- d'organiser la complémentarité des acteurs sur le territoire et améliorer la lisibilité du dispositif,
- de favoriser la fluidité du parcours de vie et de soins des personnes en organisant les coopérations entre les différents secteurs d'intervention (hôpital, médecine de ville, médico-social, social).

Les travaux s'attacheront à favoriser l'élaboration de protocoles d'intervention des Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) pour les personnes atteintes de maladies chroniques résidant dans des structures d'hébergement non médicalisées ; il s'agira également d'établir des conventions avec le secteur psychiatrique pour prendre en charge les personnes souffrant de troubles psychiatriques et développer les liens entre santé et précarité.

- Favoriser une dynamique régionale entre ACT pour faciliter les prises en charge.

Les résultats attendus sont de :

- développer une dynamique régionale entre les ACT en s'appuyant sur le groupe de travail mis en place par la FNH-VIH en région Rhône-Alpes,
- harmoniser les prises en charge,
- mettre en place des outils de suivi et d'évaluation.

Il s'agira pour cela de :

- favoriser les échanges de pratiques entre les ACT,
- coordonner les accompagnements sociaux et médicaux,
- faciliter les passages entre les structures pour répondre aux situations d'urgence,
- construire un rapport type d'activité pour favoriser le suivi des ACT.

C3. Action de structuration et d'appui régional : mettre en place un réseau d'acteurs régional « santé précarité »

Afin de mettre en œuvre et conforter l'ensemble des propositions portant sur la coordination des structures et dispositifs précités, il est proposé de créer un réseau santé-précarité régional piloté par l'ARS et la DRJSCS et réunissant les décideurs institutionnels, les effecteurs de terrain, les experts.

Ce réseau aurait pour objectifs de :

- Mettre en place une fonction ressource régionale à partir des effecteurs existants. (ORSPERE, Universités, APPASSRA, Médecins du monde, Mission régionale d'information sur l'exclusion (MRIE) etc.).
- Engager une réflexion et formuler des recommandations sur les modèles d'intervention conjointe des professionnels de santé et des travailleurs sociaux des centres d'hébergement (CHRS et centres d'hébergement).
- Faciliter la coordination des acteurs du champ précarité et santé, en soutenant les pratiques et organisant les échanges, en appui des coordinations locales existantes et des comités de pilotage départementaux coordonnant sous l'égide de la préfecture les moyens de la veille sociale en période hivernale.
- Soutenir le développement des articulations sanitaires et sociales sur les territoires demandeurs et dépourvus d'offre (fonction d'ingénierie).
- Appuyer la mise en place de la fonction d'évaluation.



Les migrants en difficulté d'accès à la prévention et aux soins, identifiés par le programme régional d'intégration des populations immigrées - PRIPI

Le Programme régional d'intégration des populations immigrées Rhône-Alpes (PRIPI), piloté par la DRJSCS Rhône-Alpes dans le cadre d'une mission confiée par le Préfet de région, s'adresse à l'ensemble des personnes résidant en France qui sont nées à l'étranger de parents étrangers (définition précise adoptée par l'INSEE et le Haut comité à l'intégration)¹¹. En Rhône-Alpes, cela représente 540 000 personnes selon les derniers chiffres disponibles, soit 9 % de la population globale de la région.

D'une manière générale, la politique publique d'intégration vise à favoriser l'accès au droit commun. Si toutes les personnes immigrées n'ont pas nécessairement besoin d'un accompagnement spécifique en ce sens (près de 40 % du total des personnes immigrées en Rhône-Alpes ont acquis la nationalité française, ce qui témoigne de leur degré important d'intégration à la société française), certaines rencontrent des difficultés pour accéder au droit commun : les primo arrivants en provenance des pays tiers à l'Union européenne, les femmes, les immigrés âgés, pour lesquelles des actions ciblées sont préconisées.

Pour mener à bien ce programme, la DRJSCS Rhône-Alpes a mis en place et anime un comité de pilotage avec l'ensemble des services et opérateurs de l'Etat qui œuvrent à la politique d'intégration des immigrés.

Il est donc proposé d'inscrire dans le PRAPS deux des objectifs du PRIPI (fiches action 6 et 7) qui relèvent de la politique d'accès à la prévention et aux soins des publics les plus précaires.

■ A. Soutenir l'accompagnement socio-sanitaire des immigrés âgés en foyer

En Rhône-Alpes résident 123000 immigrés de plus de 60 ans, dont on estime que 5000 environ vivent dans des foyers de travailleurs migrants.

Ces immigrés arrivés en France dans les années cinquante à soixante-dix ont souvent un état de santé prématurément dégradé du fait des travaux effectués pendant leur vie professionnelle (bâtiment, métallurgie). A un vieillissement physiologique précoce lié aux conditions de travail qu'ils ont subies pendant leur période d'activité salariée (emplois peu et non qualifiés, postes de travail exposés aux conditions climatiques et risques professionnels) s'ajoutent des difficultés culturelles d'accès aux soins.

Cette usure physique précoce entraîne enfin un état de dépendance à des âges relativement jeunes ; l'accès des vieux travailleurs immigrés aux services gériatriques et gériatologiques de droit commun s'avère insuffisant pour des raisons de coût, mais aussi de culture et des difficultés pour les professionnels d'intervenir dans des foyers semi-collectifs¹².

