

Programme

EN RÉGION CENTRE

2012-2016

*régional d'accès
à la prévention
et aux soins des
plus démunis
(PRAPS)*





I/ INTRODUCTION	4
1.1 Le PRAPS : un programme obligatoire du Projet régional de santé	5
1.2 Un enjeu majeur: la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.....	5
1.3 Les spécificités des publics démunis.....	6
1.4 La finalité du PRAPS	7
1.5 Les leviers de mise en œuvre.....	7
II/ LA MÉTHODE D'ÉLABORATION	8
2.1 Une dimension transversale présente tout au long des travaux préparatoires du PRS	9
2.2 Une démarche de rencontre des acteurs de proximité	9
2.3 L'installation d'un comité de pilotage régional	9
III/ LES ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC	10
3.1 Les enseignements des précédentes politiques régionales d'accès à la prévention et aux soins.	11
3.2 Les données d'observation régionales	12
3.3 Les enseignements issus de la concertation des acteurs	21
IV/ LES OBJECTIFS ET ACTIONS DU PRAPS	22
4.1 Objectif 1 : améliorer la lisibilité des dispositifs en direction des plus démunis.....	23
4.2 Objectif 2 : améliorer la coordination des acteurs	24
4.3 Objectif 3 : développer le repérage et l'accompagnement adapté des publics précaires.....	25
V/ LES MODALITÉS DE LA MISE EN ŒUVRE	26
5.1 La déclinaison des actions dans les territoires de proximité	27
5.2 L'association de nombreux partenaires et opérateurs	27
5.3 La mise en place de groupes de travail	27
ANNEXES	28
GLOSSAIRE	38



Introduction



LE PRAPS : UN PROGRAMME OBLIGATOIRE DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

Les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des plus démunis ont été élaborés pour la première fois en 1999 en application des dispositions de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998.

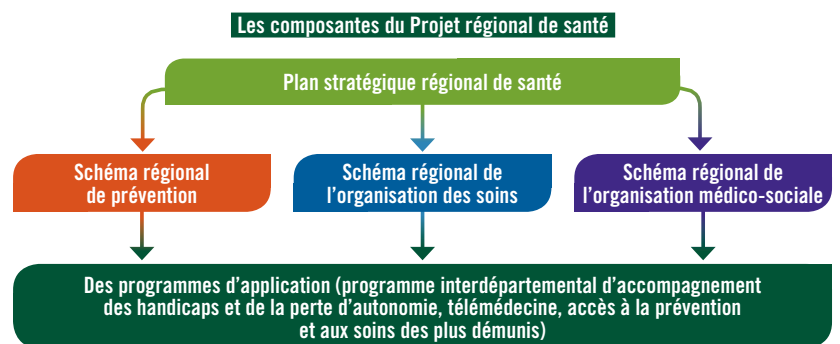
La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a une nouvelle fois mis l'accent sur la question de la santé des plus vulnérables en introduisant au sein du Code de la santé publique un article spécifique, toujours en vigueur (art L.1411-1-1) indiquant que "l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées."

Confirmé par la Loi "Hôpital, patients, santé et territoires" (HPST) du 21 juillet 2009, et conformément à l'article L1434-2 du Code de la santé publique, le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des plus démunis est désormais une **composante obligatoire du Projet régional de santé (PRS)** qui constitue l'outil de planification unifié de la politique régionale de santé menée par l'Agence régionale de santé (ARS) sur la période 2012-2016.

L'article L1434-2 du Code de santé publique précise le contenu du PRS :

"Le projet régional de santé est constitué :

- 1/ d'un Plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région,
- 2/ de Schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale,
- 3/ de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, **dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies** et un programme relatif au développement de la télémédecine."



Au sein du PRS, le PRAPS vise donc à décliner de manière opérationnelle les différentes mesures prévues par chacun des schémas et concernant spécifiquement les publics les plus démunis.

UN ENJEU MAJEUR : LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ

Le principal enjeu du PRAPS est celui de la **réduction des inégalités sociales et territoriales de santé**.

Cet enjeu rejoint une des trois ambitions portées par le PRS : **la promotion de l'égalité devant la santé**.

Cette ambition est motivée par l'importance du "gradient social", c'est-à-dire le constat désormais établi que l'état de santé des individus est étroitement lié à la position sociale qu'ils occupent au sein de la société. La position sociale correspond à "un niveau de ressources maté-

rielles, comportementales et psychosociales, ainsi qu'à l'exposition à certains facteurs de risque"⁽¹⁾.

Par ailleurs, les inégalités sociales de santé prennent racine dès l'enfance et même dès la période périnatale. Pour cela, une attention particulière doit être portée à la transversalité entre les différents schémas du PRS traitant de la périnatalité d'une part et avec les partenaires institutionnels des services de santé scolaire du Rectorat, de Protection maternelle et infantile (PMI) des

1. Anne GUICHARD - Louise POTVIN - Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? - Réduire les inégalités sociales en santé - sous la direction de Louise POTVIN, Marie-José MOQUET, Catherine M.JONES - INPES - Octobre 2010

Conseils généraux et des Caisses d'allocations familiales (CAF) pour les axes d'accompagnement de la parentalité d'autre part.

Les documents préparatoires au diagnostic régional⁽²⁾ ont mis en évidence cette réalité en région Centre au travers de données de santé variables entre territoires, souvent convergentes avec le profil économique et sociodémographique de la population qui le compose.

Le diagnostic régional a également rappelé l'attention qui doit être portée aux personnes vulnérables ou en situation de précarité du fait de leur environnement, leur condition sociale, de vie ou d'emploi. Ces conditions représentent pour certaines populations autant de facteurs défavorables, se cumulant souvent tout au long de la vie et justifiant pour beaucoup un état de santé dégradé.

Considérant ces éléments, dès la construction du Plan stratégique régional de santé (PSRS), l'ARS du Centre a inscrit le principe de réduction des inégalités sociales et territoriales comme une stratégie d'action transversale devant guider l'action de l'ARS dans tous les secteurs de la santé (prévention, soins hospitalier et ambulatoire, médico-social).

Dans cette logique, les objectifs et mesures proposés par les trois schémas du PRS y contribuent déjà en partie en privilégiant :

- une planification des différentes offres de santé accessibles dans les territoires, et devant notamment permettre la continuité des soins et des prises en charge,
- une meilleure coordination des acteurs des secteurs hospitalier, ambulatoire, médico-social ou de la prévention,
- une meilleure complémentarité des programmes et des actions menés par les différentes autorités institutionnelles,
- le ciblage de populations et de territoires prioritaires pour les actions de promotion et d'éducation à la santé.

En complément, le PRAPS s'intéresse prioritairement et spécifiquement aux populations démunies et a pour vocation de définir les actions à mettre en œuvre pour faciliter leur accès aux droits, aux soins et à la prévention.

1.3

LES SPÉCIFICITÉS DES PUBLICS DÉMUNIS

La terminologie "des plus démunis" peut conduire à considérer des populations très diverses.

La notion de démunis vise les personnes situées au plus bas de l'échelle sociale caractérisées par des désavantages majeurs en termes de revenus, de logement, d'emploi, d'utilisation des services, de lien social. La notion de pauvreté est régulièrement retenue pour traduire la précarité. La précarité, c'est la fragilité, l'instabilité des situations. La notion de précarité englobe celle de pauvreté. Elle fait référence aux incertitudes et aléas qui pèsent sur les individus au delà même de leurs ressources du moment. En se référant aux définitions figurant dans le rapport de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la pauvreté est directement liée à l'insuffisance de ressources ; elle est définie par un niveau de vie inférieur à 60 % du niveau de vie médian :

- l'actif pauvre est une personne active (occupée ou au chômage) six mois ou plus dans l'année (dont au moins un mois en emploi) et qui appartient à un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté (INSEE),
- les inégalités environnementales recouvrent plusieurs aspects : inégalités d'exposition aux facteurs de l'environnement qui dépendent des conditions et du milieu de vie (saturnisme, monoxyde de carbone...),
- l'exclusion sociale souvent définie comme un "processus de cumul de ruptures avec les formes essentielles du lien social : habitat, famille, couple, travail et des modes de vie dominants dans une société donnée".

Pour l'INPES, les quatre indicateurs utiles pour appréhender l'exclusion sociale sont :

- le taux de renoncement aux soins pour raisons financières,
- le taux de sortants du système scolaire à faible niveau d'étude,
- le taux de demandeurs d'emploi non indemnisés,
- la part des demandes de logement social non satisfaites après un an.

