

Circulaire DGS/SP 2 n° 2000-324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire

13/06/2000

L'article 67 de la [loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998](#) a proclamé que 'l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé'.

L'article 71 de la loi prévoit la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Leur enjeu est triple :

- santé publique : favoriser l'accès de tous au système de santé et ainsi améliorer l'ensemble des indicateurs de santé, accroître le contenu préventif des actions ;
- institutionnel : faire évoluer le système de santé vers plus d'efficacité par une meilleure prise en compte des besoins, par un fonctionnement plus partenarial, qui déterminent les conditions de protection de la santé de l'ensemble de la population, renforcer la dynamique régionale, en liaison avec les autres niveaux d'intervention (national, départemental, local) ;
- politique : faire reculer l'exclusion.

Un effort à prolonger

L'année 1999 a été consacrée à l'élaboration de la première génération de PRAPS

L'articulation dynamique dans la procédure d'élaboration des PRAPS entre le niveau départemental et le niveau régional a été déterminante pour élaborer des programmes régionaux de qualité.

La dynamique enclenchée pourra favoriser une réflexion plus globale sur le système de santé et notamment sur les modes d'articulation avec les acteurs du social (rôle de l'hôpital par rapport à la médecine de ville, formation pluridisciplinaire, rôle accru des réseaux, lien entre le secteur libéral et PMI ou la médecine scolaire, place de la prévention à accroître) ; cette dynamique doit être approfondie par une meilleure implication dans les prises de décision.

L'année 2000 est la première année de mise en oeuvre des PRAPS

Le PRAPS arrêté (vous devez impérativement faire parvenir les 4 exemplaires demandés à la DGS si vous ne l'avez pas déjà fait) constitue un document de référence de votre région pour les trois années à venir sur le thème de la santé des personnes en situation de précarité. La déclinaison départementale du PRAPS doit maintenant être élaborée.

Les crédits du 47-11-20 ont été maintenus au même niveau qu'en 1999. La ligne budgétaire est globalisée pour vous donner plus de souplesse dans la gestion des crédits et pour faciliter l'articulation entre les programmes régionaux de santé (PRS) et les PRAPS. Cette globalisation s'inscrit dans un mouvement de renforcement de la déconcentration. Elle permet de financer des actions de santé publique diverses ainsi que l'explique la circulaire budgétaire du 3 février 2000. Le suivi budgétaire par l'application GLB permettra d'effectuer un suivi par région des crédits du chapitre 47-11-20 en permettant la distinction initiale PRS-PRAPS.

Le comité régional, un outil de pilotage à valoriser

L'article 71 de la [loi du 29 juillet 1998](#) vous donne mission d'assurer la coordination de l'élaboration et du suivi des PRAPS. Le comité régional des politiques de santé (créé par le [décret du 29 décembre 1998](#)) constitue le lieu de cette coordination et vous veillerez à effectuer une organisation rigoureuse de son fonctionnement. Une programmation sur l'année du calendrier et des thèmes de réunion de ce comité serait à cet égard très utile.

Vous me signalerez toute difficulté à cet égard.

Une mobilisation des acteurs à développer

Une politique de communication active vis-à-vis de la population et vis-à-vis des acteurs de la lutte contre l'exclusion paraît nécessaire. Certaines régions ont adopté à cette fin différents outils (périodique, dépliant, vidéo). La communication en direction de la population doit permettre de faciliter la mobilisation des différentes personnes concernées, d'améliorer le programme et de mieux l'articuler avec les besoins. Au niveau national, la mise en place prochaine d'un site Internet peut faciliter la transparence des choix réalisés par chaque région et faciliter une meilleure implication de la population sur les décisions prises.

Certains thèmes devront par ailleurs être plus particulièrement suivis

La prévention

Je vous invite à suivre la manière dont les principaux acteurs de développement des politiques de prévention (comités départementaux d'éducation pour la santé, conseils généraux, centres de cure ambulatoire en alcoologie) renforcent leur action en direction des publics en situation de précarité.