Les travaux d'élaboration du PRIPI soulignent donc que les immigrés âgés résidant en foyers n'accèdent pas d'emblée aux dispositifs de droit commun de santé et de soins et ont besoin d'un accompagnement spécifique pour faciliter cet accès.

Même si une offre existe en Rhône-Alpes en matière de « dispositifs d'accompagnement socio-sanitaire », celle-ci manque de lisibilité à l'échelle régionale et parfois aussi à l'échelle départementale, tant sur les moyens consacrés à cette problématique que sur l'impact des dispositifs d'intervention.

Dans ce contexte, la définition et la mise en œuvre d'une politique régionale de soutien aux dispositifs d'accompagnement socio-sanitaire, levier pour faciliter l'accès aux droits, à la santé et aux soins des immigrés âgés résidant en foyer ont été identifiées comme axes de travail à inscrire dans le PRIPI.

Cet axe de travail piloté par la DRJSCS vise à élaborer avec les partenaires identifiés (Directions départementales interministérielles, préfectures du Rhône et de l'Isère, ARS) un état des lieux des actions existantes et définir les conditions de mise en œuvre et de soutien aux dispositifs et actions spécifiques d'accompagnement dans les foyers.

¹¹ Le PRIPI est consultable à l'adresse www.rhone-alpes.drjscs.gouv.fr

¹² Haut Conseil à l'Intégration « la condition sociale des travailleurs immigrés âgés » rapport au Premier Ministre 03-05

Un appel à projet régional a été lancé par la DRJSCS en 2011 afin d'étendre l'offre en matière de dispositifs d'accompagnement spécifiques auprès de toutes les structures accueillant un public de migrants âgés.

■ B. Promouvoir les actions facilitant l'accès à la prévention et aux soins en faveur de la population immigrée vivant en habitat diffus

La promotion des actions d'intermédiation facilitant l'accès aux droits, à la prévention et à la santé des populations immigrées vivant en habitat diffus se heurte à la fois à une difficulté d'identification de la population concernée, et un manque de connaissance des obstacles rencontrés par les personnes.

Il s'agit dans un premier temps de travailler à l'identification des obstacles (financiers, juridiques, linguistiques, culturels...) rencontrés par la population immigrée et des leviers d'actions contribuant à lever ces difficultés :

- identification des actions menées, des territoires concernés, des acteurs et associations engagés, des dispositifs spécifiques, des pratiques et modalités d'action, des difficultés rencontrées,
- mesure des effets produits par ces actions en termes d'accès au droit commun,
- intérêt de promouvoir ces actions sur d'autres territoires de la région,
- opportunité de soutenir une fonction ressource régionale sur cette problématique.

A cet effet une mission d'étude, pour laquelle l'ARS est membre du comité de pilotage, est conduite et rendra ses préconisations fin 2012. Ces préconisations devront déboucher sur l'élaboration d'un plan opérationnel en direction de ces publics, dont la responsabilité de la mise en œuvre se fera de manière concertée entre ARS et DRJSCS.



Glossaire des sigles utilisés

ASV : Atelier santé ville
ACSE : Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
ACT : Appartement de coordination thérapeutique
CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues
CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIRE : Cellule interrégionale d'épidémiologie
CREAI : Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
CSAPA : Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CLSM : Conseil local de santé mentale
CUCS : Contrat urbain de cohésion sociale
DDCS/PP : Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DTD : Direction territoriale départementale (de l'Agence régionale de santé)
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMPP : Equipe mobile psychiatrie précarité
EMS : Equipe mobile sociale (Samu social)
FIR : Fonds d'intervention régional des ARS
LHSS : Lits Halte Soins Santé
ONPES : Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale
ONZUS : Observatoire national des zones urbaines sensibles
ORSPERE/ONSMP : Observatoire national de recherche sur pratiques en santé mentale et précarité
PASS : Permanences d'accès aux soins de santé
PDAHI : Plan départemental d'accueil d'hébergement et d'insertion
PMI : Protection maternelle et infantile
PNNS : Programme national nutrition santé
PRE / Programme de réussite éducative
PRIPI : Programme régional d'intégration des populations immigrées
ZUS : Zone urbaine sensible

Ont contribué à la réalisation de cette publication :
Direction de la stratégie et des projets

Conception-création : ORC, Communication Corporate & Métiers
Mise en page : Service information et communication - Crédit photos : Phovoir

Agence régionale de santé Rhône-Alpes – 129 rue Servient – 69418 Lyon Cedex 03
Novembre 2012



Agence régionale de santé Rhône-Alpes
129 rue Servient - 69418 Lyon Cedex 03
Tél. : 04 72 34 74 00
www.ars.rhonealpes.sante.fr



Dans la même collection « Projet régional de santé »

► Plan stratégique régional de santé



Approuvé le 4 août 2011
par arrêté du Directeur
général de l'ARS

► Schéma régional d'organisation des soins



- 5 thèmes chapeaux
- Schéma régional de prévention
- Schéma régional d'organisation des soins
- Schéma régional d'organisation médico-sociale

► Programme territorial



- Territoire de santé Est
- Territoire de santé Sud
- Territoire de santé Ouest
- Territoire de santé Nord
- Territoire de santé Ouest