Au sein du PRS, le législateur a souhaité identifier un programme dédié aux publics démunis en raison des spécificités auxquelles sont confrontées ces personnes et sur lesquelles il convient de revenir :

- souvent concernés par la précarité financière, ces publics cumulent aussi des situations aggravantes comme la rupture de lien social, l'isolement familial, l'environnement de vie défavorable, la perte de repères, la présence de pathologie(s) invalidante(s),
- ces publics rencontrent également de nombreux obstacles d'accès à la santé qui, le plus souvent, résultent à la fois de leur propre vécu (habitudes et comportements), des freins économiques, mais également des pratiques de certains professionnels et de la complexité des institutions qui composent l'offre. La complexité des démarches à entreprendre et le manque de lisibilité des dispositifs peuvent être dissuasifs et diffèrent souvent le recours aux soins,

2. *Diagnostic régional santé – VI – Février 2011 – document préparatoire du Plan Stratégique Régional de Santé – consultable sur le site Internet de l'ARS www.ars.centre.sante.fr*

- ces personnes peuvent subir des obstacles liés à la compréhension des messages et des recommandations (barrière de l'écrit, barrière linguistique..), à la gestion du temps (non respect des horaires), à l'instabilité de logement, à l'absence de mobilité entravant l'accessibilité aux établissements et aux structures de prévention ou de soin. Cette accessibilité peut être aggravée en milieu rural où l'éloignement géographique est majoré.

Il résulte de ces différents obstacles :

- des situations de renoncement aux soins,
- des droits d'accès insuffisamment reconnus et mis en œuvre,
- des retards dommageables dans le diagnostic, le dépistage et la prise en charge des problèmes de santé posés,
- une moindre appropriation des messages de prévention.

Ces réalités, qui seront développées dans la partie diagnostic du présent document, rappellent **l'importance du repérage et de l'accompagnement individuel qui doit être entrepris en faveur de ces publics, l'adaptation nécessaire des messages et des circuits de prise en charge, et enfin la proximité des réponses à organiser dans les territoires concernés.**

1.4

LA FINALITÉ DU PRAPS

La finalité principale du PRAPS est de permettre aux personnes les plus démunies d'accéder au système de santé et aux différents dispositifs de droit commun qui le compose.

Plus particulièrement, les mesures prévues par le présent PRAPS doivent permettre :

- de favoriser et faire valoir l'ouverture des droits,

- d'adapter l'offre de soins afin d'inscrire les personnes dans la meilleure trajectoire de soins possible,
- d'améliorer les problématiques d'admission et d'orientation au sein des services et des établissements,
- de faciliter l'accès à la prévention médicalisée (vaccination et dépistage).

1.5

LES LEVIERS DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre des mesures prévues par le PRAPS s'appuiera sur plusieurs leviers :

- **LA CONTRACTUALISATION** : la négociation de Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les établissements de santé ou les établissements et services médico-sociaux, ou encore le conventionnement des opérateurs en prévention et promotion de la santé permettront de relayer de manière opérationnelle les objectifs du PRAPS et de prévoir les modalités de suivi et d'évaluation des actions menées.
- **LA TERRITORIALISATION** : la territorialisation vise à répondre aux besoins locaux de santé. L'objectif principal de la territorialisation est le déploiement de la politique régionale de santé dans les différents territoires de la région, en tenant compte des particularités et des besoins qui peuvent les différencier. Les démarches d'élaboration de Contrats locaux de santé (CLS) signés entre l'ARS et les collectivités locales sur des territoires de proximité constituent en cela une opportunité pour la mise en œuvre du PRAPS et la prise en compte des publics démunis.
- **L'ANIMATION TERRITORIALE** : portée par les délégations territoriales de l'ARS, l'animation territoriale permettra de décliner les actions prévues dans les territoires les plus pertinents, de manière à cibler les populations

prioritaires. L'animation territoriale permettra également de mettre en cohérence et de coordonner localement l'action des différents partenaires institutionnels concernés par l'intervention en faveur des publics démunis.

- **LES INSTANCES DE COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES** : la Loi HPST a prévu l'installation de deux commissions de coordination des politiques publiques (dans le champ des accompagnements médico-sociaux et dans le champ de la santé scolaire, santé au travail, et protection maternelle et infantile). Présidées par l'ARS, ces commissions regroupent l'ensemble des partenaires institutionnels de l'ARS concernés par les politiques de santé au sens large. Dans le cadre du PRAPS, ces commissions ont un rôle à jouer dans le partage de la connaissance de ces publics, la complémentarité voire la convergence des actions menées de part et d'autre en faveur des publics concernés.
- **LA STRATÉGIE DE PLANIFICATION** : l'organisation territoriale des différentes offres de santé prévue et portée par les schémas d'application du PRS contribue en partie à l'atteinte des objectifs du PRAPS dans la mesure où les schémas d'organisation veillent à un maillage territorial adapté et cohérent des offres et des dispositifs, que ceux-ci s'adressent à la population générale ou à des publics bien précis.

2

La méthode d'élaboration



UNE DIMENSION TRANSVERSALE PRÉSENTE TOUT AU LONG DES TRAVAUX PRÉPARATOIRES DU PRS

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé a été inscrite comme une préoccupation transversale au sein des travaux d'élaboration du Projet régional de santé.

Le diagnostic préparatoire au Plan stratégique régional de santé a d'ailleurs consacré une partie du bilan de l'état de santé et de l'offre de santé régionale aux problématiques d'inégalités sociales et aux dispositifs d'accès aux soins en direction des plus démunis. Un certain nombre de données statistiques et descriptives ont alors été récoltées et permettent désormais d'alimenter le diagnostic du présent PRAPS. Le travail de l'Observatoire régional de la santé (ORS) relatif aux inégalités cantonales de santé a été très largement exploité à cet effet.

Cette approche transversale s'est poursuivie à l'occasion des travaux préparatoires des trois schémas d'application du PRS. En effet, l'ARS a fait le choix de ne pas mobiliser un groupe de travail spécifique sur le sujet de l'accès aux soins des plus démunis, mais d'introduire cette réflexion au sein des nombreux groupes thématiques qui ont travaillé à l'élaboration des schémas.

Une attention particulière a été apportée à certains sujets qui impactent plus fortement les populations démunies comme les urgences, la psychiatrie/santé mentale, les addictions, les détenus, la périnatalité, les maladies chroniques, la construction du lien santé-social ou encore l'isolement, en milieu rural notamment.

UNE DÉMARCHÉ DE RENCONTRE DES ACTEURS DE PROXIMITÉ

Afin d'alimenter le diagnostic régional sur la question de l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis, les chefs de projets missionnés par l'ARS sur ce thème sont allés à la rencontre d'acteurs de proximité concernés par l'accompagnement des populations précaires (cf. annexe 1 : liste des personnes rencontrées). Une grille d'entretien (cf. annexe 2) a été conçue pour servir de cadre aux échanges et harmoniser leur restitution.

Ces temps de rencontre et d'échanges ont permis de :

- présenter le contexte et les enjeux du PRAPS dans sa nouvelle configuration de programme obligatoire et transversal du PRS,
- promouvoir les données régionales issues des travaux de l'ORS sur les inégalités cantonales de santé et l'évolution des données de mortalité (cf. annexe3),

- identifier et comprendre :
 - le mode d'organisation des structures et leurs interventions,
 - le repérage des publics vulnérables,
 - le recensement des besoins de ce public,
 - le type de réponses apportées,
 - les partenariats construits et plus particulièrement les liens existant avec la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) et les Equipes mobiles psychiatrie et précarité (EMPP),
 - les dynamiques locales en précisant à cette occasion leurs leviers et leurs freins.

Un compte rendu partagé a été rédigé à la suite de chacune de ces rencontres dont la synthèse a contribué au diagnostic régional du présent document.

L'INSTALLATION D'UN COMITÉ DE PILOTAGE RÉGIONAL

En septembre 2011, l'ARS a réuni un Comité de pilotage (COFIL), interinstitutionnel (composition en annexe 4), ayant pour mission de :

- partager l'analyse de l'existant,
- proposer des axes de travail,
- définir et suivre la mise en œuvre du PRAPS.

La composition de ce COFIL a respecté la représentativité requise pour la prise en compte des déterminants sociaux de la santé impliqués dans la prévention et l'accès aux soins des plus démunis.