Le dispositif examen de santé des caisses primaires d'assurance maladie doit faire l'objet d'une attention particulière car il peut servir de point d'appui pour le public visé par les PRAPS.

L'articulation avec le dispositif RMI

Les crédits d'insertion relatifs aux actions menées en faveur des bénéficiaires du RMI doivent faire l'objet d'une recherche de complémentarité avec le PRAPS.

Santé mentale

La concertation menée dans le cadre du comité régional des politiques de santé doit permettre de favoriser une implication des établissements de santé.

Politique de la ville, nouveaux contrats de ville et santé

Le comité interministériel des villes du 14 décembre 1999 a décidé la création d'un nouvel outil : l'atelier santé ville (présentation en annexe générale et cahier des charges en annexe technique 1).

Evaluation

Il est essentiel que vous mettiez rapidement en place une procédure d'évaluation du PRAPS, afin de garantir la bonne adéquation des outils et des stratégies d'évaluation (voir annexe générale).

Un suivi des crédits est organisé sur la même base qu'en 1997 (voir annexe générale et annexe technique 2).

Je vous prie de bien vouloir me faire part (DGS-SP2) des problèmes que vous pourriez rencontrer dans la mise en oeuvre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité.

Date d'application : immédiate.

Référence : [circulaire DGS/SP2 n° 99-110 du 23 février 1999](#).

ANNEXES **ANNEXE GENERALE**

1. La couverture maladie universelle (CMU) et l'aide médicale Etat (AME) modifient le contexte de l'accès aux droits

La mise en oeuvre de la CMU est suivie par les DRASS. Elle concerne fin avril presque 4 millions de bénéficiaires. Les PRAPS sont un lieu d'observation important pour vérifier si la montée en charge se fait correctement, et pour analyser les retombées de cette réforme qui intervient sur des points importants : fonctionnement du tiers payant, respect des tarifs opposables par les professionnels, existence d'une offre de soins accessible aux usagers. La question du seuil est évidemment un sujet qui doit retenir l'attention, car elle concerne des populations fragiles. L'évaluation de cette première phase est importante pour donner des orientations pour l'action.

2. Accompagner la mise en place des permanences d'accès aux soins (PASS) dans les établissements de santé

- le tableau de bord élaboré afin de suivre la mise en place opérationnelle des PASS indique que 124 PASS étaient opérationnelles au 31 mars 2000, soit un taux d'opérationnalité de près de 50 % par rapport à l'objectif de 250 PASS installées au 31 décembre 1999. Une PASS est considérée comme opérationnelle dès lors qu'elle dispose de personnels recrutés et opérationnels et qu'un comité de pilotage ou des protocoles ont été instaurés ;
- les premières conclusions du pré-rapport rédigé en février 2000 par M. Jacques Lebas, coordonnateur de la mission d'accompagnement et de soutien pédagogique pour la mise en place des PASS révèlent une situation contrastée selon les régions, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Il ressort notamment de ce pré-rapport que les régions les plus avancées sont celles qui disposaient d'un dispositif permettant d'accueillir les personnes démunies avant 1998 ;
- une journée d'échanges sur les PASS organisée le 24 mai 2000 par la direction des hôpitaux/AF1 et la DGS/SP2 sur les aspects concrets de la mise en place des permanences : l'objectif est que les participants puissent disposer d'outils méthodologiques facilitant leur travail sur le terrain.

La mise en place des PASS doit pouvoir s'appuyer sur la collaboration étroite des différents acteurs sanitaires et sociaux concernés par la santé des populations en situation de précarité (établissements de santé, associations, travailleurs sociaux, collectivités locales, professionnels de santé de ville,...) dans le cadre du travail en réseau organisé au niveau local.

3. Politique de la ville (atelier santé)

Vous trouverez en annexe technique 1 le cahier des charges de cet outil qui s'inspire de la démarche PRAPS pour faciliter l'émergence d'un lieu de coordination local entre tous les acteurs de santé des villes engagées dans les contrats de ville 2000/2006. Cet outil vise à favoriser l'association des habitants et les professionnels aux choix réalisés, aux décisions prises concernant la santé.