L'annexe 4 détaille les institutions contributives aux travaux du PRAPS parmi lesquelles on retrouve : les services de la cohésion sociale, du Conseil régional, des Conseils généraux, des mairies, du rectorat, du service de santé au travail, des associations et réseaux de prise en charge de la précarité. Il faut noter par ailleurs qu'une concertation étroite a été entreprise avec les services de l'Etat en charge de la cohésion sociale (Direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP)), également représentés au sein du COFIL régional.

3

Les éléments de diagnostic



LES ENSEIGNEMENTS DES PRÉCÉDENTES POLITIQUES RÉGIONALES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

3.1.1 Le PRAPS de première génération (2000-2003) : le parti pris de la réduction des inégalités de santé territoriales

Sur cette période, l'objectif de contribuer à la réduction des inégalités de santé territoriales était une priorité avec comme corollaire la prise en compte des particularités locales et la valorisation des expériences menées jusqu'alors (87 % des actions menées antérieurement ont trouvé écho dans le PRAPS 1).

Le bilan de ce PRAPS de première génération a fait apparaître un résultat encourageant quant aux dynamiques enclenchées, sans pour autant disposer d'un recensement exhaustif de celles-ci. L'hétérogénéité des sources de données disponibles, de même que la multiplicité des acteurs concernés, rend cette tâche particulièrement difficile.

Plusieurs points d'attention peuvent être relevés :

Les territoires d'intervention prioritaires :

- le cadre urbain (notamment les quartiers relevant de la politique de la ville),
- le milieu rural (25 % des actions y ont été menées).

Les bénéficiaires prioritaires :

- les jeunes âgés de 16-25 ans,
- les publics en situation d'errance et de grande exclusion,
- les populations issues de l'immigration.

La forte mobilisation des acteurs :

- des projets majoritairement portés par le tissu associatif avec le soutien de bénévoles, de même que les Missions locales (ML), les Centres communaux d'action sociale (CCAS), l'Éducation nationale et les centres hospitaliers,
- des dynamiques variables selon les territoires : l'Eure-et-Loir et le Loiret se sont notamment démarqués positivement en termes de mobilisation des acteurs.

3.1.2 La politique régionale d'accès à la prévention et aux soins entre 2004 et 2009 : le choix d'une approche transversale et non pas populationnelle

UNE APPROCHE TRANSVERSALE À L'ENSEMBLE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

En région Centre, le Plan régional de santé publique (PRSP) (2005-2009) n'a pas fait le choix de traiter la question de l'accès à la prévention et aux soins au moyen d'une approche populationnelle des publics précaires. L'approche retenue, et explicitée dès l'introduction du

PRSP comme un principe guidant la démarche, fut celle de la transversalité. Chacune des thématiques traitées devait prendre en compte cette dimension et proposer des actions prioritaires à mener dans le cadre des appels à projets.

Certains axes de la politique de santé publique sont particulièrement concernés par les publics précaires :

Addiction / Nutrition / Suicide / Dépistage des cancers / Santé au travail / Santé environnementale (saturnisme).

UN AFFICHAGE DE PUBLICS JUGÉS PRIORITAIRES

Ces publics étaient les suivants :

- les personnes aux revenus inférieurs aux minima sociaux,
- les personnes bénéficiaires des minima sociaux,
- les personnes justes au dessus des seuils d'aide (revenus excédant de moins de 10 % le plafond de la Couverture maladie universelle),
- les jeunes en difficulté d'insertion professionnelle,
- les femmes victimes de violences,
- les familles monoparentales et isolées,
- les migrants,
- les personnes sans domicile fixe,
- les personnes sortant de prison,
- les publics des structures de l'insertion par l'activité économique.

LA REPRISE D'OBJECTIFS RECONNUS DANS LE CADRE DU PRAPS 1

Depuis le PRAPS 1, les objectifs suivants ont été régulièrement affirmés en raison de leur pertinence quant au public considéré :

- favoriser l'expression et la mobilisation des publics pour une prise en charge de leur santé,
- favoriser la mise en place d'une offre coordonnée de proximité,
- assurer la continuité des soins,
- développer la prévention en partenariat,
- développer l'offre de services spécialisés en réponse à des besoins identifiés (souffrance psychique, par exemple). Plusieurs leviers d'actions et /ou dispositifs restent d'actualité :

La santé communautaire :

- la mobilisation des publics en favorisant leur expression et la médiation pour qu'ils deviennent acteurs de leur santé.

L'adaptation de l'offre aux besoins spécifiques de ce public :

- le lien santé-social avec le développement de plateforme santé, Ateliers santé ville (ASV), soutien aux centres de soins gratuits, consultations avancées ou équipes mobiles adaptées,
- la continuité des soins par la structuration d'un réseau de sortie de l'hôpital avec la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS),
- la réponse à la souffrance psychique et à la détresse sociale : mise en place d'un réseau psychologique santé précarité et de réseaux associatifs santé précarité,
- des consultations de psychologue hors structure de santé et ateliers d'acquisition de compétences psychosociales sur l'image de soi dans les missions locales par exemple ; l'évaluation de cette action a abouti à la rédaction de la charte d'intervention des psychologues hors structures de soins,
- des ateliers d'éducation à la santé généralistes ou ateliers thématiques organisés de préférence à l'occasion de dispositifs de formation ou d'insertion sociale et professionnelle :
 - l'orthogénie ou la santé périnatale et sexuelle (contraception, violences, mariages forcés, information et éducation sexuelle),
 - la santé bucco dentaire,
 - la nutrition.

3.1.3 En conclusion

Les bilans et diagnostics successifs sollicités auprès de l'Observatoire régional de la santé (ORS) sur le sujet de l'accès aux soins et à la prévention des plus démunis ont mis en exergue des difficultés liées à :

- l'hétérogénéité des publics,
- la difficulté d'identifier les actions ciblant précisément le public précaire dans l'ensemble des actions de prévention et de promotion de la santé,
- un manque de recul pour évaluer la mise en place des actions,
- l'insuffisance des données exploitables dans les dossiers de demande de subventions déposés par les promoteurs d'actions (nombre de personnes touchées, territoires, bilans),
- une multiplicité des acteurs conjuguée à l'absence d'un outil de recensement unique des actions inter institutionnelles.

Néanmoins, la politique de santé publique menée depuis le PRAPS 1 a permis de :

- mettre en place les fondements d'une politique régionale de santé publique notamment en se rapprochant des collectivités territoriales et des autres administrations de l'Etat ; l'objectif annoncé est celui de favoriser une politique partenariale en faveur des publics précaires,
- contribuer au maillage du territoire en soutenant des dispositifs multi partenariaux et des actions portées par des promoteurs reconnus en raison de leur savoir faire et de leurs résultats sur le terrain,
- prendre en compte les initiatives et les différents dispositifs mis en place localement (ASV, animation territoriale de santé, réseaux des "villes santé OMS", etc.),
- contribuer à l'émergence de priorités locales de santé, sur la base de diagnostics, qu'il convient d'intégrer désormais au sein d'une politique régionale construite en partenariat.

3.2

LES DONNÉES D'OBSERVATION RÉGIONALES

Le Plan stratégique régional de santé (PSRS), première composante du PRS, a dressé le portrait de la santé en région Centre et a rappelé à cet égard la **forte hétérogénéité des différents territoires** composant la région. Cette hétérogénéité est valable autant du point de vue des données de santé (mortalité, morbidité, comportements, expositions environnementales), que des caractéristiques sociodémographiques et économiques de ces territoires.

Comme évoqué précédemment, il est établi que l'état de santé des individus est étroitement corrélé à leur position sociale. Aussi, dans le cadre du présent PRAPS qui s'adresse aux plus démunis, **l'observation et l'analyse des données sociodémographiques et économiques** sont importantes. Sont indiquées ci-après quelques données ou indicateurs régulièrement retenus pour traduire la précarité, ainsi que des données par publics spécifiques plus particulièrement concernés par les inégalités sociales de santé du fait de leur condition sociale, de vie ou d'emploi.

3.2.1 Quelques données sociodémographiques et économiques en région Centre

Le dernier "Bilan économique et social de la région Centre 2010"⁽³⁾ édité par l'INSEE présente plusieurs données actualisées pour la région permettant d'approcher le sujet de la précarité.

Les données du chômage

Après une forte dégradation sur le marché du travail en 2009, la situation commence à s'améliorer en 2010 même si elle reste préoccupante.

Le taux de chômage baisse de 0,3 point sur un an dans la région (8,4 % au quatrième trimestre), au même rythme qu'au niveau national, et reste inférieur de 0,8 point au taux national.

La région compte cependant près de **100 000 demandeurs d'emploi**, dont une part croissante de chômeurs longue durée et de seniors.

Taux de chômage au deuxième trimestre 2011

	CHER	EURE-ET-LOIR	INDRE	INDRE-ET-LOIRE	LOIR-ET-CHER	LOIRET	CENTRE	FRANCE MÉTROPOLITAINE
Deuxième trimestre 2007	7,7	7,1	6,9	7,0	6,7	6,7	7,0	8,1
Deuxième trimestre 2008	7,0	6,4	6,2	6,4	6,3	6,2	6,4	7,3
Deuxième trimestre 2009	9,0	8,7	8,2	8,2	8,5	8,4	8,5	9,2
Deuxième trimestre 2010	9,6	8,9	8,5	8,3	8,3	8,8	8,7	9,3
Troisième trimestre 2010	9,5	8,9	8,1	8,2	8,1	8,8	8,6	9,3
Quatrième trimestre 2010	9,3	8,8	8,0	8,1	7,9	8,8	8,5	9,3
Premier trimestre 2011	9,4	8,8	8,0	8,0	7,9	8,7	8,5	9,2
Deuxième trimestre 2011	9,3	8,7	7,9	7,8	7,7	8,6	8,3	9,1

Note : données CVS en moyenne trimestrielle.

Source : Insee, taux de chômage localisés.

Une dégradation de l'insertion professionnelle des apprentis

Les jeunes actifs ont bénéficié de l'accroissement des emplois précaires, notamment intérimaires, pour être moins nombreux à la recherche d'un emploi. **Leur insertion sur le marché du travail, entre autres pour les apprentis, demeure très difficile et leur taux de chômage est très élevé.**

En février 2010, près de 6 400 jeunes sortants des classes de terminales professionnelles et technologiques des lycées et 6 000 sortants des centres de formation d'apprentis de la région Centre se sont présentés sur le marché du travail. Parmi eux, sept mois après leur sortie du système éducatif, respectivement : 50 et 58 % occupent un emploi (aidé ou non). Ces proportions baissent par rapport à 2009 et plus particulièrement chez les anciens apprentis : si leur taux d'emploi demeure supérieur à celui des anciens lycéens, il enregistre une diminution plus importante (- 7 points contre - 3 points).

Une forte proportion de travailleurs intérimaires

Au cours de l'année 2009, 618 500 contrats de travail ont été conclus au niveau régional soit 21 057 emplois (Équivalent temps plein). Ce volume d'emploi est en diminution de 27,3 % par rapport à l'année 2008 et très inférieur à celui observé en 2007, dernière année précédant la crise économique. Cette situation s'est inversée en 2010, le taux d'emploi d'intérim a remonté et a contribué fortement à la croissance des emplois.

On sait que les travailleurs intérimaires sont plus exposés aux risques professionnels, notamment aux accidents du travail. Cette situation résulte de la conjugaison d'un effet de statut et d'un effet de poste : les intérimaires peuvent être recrutés pour assurer les travaux les plus dangereux et les plus pénibles. Suivant la raison de l'intérim (choisi ou subi), les conséquences en termes de santé seront différentes.

3. INSEE Centre - Bilan économique et social de la région Centre 2010 - les dossiers de l'INSEE - n°16 - Edition 2011

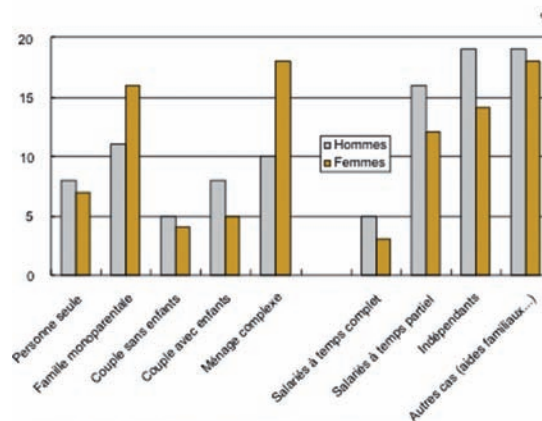
Une estimation de 70 000 travailleurs pauvres

La définition de "travailleur pauvre" repose sur deux conditions que la personne doit remplir sur la même période (12 mois) : être travailleur et appartenir à un ménage pauvre c'est-à-dire ayant un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté monétaire, soit 880 euros par unité de consommation et par mois en 2006⁽⁴⁾.

A partir de cette définition, 70 000 personnes répondraient à cette définition en région Centre.

Le risque d'être travailleur pauvre est plus élevé pour les personnes sans diplôme (trois quarts des travailleurs pauvres), les salariés à temps partiel (25 % des travailleurs pauvres), ou encore les membres de familles monoparentales.

Part des travailleurs pauvres parmi les travailleurs par sexe, selon le type de ménage et selon la situation sur le marché du travail

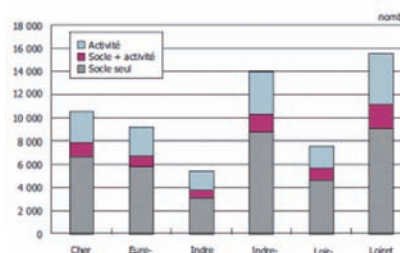


Source : Insee, enquête SRCV 2007 (estimation sur petits domaines)

Un accroissement de la précarité

En région Centre, le nombre de bénéficiaires de minima sociaux a augmenté au même rythme qu'au niveau national (+ 5,4 %). En 2010, le taux d'allocataires du Revenu de solidarité active (RSA) (pour 1 000 personnes de 25 à 64 ans) atteint 46,3 % dans le Centre (53,7 % au niveau national), soit **62 300 allocataires**. C'est dans le Cher que le taux est le plus élevé (62,3 %) et en Eure-et-Loir qu'il est le plus faible 40,5 %).

Nombre d'allocataires du RSA au 31.12.2010



Source : Cnaf ; MSA

DÉFINITION

RSA Socle : personnes sans ressources (3/4 des effectifs du RSA en région)

RSA Activité : complément de revenu (1/4 des allocataires le perçoit)

RSA Socle et Activité : versé aux personnes dont le revenu d'activité et l'ensemble des ressources sont inférieurs au montant forfaitaire.

Des écarts de revenus

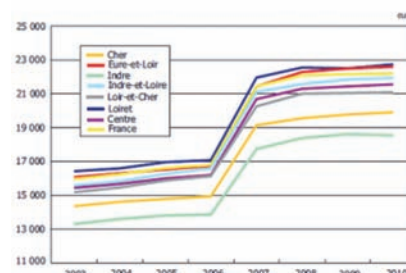
La région Centre fait partie des régions de province ayant un niveau médian de revenus les plus élevés.

En 2009, la moitié de la population vit dans un ménage qui déclare un revenu par Unité de consommation (UC) inférieur à 18 400 euros l'autre moitié déclarant un revenu supérieur.

Le Centre se place au 9^e rang des régions métropolitaines.

Trois départements ont des revenus supérieurs à la moyenne: l'Eure-et-Loir, l'Indre-et-Loire et le Loiret. L'Indre et le Cher, départements à forte part de personnes âgées, sont ceux où la part des retraites est la plus forte.

Revenu moyen déclaré à l'impôt sur le revenu



Source : Direction régionale des finances publiques du Centre et du département du Loiret

4. Source : INSEE

En 2008, un salarié résidant dans la région percevait un revenu annuel moyen net de prélèvement d'environ 18 700 euros soit près de 335 euros de plus qu'un salarié de province. L'écart est particulièrement important pour les ouvrières qualifiées, avec 1 000 euros de plus. **Ce revenu varie en fonction de la catégorie professionnelle et du sexe.** Au niveau régional, un homme cadre gagne environ trois fois plus qu'un ouvrier non qualifié. Comme sur l'ensemble du territoire, la disparité homme femme perdure. Les hommes perçoivent toujours des salaires moyens supérieurs d'un tiers à ceux des femmes. Entre départements, les écarts s'expliquent par des différences de structure des emplois et des qualifications. **Les salaires perçus par les habitants des départements ruraux sont inférieurs à la moyenne régionale.** Entre l'Indre et l'Eure-et-Loir, où la part de cadres varie de un à trois, cet écart atteint 2 000 euros par an.