L'atelier santé ville doit s'articuler avec les PRAPS en s'inspirant des priorités régionales une version localisée des PRAPS : il devrait favoriser une articulation dynamique entre la politique de la ville et la politique de santé.

Vous devez favoriser la mise en place de ces ateliers santé ville et veiller à ce qu'ils soient dûment intégrés aux PRAPS en vous associant aux services chargés de la politique de la ville pour en assurer la promotion et le suivi.

Par ailleurs vous veillerez aussi à ce que chaque année le rapport annuel au comité régional des politiques de santé sur la mise en oeuvre du PRAPS prévoit un point sur la mise en oeuvre des ateliers santé ville.

4. Education pour la santé

Les activités d'éducation pour la santé menées dans le cadre des PRAPS font l'objet d'un suivi national par le comité français d'éducation pour la santé qui est de ce fait associé aux regroupements des coordonnateurs régionaux organisés par la direction générale de la santé.

Concernant les interventions directes auprès des différents publics du champ de la précarité (qui constituent un volet fondamental de ces activités) il est apparu nécessaire de s'appuyer sur des protocoles harmonisés. Les interventions effectuées à ce titre doivent en particulier s'articuler avec le rôle des différents professionnels impliqués dans la prise en charge sanitaire, sociale et éducative de ces publics.

L'établissement de ces procédures est du ressort des comités d'éducation pour la santé et nécessite de cibler les problématiques à considérer (type de public, cadre d'intervention, problématique de santé liée à la précarité, objectifs inscrits dans le PRAPS). Ces procédures sont à établir selon les indications fournies par la DGS/SP1 en fin 1999. Elles

doivent figurer comme un des objectifs de la phase de mise en oeuvre des PRAPS sur une ou deux problématiques prioritaires du programme régional.

Cette orientation méthodologique sera prise en compte dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens en cours d'élaboration avec les comités d'éducation pour la santé dans bon nombre de régions, suite notamment aux dispositions de la circulaire générale de déconcentration des crédits pour 2000 (ligne 47.11.20). Il importe que les DRASS engagées dans l'élaboration de tels contrats puissent s'informer mutuellement et informer la direction générale de la santé de la ou les problématiques retenues à ce sujet. La direction générale de la santé pourra contribuer ainsi à la coordination nationale en lien avec le CFES et, au besoin, aidera à préciser les sujétions de mise au point de ces protocoles d'intervention.

5. Appel d'offres

La DGS lancera prochainement un nouvel appel d'offres national sur le cancer. Celui-ci met l'accent sur l'articulation entre le PRAPS et le PRS.

Un suivi de l'appel d'offres 'santé mentale' est demandé (annexe technique 2).

6. Lits d'hébergement pour soins

Les lits d'hébergement pour soins ont fait l'objet d'une étude réalisée à la demande de la DGS et de la DAS par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé.

Cette étude réalisée sur plusieurs sites dans quatre régions sera adressée prochainement aux DRASS et aux DDASS.

7. Annuaire des acteurs

Vous devrez veiller à ce que l'annuaire des acteurs de la lutte contre les exclusions (circulaire en cours de préparation) qui pourra être consulté sur version papier et sur internet, intègre tous les acteurs de votre région.

8. Organisation d'un colloque européen

Mme la Ministre a souhaité la tenue d'un colloque européen sur le thème santé et précarité à l'occasion de la présidence française de l'Union européenne. Il aura lieu les 6-7-8 décembre 2000. Les coordonnateurs des PRAPS seront intégrés dans la préparation car il s'agit de confronter l'expérience française à la situation d'autres pays afin de tirer des éléments susceptibles de nous aider à améliorer le dispositif actuel.