Les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

Fin 2009, près de **131 200 personnes** bénéficient d'une Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), soit 5,1 % de la population régionale, contre 6,4 % au niveau national.

En 2009, après une baisse l'année précédente, 14 300 nouveaux allocataires en bénéficient, soit +12,2 %. Au niveau national, la tendance est similaire, avec + 8,2 %. Les habitants du Cher bénéficient plus souvent de cette couverture que dans les autres départements.

Bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) au 31 décembre 2009

en nombre de bénéficiaires

AU 31 DÉCEMBRE 2009								
	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France
Couverture Maladie Universelle (CMU)								
CMU de base	5 486	9 227	3 558	9 443	7 675	12 018	47 406	1 856 914
CMU complémentaire	21 256	20 001	10 438	26 100	16 962	36 221	130 978	4 154 650
Taux de couverture de la population par CMU complémentaire (en %)	6,6	4,6	4,4	4,3	5,0	5,4	5,0	6,4

Sources : CCMSA ; CNAMTS ; Registre social des indépendants.

3.2.2 Quelques données par publics

Il est nécessaire de rappeler que les publics cités ci-après ne constituent qu'une part des publics en situation de précarité et potentiellement concernés par les actions du PRAPS. Les données suivantes ne sont donc pas exhaustives et représentatives de l'ensemble du public cible du PRAPS.

LES POPULATIONS DES QUARTIERS DE LA POLITIQUE DE LA VILLE

La Direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), le Conseil régional et l'INSEE se sont associés pour fournir une actualisation des données sociales sur les territoires de la politique de la ville. Les données suivantes sont issues de cette actualisation (dossier Insee Centre info n°168- mai 2011).

Au 1^{er} janvier 2006, **206 000 personnes vivent dans un quartier prioritaire** inscrit en Contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), que ce soit en Zone urbaine sen-

sible (ZUS) ou dans les Nouveaux quartiers prioritaires (NQP).

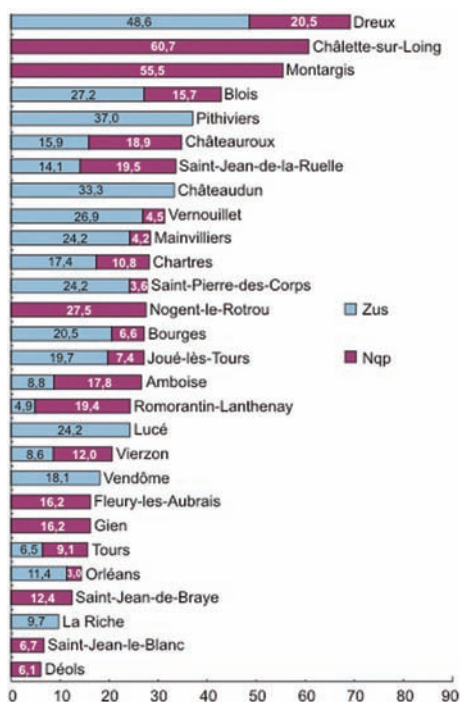
Les populations de ces quartiers sont globalement plus défavorisées que celles de l'ensemble des villes qui les abritent :

- un taux de chômage et une part de bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion (RMI) deux fois plus élevés,
- une part d'allocataires de la Caisse d'allocations familiales à bas revenus et de parents isolés, supérieure d'un tiers,
- des ménages de grande taille dans des logements plus petits.

Parmi ces quartiers, les **zones urbaines sensibles restent les plus en difficulté.**

Cette part est particulièrement forte pour Dreux, Châtelet-sur-Loing et Montargis, entre la moitié et les deux tiers de leur population, et faible à La Riche, Saint-Jean-le-Blanc ou Déols, avec moins d'une personne sur dix.

Part de la population des ménages* en quartier prioritaire



* Population des ménages hors communauté (résidence universitaire, caserne,...)
Source : Insee, recensement de la population 2006

Parmi les préfectures de département, elle est plus élevée à Blois et Châteauroux qu'à Tours et Orléans.

Les ZUS abritent 120 000 personnes réparties dans vingt villes.

Ces quartiers ont été complétés en 2006 par les nouveaux quartiers prioritaires, présents dans vingt-trois villes dont huit qui ne possèdent pas de ZUS : Châtelet-sur-Loing, Déols, Fleury-les-Aubrais, Gien, Montargis, Nogent-le-Rotrou, Saint-Jean-de-Braye et Saint-Jean-le-Blanc. La population des nouveaux quartiers est de 86 000 habitants.

LES MIGRANTS

Les migrants constituent une population d'une grande hétérogénéité, de part leurs origines géographiques, les motifs et circonstances de l'immigration, leurs revenus, la durée de leur résidence en France et le statut.

Plus exposée à la précarité (revenus faibles, conditions d'habitat précaires, etc) et potentiellement plus vulnérable, cette population présente des indicateurs de santé moins favorables que la population française. Parmi les pathologies à prévalence élevée parmi les populations migrantes, on retrouve : les maladies infectieuses, les maladies chroniques liées à la nutrition, le diabète, les maladies cardiovasculaires. Les enfants sont plus exposés aux intoxications au plomb et aux accidents domestiques.

D'après les données du Programme régional d'intégration des populations immigrées (PRIPI) 2010-2012, en région Centre, on compte **143 113 immigrés, soit 5,7 % de la population régionale**. 49,5 % de la population immigré est féminine.

Le Loiret comptabilise plus d'un tiers de la population immigrée recensée avec 36,3 %. 19,2 % vivent en Indre-et-Loire et 17,5 % en Eure-et-Loir. Ces trois départements regroupent 73 % de ce public.

S'agissant de la structure de cette population par âge, on constate une surreprésentation des âges correspondant à la pleine activité et une faible proportion d'enfants et de personnes âgées.

Une des actions prévues par le PRIPI vise notamment à répondre aux besoins des résidents de Foyers de travailleurs migrants (FTM) et résidences sociales, conformément aux directives nationales. Afin de mieux cerner les besoins de cette population, une enquête a été menée en 2010 auprès des responsables des 25 structures en région Centre.

Ce travail a notamment permis de mettre en évidence :

- un public vieillissant, attaché à son lieu de vie (57 % du public PRIPI ont plus de 60 ans),
- une forte ancienneté de présence (43 % sont présents depuis plus de 10 ans),
- un public en âge de travailler sans emploi (32 % bénéficient des allocations chômage et 48 % du RSA),
- un manque de maîtrise linguistique (51 % ont été évalués à un niveau faible à la pratique écrite, 47 % à un niveau basique de maîtrise orale).

Le Préfet de Région dans son Projet d'action stratégique de l'État (PASE) 2011-2013 a reconnu comme prioritaire l'action visant à adapter les foyers des travailleurs migrants et résidences sociales aux besoins des publics accueillis.

LES SANS DOMICILE FIXE (SDF) OU MAL LOGÉS

Le public visé est celui des personnes très précaires, sans logement personnel, ou vivant dans la rue.

Des problèmes de santé sont particulièrement fréquents : pathologies psychiatriques, pathologies chroniques/au long cours, problèmes d'addiction, handicaps psychiques...

Ces populations ont des difficultés pour accéder aux soins ou aux services médico-sociaux adaptés, en raison de leur difficulté à formuler une demande, comme de leur difficulté à être prise en charge dans des lieux de soins. Il apparaît que ces personnes ont recours aux urgences en dernière extrémité.

Plus de 3,6 millions de personnes en France sont mal logées ou sans abri, selon le 16^e rapport de la Fondation Abbé-Pierre présenté le 1^{er} février 2011. L'estimation du public pour la région Centre reste approximative : par extrapolation, la population concernée en région Centre serait de 144 000 SDF ou mal logés. Cette difficulté d'observation est liée au public lui-même qui demeure peu captif et au besoin d'une observation sociale à structurer.

LES GENS DU VOYAGE

Les gens du voyage présentent des modes de vie marqués par une tradition d'itinérance.

Cependant, leur représentation n'est pas pour autant homogène : certains d'entre eux se sont sédentarisés, d'autres ont gardé un mode de vie itinérant ou semi-sédentaire. Les gens du voyage peuvent connaître des difficultés liées à la discrimination, en raison de leur origine ethnique ou de leur mode de vie. En outre, le niveau d'éducation général est plus faible puisque le Conseil de l'Europe a estimé à 80 % la part des adultes analphabètes ou illettrés.