9. Santé des jeunes

La plupart des PRAPS considèrent que la santé des jeunes en situation de précarité est une priorité régionale :

- il est par conséquent indispensable d'associer les services de l'éducation nationale aux instances de pilotage et de suivi des actions inscrites au PRAPS ;
- il est nécessaire d'assurer une liaison avec la campagne nationale sur la contraception ;
- le thème de la souffrance psychique est très présent dans le PRAPS : il s'avère donc important d'assurer le suivi des projets retenus en 1999 dans le cadre de l'appel d'offres lancé par la DGS (voir annexe 2). Le récent rapport du Haut comité de la santé publique (février 2000) sur 'la souffrance psychique des adolescents et jeunes adultes' fait des recommandations dont vous devez vous inspirer pour effectuer la programmation des actions.

La DGS et la DAS procèdent à l'examen des rapports d'évaluation sur les lieux d'accueil et d'écoute. Une nouvelle circulaire est en cours de rédaction. Une journée d'information et de discussion sur le rôle de ces lieux sera organisée prochainement.

Les missions locales pour l'accueil et l'insertion sociale et professionnelle des jeunes ont un rôle important à jouer dans l'évaluation des besoins de santé des jeunes en difficulté d'insertion. La Délégation interministérielle à l'insertion des jeunes, en liaison avec la DGS, prépare un guide des bonnes pratiques sur les questions de santé en direction des Missions

locales et des PAIO. Vous devez veiller à ce que les questions de santé soient bien prises en compte par les Missions locales et les PAIO notamment en faveur des jeunes intégrés dans le programme TRACE. La participation des DDASS aux comités de pilotage du programme est essentielle pour repérer les difficultés d'accès aux soins de jeunes impliqués (et notamment pour contribuer à l'évaluation de la mise en place de la CMU). Un récent rapport parlementaire, rédigé par Mme Mignon, député, sur le programme Trace indique que la prise en compte des questions de santé s'effectue dans de bonnes conditions. Il faut renforcer l'articulation entre les différents acteurs en veillant à la mise en place d'un suivi départemental : rencontre entre la DDASS et les missions locales, contact régulier avec le comité départemental de la jeunesse, éventuellement création d'un groupe de travail avec les différents partenaires concernés.

10. Evaluation

Vous devez définir avant le lancement d'une action un ou des critères précis d'évaluation (si possible quantitatifs).

Vous pourrez faire appel aux compétences nationales et locales qu'il vous semblera nécessaire de mobiliser pour participer à l'évaluation de la mise en oeuvre du PRAPS et des actions réalisées. Un document d'orientation sur l'évaluation sera adressé dans les prochains jours aux coordonnateurs PRAPS.

Le suivi et l'évaluation de la mise en oeuvre du PRAPS doivent être l'occasion de compléter les informations stratégiques disponibles sur les problématiques relatives à l'accès aux soins et à la prévention, car il est nécessaire d'approfondir les connaissances dans ce domaine.

11. Evaluation (suite) : suivi des actions financées en 1998 et 1999

Les crédits de santé publique en faveur des publics en situation de précarité sont dans leur quasi totalité déconcentrés. Ils ont été fortement augmentés à la suite du vote de la loi du 29 juillet 1998.

La présente circulaire actualise la circulaire du 3 août 1998 sur le suivi des actions mises en oeuvre en 1997.

Les résultats concernant l'utilisation des crédits santé-précarité 1997 ont été publiés sur le site intranet du ministère (rubrique PRAPS).

Le suivi des actions prévu par la présente circulaire concerne le chapitre 47-11 article 40 pour l'année 1999. Le nombre d'informations à recueillir a été réduit (cf. guide de remplissage, annexe technique 3).

Les DDASS fournissent les informations en utilisant le cadre fourni (tableau Excel qui sera envoyé par la DGS sous Ccmail) aux DRASS qui les acheminent après validation des éléments et une synthèse dans un seul fichier Excel à la DGS avant la fin du mois de juin pour exploitation nationale et régionale et publication sur le site intranet par Ccmail.