En région Centre, l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSE) a financé une étude en mai 2010 relative au diagnostic sur la présence, l'accès aux droits et les discriminations des gens du voyage. Cette étude rappelle que la région Centre est traditionnellement une terre de passage et de séjour des gens du voyage. S'il reste difficile de recenser le nombre de personnes concernées, quelques points de repères sont indiqués :

- dans l'Indre : on estime à 1 500 le nombre de personnes appartenant à la communauté des gens du voyage,
- en Eure-et-Loir : 300 personnes étaient domiciliées en 2009 auprès du service des gens du voyage du foyer d'accueil chartrain,
- dans le Loiret : 500 ménages sont domiciliés auprès de l'ADAGV ; en outre, il faut rappeler la présence sur ce département du rassemblement annuel de NEVOY qui réunit chaque année 25 000 voyageurs,
- dans le Cher : 380 ménages sont domiciliés auprès de l'association Cher Tsiganes,

- dans l'Indre-et-Loire : l'association Voyageurs 37 dénombre 264 familles,
- dans le Loir-et-Cher : l'ACEP 41 dénombre 230 domiciliations.

En matière de santé, peu de données permettent de cerner l'état de santé des gens du voyage. Les conditions de vie, souvent plus précaires que le reste de la population, peuvent expliquer un état de santé plus dégradé et fragile. En l'absence de diagnostics locaux dédiés à cette partie de la population, l'étude de l'ACSE cite en référence les travaux de l'OMS "la santé des gens du voyage : comprendre et agir". Ainsi, est rappelée **l'importance des déterminants sociaux et économiques, mais également environnementaux** dans le développement de plusieurs pathologies : **saturnisme, maladies cardio-vasculaires, problèmes bucco-dentaires, troubles de la vue et de l'audition**, etc.

La question de l'accès aux soins est également déterminante. Il semblerait que le recours aux soins soit plus tardif chez les adultes en raison de la méconnaissance des maladies, mais également en raison des difficultés de repérage dans les démarches administratives. Les consultations sont donc pratiquées à un stade avancé des problèmes de santé et notamment par l'intermédiaire des services d'urgence.

LES JEUNES EN ERRANCE

Les acteurs de terrain et les personnes auditionnées sont généralement unanimes sur le fait que les jeunes sortants du dispositif de prise en charge de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ont un risque non négligeable de se trouver à la rue.

En France, l'âge de 18 ans marque la fin de la prise en charge par l'ASE (éventuellement l'allocation Jeunes majeurs peut-être octroyée entre 18 et 21 ans) et l'Etat, "parent de substitution" pour ces jeunes, arrête à cet âge tout accompagnement. Il est alors très difficile de connaître plus avant leurs parcours puisqu'il n'y a pas de suivi des situations par les institutions jusque là en charge de leur éducation.

En particulier, on ne connaît pas bien les processus qui amènent ces jeunes anciennement placés à se reconstruire, à s'insérer et à devenir autonome. La question des liens entre "placement dans l'enfance" et "errance" a donc été plutôt appréhendée au travers de l'analyse des trajectoires des jeunes sans domicile.

LES DÉTENUS ET SORTANTS DE PRISONS

Les personnes placées sous main de justice sont constituées des personnes incarcérées et des personnes condamnées en milieu ouvert (travail d'intérêt général, libération conditionnelle...) ou bénéficiant d'un aménagement de peine (Placements sous surveillance électronique (PSE), placement en Semi-liberté (SL), placements à l'extérieur).

S'agissant des personnes incarcérées, un volet spécifique est dédié à ce public au sein du Schéma régional

de l'organisation des soins (SROS). Ce volet rappelle que :

- le public concerné présente des spécificités socio-sanitaires,
- les conditions de détention ont une influence sur l'état de santé et les conditions de prise en charge sanitaire : l'étude de l'ORS du Centre de 2008 montre une surreprésentation de certaines pathologies : hépatites, dermatoses, lombalgies, problèmes bucco-dentaires, troubles du sommeil, consommation élevée de substances psychotropes et/ou psycho actives,
- la morbidité psychiatrique de la population pénale s'accroît et s'aggrave du fait notamment de la responsabilité pénale accrue des délinquants malades mentaux et de la présence croissante de personnes souffrant d'addictions et d'auteurs d'infractions à caractère sexuel.

En outre, il faut noter que la sortie de prison représente un point de fragilité qui expose à la fois à des difficultés d'accès aux soins notamment pour les peines courtes, et à des ruptures de continuité de prise en charge, faute de lien entre le milieu pénitentiaire et milieu ouvert.

3.2.3 Les dispositifs existants

LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La lutte contre l'exclusion sociale fait l'objet d'une des missions de service public relevant d'une procédure de reconnaissance spécifique par l'ARS dans le cadre schéma d'organisation des soins.

La mission de lutte contre l'exclusion sociale correspond à la prise en charge de patients en situation de précarité dans le cadre de l'une ou l'autre organisation suivante :

- **les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) :** ce sont des cellules de prise en charge 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. Elles sont situées au sein d'établissement public de santé, fréquemment en proximité de service d'urgences,
- **les Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) :** elles ont pour mission principale d'aller au devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion et d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires, sociales, œuvrant dans la lutte contre la précarité et l'exclusion afin de faciliter l'élaboration de prises en charges coordonnées.

L'offre actuelle est la suivante en région Centre :

TERRITOIRES	PASS	PASS (PSY)	EMPP
Cher	CH BOURGES CH VIERZON		
Eure-et-Loir	CH CHARTRES CH DREUX*	CH BONNEVAL	CH BONNEVAL
Indre	CH CHATEAUROUX		CH CHATEAUROUX
Indre-et-Loire	CHRU TOURS CHIC AMBOISE	CHRU TOURS	CHRU TOURS
Loir-et-Cher	CH VENDOME		CH BLOIS
Loiret	CHR ORLEANS CH MONTARGIS CH GIEN		

* dont PASS Périnatalité

LES SERVICES DE MÉDECINE D'URGENCE

Ils sont importantes à prendre en compte dans la mesure où les urgences représentent la porte d'entrée naturelle des populations vulnérables confrontées à des difficultés de recours aux soins voire de non réponse en ambulance.

L'accueil des patients dans le cadre de l'urgence doit veiller au respect des droits des usagers et à l'équité des soins en toute circonstance ce qui nécessite parfois des accompagnements spécifiques.

C'est pourquoi dans le cadre du PRAPS une attention particulière sera portée aux liens organisationnels entre les services d'urgence et les PASS.

LES AUTRES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE

Les Lits halte soins santé (LHSS)

Au 31 décembre 2010, la région Centre comptait quatre structures de LHSS, pour un total de 31 lits installés.

Au regard de la décision de la conférence interministérielle de lutte contre les exclusions d'avril 2006 portant

sur la création de 1 000 lits en cinq ans, il restait 103 lits à créer en juin 2011. Dans ce cadre, la région Centre a bénéficié de la création de trois lits dans le Loir-et-Cher et de l'extension de deux lits dans le Loiret. Ces lits, en cours d'installation, seront effectifs au 31 décembre 2011.

TYPE D'ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES		CHER	EURE-ET-LOIR	INDRE	INDRE-ET-LOIRE	LOIR-ET-CHER	LOIRET	RÉGION CENTRE
LHSS au 31/12/2010	Nombre d'établissements et services	1	-	1	1	-	1	4
	Nombre de lits	4	-	3	10	-	14	31
LHSS projection au 31/12/2011	Nombre d'établissements et services	1	-	1	1	1	1	4
	Nombre de lits	4	-	3	10	3	16	36

Source : données issues du suivi ARS

Les Appartements de coordination thérapeutique (ACT)

En région Centre, deux structures gèrent des ACT soit 28 places installées au 31 décembre 2011.

TYPE D'ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES		CHER	EURE-ET-LOIR	INDRE	INDRE-ET-LOIRE	LOIR-ET-CHER	LOIRET	RÉGION CENTRE
ACT au 31/12/2011	Nombre d'établissements et services	-	-	-	1	-	1	2
	Nombre de places	-	-	-	13	-	15	28

Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Ces structures sont recensées dans le cadre du PRAPS compte tenu de la prévalence des addictions dans les populations vulnérables. Elles relèvent du schéma régional de l'organisation médicosociale.

TYPE D'ÉTABLISSEMENTS	CHER	EURE-ET-LOIR	INDRE	INDRE-ET-LOIRE	LOIR-ET-CHER	LOIRET	RÉGION CENTRE
CAARUD	-	-	1	1	1	2	5
CSAPA	2	2	1	1	2	2	9

Source : données 2009 issues du suivi ARS

Les dispositifs de lutte contre la tuberculose, le dépistage des infections sexuellement transmissibles et la promotion des vaccinations

Depuis la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, les activités dites "recentralisées" relèvent de la compétence de l'Etat. La mise en place s'est faite graduellement depuis le 1^{er} janvier 2006. A ce jour trois départements sur six (Indre-et-Loire, Loir-et-Cher et Eure-et-Loire) ont souhaité conserver certaines de ces missions en gestion. L'offre en région Centre est constituée de :

- 12 Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST),
- 12 Centres de lutte anti-tuberculeuse (CLAT),
- 12 centres de vaccination,

soit un total régional de **36 centres répartis sur 15 établissements différents** (12 centres hospitaliers et trois centres de santé). S'y ajoutent les structures gérées par les Conseils généraux.

POLITIQUE DE LA VILLE ET SANTÉ/ACCÈS AUX SOINS

L'objectif du volet "santé" des Contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) est de développer des actions de santé dans les quartiers visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, et favoriser l'accès à la prévention et aux soins.

L'Atelier santé ville (ASV) constitue le dispositif opérationnel de la convention thématique santé des CUCS. L'enjeu est de développer une politique de santé publique territorialisée, les ASV s'appliquant à des territoires infra-communaux (les quartiers), communaux ou intercommunaux. Les objectifs de l'ASV sont ceux des CUCS : favoriser l'accès à la prévention et aux soins, et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

En 2010, 92 projets ont été financés dans ce cadre, pour un financement à hauteur de **560 093 euros**, dont :

- 368 260 €, consacrés aux actions d'accès à la prévention, à l'information, aux droits et aux soins, hors "atelier santé ville",
- 191 833 € consacrés à 11 actions "ateliers santé ville".

La DRJSCS a animé ce dispositif en 2010, en apportant un appui à l'Acisé, pour le lancement du "Dispositif expérimental modulaire de formation/coordonateurs

ASV ", destiné aux coordinateurs Ateliers Santé Ville et CUCS-volet santé, chefs de projets et chargés de missions CUCS en charge du volet santé.

ASV (LIBELLÉ CUCS)	COMMUNE OU GROUPEMENT DE COMMUNE
Châteauroux	Quartiers ZUS et ZEP de Saint-Jean et Saint Jacques
Blois	Commune avec une attention particulière pour les quartiers prioritaires Bégon Croix Chevalier (1) et Quinière, Cornillettes et Vienne (3)
Dreux - Vernouillet	Communes de Dreux et de Vernouillet
Bourges	Zone Urbaine Sensible de Bourges Nord, quartier niveau 1
Orléans	Orléans
Tours	2 quartiers (Europe et Sanitas)

LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ

Mesure innovante de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, les Contrats locaux de santé (CLS) visent à mettre en œuvre sur des territoires de proximité des projets de santé au bénéfice de la population. Ces contrats, conclus entre l'ARS et les collectivités territoriales et /ou

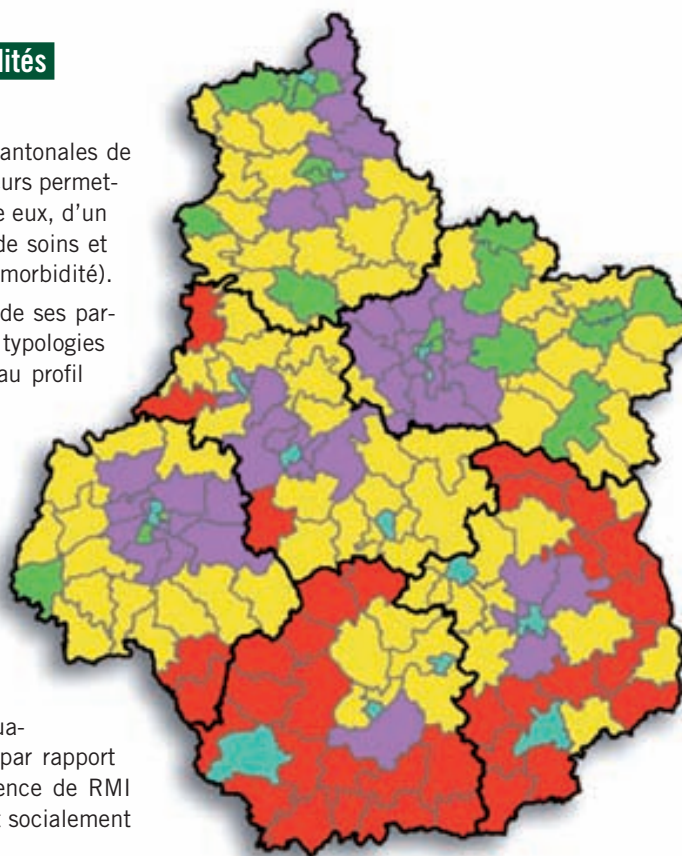
leurs groupements, peuvent porter sur les champs de la promotion de la santé, de la prévention, des politiques de soins et de l'accompagnement médico-social.

En 2011 quatre CLS ont été signés en région Centre avec les villes de Bourges, Châteauroux, Blois et Orléans.

3.2.4 Le rapport de l'ORS sur les inégalités sociales et territoriales

Le rapport de l'ORS relatif aux inégalités cantonales de santé en région Centre regroupe 57 indicateurs permettant de décrire la position des cantons entre eux, d'un point de vue sociodémographique, d'offre de soins et d'état de santé de la population (mortalité, morbidité). Cette étude met à disposition de l'ARS et de ses partenaires une cartographie dessinant les typologies cantonales et met en évidence des zones au profil socio-sanitaire semblable :

- **Classe A** : cantons socialement favorisés, en sous-mortalité générale et prématurée, avec une offre de soins satisfaisante. Ils représentent 42 cantons et 26,4 % de la population régionale,
- **Classe B** : villes-centres, forts contrastes sociaux, en surmortalité prématurée, très bonne offre de soins ils ne représentent que 14 cantons mais 24,3 % de la population régionale : la situation est également fortement contrastée par rapport au revenu et à l'emploi avec une prévalence de RMI et API au sein d'une zone majoritairement socialement favorisée,
- **Classe C** : cantons avec de fortes proportions de jeunes peu ou pas diplômés, beaucoup de séjours hospitaliers et d'Affections de longue durée (ALD), en sous-mortalité générale, bien équipés en services hospitaliers. Ils représentent 21 cantons et 15,1 % de la population régionale. La majorité de ces cantons se situent dans l'Eure-et-Loir et le Loiret (85,7 %). La situation sociale est peu favorable, avec des taux plus importants que la moyenne régionale pour le chômage et CMUC,



Résultats de la typologie en 5 classes après consolidation			
	Nombre de cantons après consolidation	Nombre d'habitants au RP 2006	% de la population au RP 2006
Classe A	42	664 124	26,3%
Classe B	14	611 180	24,3%
Classe C	21	380 414	15,1%
Classe D	73	645 800	25,6%
Classe E	35	218 049	8,7%
Ensemble	185	2 519 567	100%

- **Classe D** : cantons avec une faible offre de soins, en surmortalité par morts violentes ils représentent 73 cantons et 25,6 % de la population régionale. Leur répartition géographique dans les territoires de santé : 23,3 % dans le Loir-et-Cher, 19,2 % dans l'Eure-et-Loir et 17,8 % aussi bien dans le Loiret que dans l'Indre-et-Loire. On note un taux de bénéficiaires de l'APA à domicile, pour les 75 ans et plus, supérieur à la moyenne régionale,
- **Classe E** : cantons ruraux, en surmortalité générale et prématurée, avec une très faible offre de soins ils représentent 35 cantons et 8,7 % de la population régionale. Il s'agit essentiellement de zones rurales, prédominantes dans deux territoires de santé (le Cher et l'Indre) où ils représentent 85,7 % de la population. Il est à noter que de tels cantons sont identifiés dans le Loir-et-Cher et l'Indre-et-Loire. Ces territoires se caractérisent par une forte prévalence de minima sociaux (RMI), d'allocations adultes handicapés et de foyers non imposables.