Il est donc demandé aux DDASS de remplir le questionnaire joint (tableau transmis sous Ccmail) et de le transmettre à la DRASS qui collecte l'ensemble des données pour les départements de la région (cf. guide joint sur la procédure à suivre, annexe technique 3).

12. Les objectifs des prochains mois pour l'administration centrale

La DGS va maintenir et développer ses actions d'animation dans le cadre des PRAPS :

- analyse des PRAPS qui sera présentée le 25 mai 2000 lors d'une journée de travail ouverte à tous ceux qui, dans les DDASS et les DRASS ont participé à l'élaboration des PRAPS et seront acteurs de leur mise en oeuvre ;
- développement du site intranet, mise en place d'un site internet et poursuite de la publication du bulletin Actions PRAPS ;
- organisation et tenue de la réunion des coordonnateurs régionaux les 25 et 26 mai 2000 et notamment le 25 avec les coordonnateurs PRAPS des DDASS ;
- mise en place de journées de formation et de soutien technique aux pilotes PRAPS notamment sur le thème de l'évaluation.

ANNEXE TECHNIQUE 1 ATELIER SANTE VILLE

Le cadre de référence

Le comité interministériel des villes du 14 décembre 1999 a précisé les orientations de la politique de la ville en matière de santé (1) avec la mise en place, au sein des contrats de ville, d'ateliers 'santé ville'. Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), institués par l'article 71 de la [loi n° 98-657 du 29 juillet 1998](#) d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (2) fixent un cadre d'action et contribuent à leur mise en oeuvre.

(1) Chapitre II, point 3.2 du comité interministériel des villes du 14 décembre 1999.

(2) [Circulaire DGS/SP.2 n° 99-110 du 23 février 1999](#) relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité.

Créé à l'initiative des partenaires des contrats de ville qui souhaitent inscrire la santé comme une priorité forte, l'atelier 'santé ville' pourra constituer le dispositif opérationnel de la convention thématique santé.

L'atelier 'santé ville' vise à promouvoir le développement de programmes locaux de santé, en cohérence avec la démarche stratégique utilisée pour les PRAPS.

Il s'agit d'améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations prioritaires des territoires de la politique de la ville, qu'elles soient menées par les institutions, le monde associatif ou les acteurs de santé du service public ou privé.

Les objectifs

Les ateliers 'santé ville' ont pour objectifs :

- d'identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie ;
- de faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien à des réseaux médico-sociaux ;
- de diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site ;
- de rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun ;
- de développer d'une part, la participation active de la population à toutes les phases des programmes (diagnostic, définition de priorités, programmation, mise en oeuvre et évaluation) et d'autre part, la concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concernés par ces programmes.

Les acteurs

Tous les acteurs des champs sanitaires et sociaux doivent être impliqués, particulièrement les médecins de ville, les établissements de santé publics et privés, les structures de santé mentale, les CHRS, les centres de santé, les centres sociaux, les services de santé scolaire, les services sociaux d'accueil aux étrangers, les missions locales.

La démarche de réseau comme moyen d'intervention devra être privilégiée de manière à évoluer vers la constitution de réseaux de santé de proximité (1)

(1) [Circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999](#) relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

Les thèmes d'action

Les thèmes de travail peuvent concerner :

- la connaissance de l'état de santé de la population des sites prioritaires ;
- la définition des objectifs d'amélioration de l'état de santé et de ses déterminants ;
- l'accessibilité aux droits sociaux, aux soins, à la prévention et à la santé ;
- l'analyse des principaux dysfonctionnements de l'accès à la prévention et aux soins ;

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgssp-2-n-2000-324-du-13-juin-2000-relative-au-suivi-des-actions-de-sante-en-faveur-des-personnes-en-situation-precaire/>

- les questions concernant les pratiques professionnelles sanitaires, sociales et d'insertion ;
- la qualité et l'organisation de l'offre de soins ;
- les besoins en formation des professionnels accueillant les publics en situation de précarité.

Les ateliers 'santé ville' s'appliquent à des territoires infra-communaux (les quartiers), communaux ou intercommunaux suivant l'échelle pertinente définie par le diagnostic territorial.

Les modalités de mise en oeuvre

L'atelier 'santé ville' n'est pas une structure de plus mais le lieu de la coordination des acteurs en vue de l'élaboration d'un diagnostic partagé des problèmes à traiter, de l'adoption et de la mise en oeuvre d'un programme d'actions concertées, de leur réalisation et d'une évaluation régulière des résultats obtenus.

Il est souhaitable de s'appuyer sur les structures existantes qui participent aux actions de lutte contre les exclusions.

Un coordonnateur peut être recruté pour animer la démarche, dans ce cas il doit être intégré au pilotage du contrat de ville et dans le groupe de pilotage départemental du PRAPS animé par les DDASS.

Sa mission porte sur l'animation, l'aide à la concertation, le soutien méthodologique par la création d'outils adaptés aux projets locaux de santé. Les techniques de travail communautaire ou en réseau sont particulièrement recommandées.

Dans ce cadre, il recueille les données quantitatives et qualitatives, mobilise les compétences existantes : les chefs de projet politique de la ville, le chargé de projet toxicomanie, les centres de ressources de la politique de la ville (1), les centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies (2), les observatoires régionaux de santé. Il apporte un soutien aux acteurs, par exemple les Adultes relais (3).

(1) Comité interministériel des villes du 30 juin 1998.

(2) Circulaire du 15 septembre 1999 du Premier ministre concernant la lutte contre la drogue et la prévention des dépendances.

(3) Chapitre II, point 3.1 du comité interministériel des villes du 14 décembre 1999.

Il promeut la participation des habitants dans les projets locaux de santé et assure la cohérence et l'articulation des conventions thématiques santé prévention avec les actions de prévention du contrat local de sécurité (CLS).

Par ailleurs, il a vocation à participer, en lien avec les DDASS, aux travaux des PRAPS dont il est un correspondant privilégié sur le territoire, à l'action menée dans le cadre des conférences régionales de santé et à valoriser la participation des habitants dans les projets locaux de santé comme les Etats généraux de la santé le préconisent.

Compte tenu de la nature de la mission, il est souhaitable que cette fonction soit assurée par un professionnel ayant une connaissance des techniques de la santé publique, notamment le recueil et l'analyse des données quantitatives et qualitatives, le diagnostic partagé, les méthodes de suivi, d'animation et d'évaluation, de communication, les politiques publiques, les relations avec les partenaires et la population.

Les soutiens financiers de l'Etat

Les ateliers 'santé ville' bénéficient d'un soutien financier de la part du ministère délégué à la ville et du secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale dans le cadre des contrats de ville.

A ce titre, ils sont financés conjointement par la ville et l'Etat. Pour l'Etat, le chapitre 47-11-20 du ministère de l'emploi et de la solidarité, le chapitre 46-60-10 (fonds d'intervention pour la ville) et le chapitre 37-82 pour le financement des actions de service public, seront mobilisés. Les crédits des autres collectivités territoriales et des autres partenaires seront

également recherchés (FAS...). Il convient dans tous les cas de figure, avant de mobiliser des financements complémentaires, de rechercher une bonne utilisation coordonnée des financements existants.

Les ateliers 'santé ville' retenus feront l'objet d'un rapport annuel de suivi auprès du comité régional des politiques de santé (en application de l'article 71 de la loi 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions) et des instances de pilotage du contrat de ville.

L'évaluation

Les ateliers 'santé ville' doivent prévoir une procédure précise d'évaluation de type participative comportant un volet qualitatif et quantitatif. La place donnée à la participation des habitants permettra aux acteurs d'apprécier l'impact des actions de santé dans le sens du concept de 'santé bien-être', selon des critères qui seront différents suivant les populations concernées et les modes d'intervention.

L'évaluation permettra d'examiner les résultats des projets locaux de santé et leur cohérence avec l'ensemble des actions de santé sur les territoires en contrat de ville (par exemple : accès aux droits par mise en place de la CMU (1), notamment l'accueil et la domiciliation au niveau des CCAS, fonctionnement et pertinence de la permanence d'accès aux soins de santé (2) dans l'établissement de santé de proximité, place et rôle des réseaux ville-hôpital au niveau local, des réseaux de santé de proximité, du volet santé PDI...) et leurs effets sur l'amélioration de la santé des habitants et, au-delà, sur la qualité de vie et l'insertion sociale.

(1) Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU).

(2) Circulaire DH/AS n° 05960 du 25 mai 1999 relative à la mise en place de permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans les établissements de santé.

L'évaluation des ateliers 'santé ville' inscrits dans les contrats de ville sera prise en compte dans le cadre de l'évaluation nationale de la politique de la ville du XIIe plan.

Contacts :

Délégation interministérielle à la ville : Catherine Richard, chargée de mission, département lien social et service public, tél. : 01-49-17-46-57, fax : 01-49-17-46-94.

Direction générale de la santé : Robert Simon, chef du bureau SP2, tél. : 01-40-56-42-77.

ANNEXE TECHNIQUE 2 SANTÉ MENTALE ET PREVENTION DE L'EXCLUSION

Etat d'avancement des actions innovantes en faveur des enfants et des adolescents ayant pour objectif une meilleure prévention et/ou prise en charge de leur souffrance psychique (actions financées fin 1999 suite à un appel d'offres) (circulaire DGS/DAGPB/DAS n° 98-568 du 8 septembre 1998)

Ce document est à la disposition des ARH - DRASS - DDASS, sur intranet à la rubrique 'PRAPS'.

Il doit être renvoyé au coordonnateur de PRAPS avant le 31 mai 2000 pour la poursuite éventuelle du financement en 2000.

I. - RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Région concernée : ...

Département concerné :...

1. Fiche d'identification de l'organisme financé :

Nom :...
Adresse :...
Tél. :...
Télécopie :...
E-mail :...
Statut juridique :...
N° de Siret :...
Pour les associations :
- n° d'enregistrement préfecture :...
- date de parution au JO :...
Domaine d'activité :...

2. Personne ayant qualité pour engager l'organisme

Nom :...
Fonction :...
Adresse :...
Tél. :...
Télécopie :...
E-mail :...

II. - DESCRIPTION DE L'ACTION

1. Rappel succinct de l'action :

2. Responsable de l'action :

Nom :...
Adresse :...
Fonction :...
Tél. :...
Télécopie :...
E-mail :...

3. Etat d'avancement de l'action :

- L'action a-t-elle pu débuter, si non, pourquoi ?
- Si elle n'a pas débutée, pensez-vous qu'il faut maintenir l'action ou changer d'action et laquelle ?
- Si elle a débutée, à quelle date ?...
- Si cette action est en cours ou terminée, quels sont les résultats des premiers indicateurs choisis (même très subjectif au départ : satisfaction des professionnels de l'action ou de ceux qui en ont bénéficié, amélioration constatée pour la gestion de certains dossiers difficiles) :
- Calendrier de l'action (action ponctuelle et sur quelle période ou action envisagée sur plusieurs années) :
- Choix des indicateurs (simples) retenus en routine pour l'évaluation et le calendrier de leur recueil :

III. - RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

1. Compte financier 1999 de l'organisme à financer (le compte de résultat ou le bilan 1999) :

2. Budget prévisionnel 2000 de l'organisme à financer :

3. Budget prévisionnel annuel de l'action :

IV. - AUTRES POINTS QUE VOUS SOUHAITERIEZ ABORDER

SUIVI DES CREDITS PRECARITE 1999

GUIDE DE REMPLISSAGE (1)

(1) Article 47-11-40 (si d'autres chapitres ont été utilisés, mentionnez-le en précisant le montant pour chaque chapitre dans la colonne commentaire du fichier Excel).

Type d'action :

- A. - Lieu d'accueil, d'écoute, d'orientation prenant en compte la santé
- B. - Accueil médical ou social à l'hôpital
- C. - Vacances dans les lieux d'accueil ou d'hébergement d'urgence
- D. - Lits d'hébergement pour soins
- E. - Informations, sensibilisation, éducation à la santé
- F. - Réseaux (coordination, aide à la mise en place ou au soutien)
- G. - Formation de professionnels
- H. - Aide à l'accès à une mutuelle
- I. - Autre type d'action

MODE DE REMPLISSAGE

Un seul tableau Excel (2) :

- avec une seule feuille (voir modèle en annexe du guide) : il comporte 57 colonnes (avec un intitulé de colonnes qui reprend la classification par lettre des types d'action : de A à I ci-dessus) à remplir selon le guide (voir pages suivantes le détail) ;

(2) Le tableau Excel comporte des commentaires dans les cellules pour les intitulés de colonnes.

Le tableau est divisé en deux parties :

1. Informations générales pour tout type d'action (p 2 et 3 du guide) avec un identifiant de colonnes K (en bleu dans le tableau) ;
2. Informations spécifiques par type d'action avec un identifiant de la colonne de A à I (p. 4 à 9 du guide).

PROCEDURE

Phase 1. - La DGS envoie le tableau type Excel (sous Excel 5 WIN 95) par CCMAIL à chaque DASS ;

Phase 2. - Chaque DDASS remplit le tableau (nom de fichier : D puis nom de département ; ex. : D 66 pour les Pyrénées-Orientales) puis le transmet rempli à la DRASS (à l'attention du correspondant PRAPS) par Cmail (garder une copie du fichier) ;

Phase 3. - LA DRASS vérifie la cohérence des données et réunit tous les départements dans un même fichier (R puis les trois premières lettres du nom de la région : par exemple, pour l'Aquitaine > RAQU) et transmet le fichier à la DGS pour exploitation par Cmail (garder une copie du fichier) ;

Phase 4. - La DGS exploite des données régionales et les diffuse (sur intranet).

CALENDRIER

Dates de fin de procédure (3 mois à compter de la diffusion par Cmail) :

- phase 1 : date de référence ;
- phase 2 : un mois à compter de la transmission (transmission à la DRASS d'un fichier par département) ;
- phase 3 : transmission dans le délai de 2 mois à la DGS du fichier régional à la DGS ;
- phase 4 : exploitation des données par la DGS (un mois), puis diffusion le mois suivant des résultats sur intranet.

- I. - INFORMATIONS COMMUNES A TOUTES LES ACTIONS
- II. - INFORMATIONS SPECIFIQUES A CHAQUE ACTION

A. - LIEU D'ACCUEIL, D'ECOUTE, D'ORIENTATION PRENANT EN COMPTE LA SANTE

B. - ACCUEIL MEDICAL OU SOCIAL A L'HOPITAL

C. - VACATIONS DANS LES LIEUX D'ACCUEIL OU D'HEBERGEMENT D'URGENCE

D. - LITS D'HEBERGEMENT POUR SOINS

E. - INFORMATIONS, SENSIBILISATION, EDUCATION A LA SANTE

F. - RESEAUX (COORDINATION, AIDE A LA MISE EN PLACE OU AU SOUTIEN)

(4) Vous pouvez mettre la liste des partenaires en commentaire de la cellule.

G. - FORMATION DE PROFESSIONNELS

H. - AIDE A L'ACCES A UNE MUTUELLE

I. - AUTRES TYPES D'ACTION

DGS/SP2 : suivi des actions de santé en direction des personnes en situation précaire (1999)

6 mars 2000 (intitulé des colonnes en commentaires de cellule)

[cf. document original]

La ministre de l'emploi et de la solidarité, la secrétaire d'Etat à la santé, Direction générale de la santé.

Mesdames et Messieurs les préfets de région (direction régionale des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre])
; Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]).

Texte non paru au Journal officiel.