Cette étude constitue un outil guidant la territorialisation des politiques de santé publique, et notamment celles en direction des publics les plus démunis compte tenu de la corrélation mise en évidence entre les données socio-démographiques et l'état de santé des populations. Elle permettra d'identifier les priorités d'interventions à la fois en termes de territoire et en termes de public cible.

Dans cet esprit, le tableau synoptique présenté en annexes 5 et 6 peut constituer une grille de lecture des besoins de chaque typologie de canton, et permet d'identifier des pistes d'action et leviers de mise en œuvre.

3.3

ENSEIGNEMENTS ISSUS DE LA CONCERTATION DES ACTEURS

Les multiples rencontres d'acteurs de terrain et institutionnels initiées par l'ARS dans le cadre de la préparation du présent PRAPS ont permis d'identifier à la fois les leviers existants et les freins ou difficultés à lever pour la conduite d'actions en direction des plus démunis :

Les leviers recensés :

- l'intérêt d'une coordination des intervenants portée par une structure/personne légitime et reconnue,
- l'importance de formaliser les liens et les partenariats,
- le mode d'intervention requis pour ce public : "aller vers" (idées de consultations avancées),
- la pertinence d'un niveau d'intervention de proximité, en infra départemental (ex : le quartier),
- la bonne connaissance du réseau de partenaires et des dispositifs existants,
- les outils de liaison : dossier et fiche de liaison,
- la professionnalisation des acteurs,
- l'accompagnement individualisé,
- la régularité des réunions pluridisciplinaires entre professionnels de santé et du social, avec étude de dossier et choix concerté de l'accompagnement.

Les freins recensés :

- des difficultés de repérage dans toutes les dimensions de la santé et du social,
- un défaut de réponses aux repérages réalisés en lien avec plusieurs facteurs :
 - la méconnaissance des dispositifs existants,
 - le manque de professionnels ou de structures,
 - le refus de soins,
 - l'incapacité de prescrire des soins de premier recours par certains intervenants,
- l'hétérogénéité des publics,
- l'éloignement géographique et absence de transport,
- la non pérennité des actions liées à des financements incertains,
- le caractère non prioritaire de la santé par ces publics,
- la difficulté de réponse spécialisée en psychiatrie.

4

Les objectifs et actions du PRAPS



Le plan d'action proposé par le présent PRAPS tient compte des différents enseignements rappelés précédemment ainsi que des freins et des leviers identifiés avec les acteurs et partenaires de l'ARS sur ce champ d'intervention en direction des publics précaires. Les objectifs suivants ont été définis au regard de **cinq exigences** devant guider les réponses à proposer pour

renforcer l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis :

- **le repérage,**
- **l'orientation,**
- **l'accompagnement,**
- **la continuité,**
- **la proximité de l'intervention.**

4.1

OBJECTIF 1 : AMÉLIORER LA LISIBILITE DES DISPOSITIFS EN DIRECTION DES PLUS DEMUNIS

Action 1.1 :

IDENTIFIER ET FAIRE CONNAITRE, DANS CHAQUE TERRITOIRE DE SANTÉ, LES DISPOSITIFS EXISTANT DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET DE L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DES PUBLICS DÉMUNIS

- Le descriptif de l'action : procéder au recensement par territoire de santé des dispositifs concourant au repérage, à l'orientation et à l'accompagnement des publics démunis. Ce recensement devra couvrir le champ de la santé, du social, et du logement. De nombreux partenaires seront donc sollicités. Une fois le recensement opéré, il conviendra d'en assurer une communication et une diffusion adaptées.
- Le public concerné par l'action : représentants des institutions et structures.
- Le calendrier de l'action :
 - recensement sur l'année 2012,
 - communication à partir de 2013.
- Les indicateurs permettant de mesurer l'action : efficacité et exhaustivité du recensement par territoire.

Action 1.2 :

OPTIMISER LE MAILLAGE TERRITORIAL DES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES EN FAVEUR DES PUBLICS PRÉCAIRES

- Le descriptif de l'action : à partir du recensement opéré, il s'agira d'identifier les zones non couvertes par un dispositif spécifique (PASS, EMPP, LHSS, ACT) et formuler des propositions afin de disposer d'un maillage territorial satisfaisant sur tous les territoires de santé. Ces propositions pourront porter sur des créations nouvelles de structures, ou des reconversions d'activités ou la reconnaissance de dispositif alternatif.
- Le public concerné par l'action : les opérateurs et structures spécifiques.
- Le calendrier de mise en œuvre : à partir de 2013.
- Les indicateurs permettant de mesurer l'action : nombre de zones blanches couvertes à l'issue du PRAPS.

Action 1.3 :

ANALYSER L'ACTIVITÉ DES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES SUIVANTS : PASS, EMPP, ACT, LHSS, CAARUD ET CSAPA

- Le descriptif de l'action : établir sur la durée du PRAPS un programme de contrôle visant à analyser l'activité des dispositifs financés par l'ARS sur le champ de l'accès aux soins et à la prévention des plus démunis. Ce programme impliquera des déplacements sur site de la part des personnes missionnées par le Directeur général de l'ARS.
- Le public concerné : gestionnaires des dispositifs.
- Le calendrier de mise en œuvre : 2012-2016.
- Les indicateurs permettant de mesurer l'action : nombre de structures contrôlées.

Action 1.4 :

AMÉLIORER/CONSOLIDER L'OBSERVATION DES POPULATIONS LES PLUS DÉMUNIES

- Le descriptif de l'action : prendre appui sur les dispositifs d'observation sociale existants (notamment ceux de la cohésion sociale) pour améliorer la connaissance des publics les plus démunis et introduire le cas échéant des données de santé. Les publics des "sans domicile fixe" et des "jeunes en errance" sont plus particulièrement visés pour contribuer à compléter les données régionales.
- Le public concerné : les plus démunis.
- Le calendrier de mise en œuvre : 2013.
- Les indicateurs permettant de mesurer l'action : disponibilité de nouvelles données d'observation.

4.2

OBJECTIF 2 : AMÉLIORER LA COORDINATION DES ACTEURS

Action 2.1 :

SYSTÉMATISER LE RECOURS AUX DISPOSITIFS D'ORIENTATION ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PUBLICS PRÉCAIRES

- Le descriptif de l'action : pour améliorer le parcours de prise en charge des publics précaires, il est nécessaire de promouvoir, auprès des professionnels, le recours aux dispositifs d'orientation et d'accompagnement afin que les situations de santé ou sociale les plus complexes soient correctement orientées. Pour ce faire, la mise en réseau des différents opérateurs concernés sera à construire ou à consolider.
- Le public concerné : les PASS, Service d'information, accueil, orientation (SIAO), Pôles d'accueil en réseau pour l'accès aux droits sociaux (PARADS), services sociaux des collectivités.
- Le calendrier de mise en œuvre : 2012.
- Les indicateurs permettant de mesurer l'action : à définir par le groupe de travail.

Action 2.2 :

PROMOUVOIR LE RÔLE ET LES MISSIONS DES PASS AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET SOCIAUX

- Le descriptif de l'action : par des moyens d'information et de communication, il s'agira d'améliorer la connaissance des professionnels de santé et du champ social sur les missions des permanences d'accès aux soins de santé. Cette amélioration de la connaissance est attendue à la fois au sein même des établissements de santé mais également en extra-hospitalier.

- Le public concerné : les professionnels de santé et du champ social.
- Le calendrier de mise en œuvre : dès 2012.
- Les indicateurs permettant de mesurer l'action : nombre de professionnels touchés par l'information.

Action 2.3 :

PROMOUVOIR L'INSCRIPTION DES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ-PRÉCARITÉ AU SEIN DES DÉMARCHES DE TERRITORIALISATION (DONT LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ)

- Le descriptif de l'action : la territorialisation vise à déployer la politique régionale de santé au plus près des territoires de proximité. Cette notion est particulièrement importante pour la thématique santé précarité qui nécessite une forte accessibilité dans l'organisation des réponses en faveur des publics les plus démunis. L'ARS veillera et incitera à la prise en compte de cette dimension dans les démarches de territorialisation initiées par les acteurs locaux. A ce titre, l'ARS souhaite développer le nombre de Contrats locaux de santé en région Centre. Une attention sera portée aux démarches engagées par les Pays, et les quartiers de la politique de la ville.
- Le public concerné : les plus démunis.
- Le calendrier de mise en œuvre : sur la durée du PRAPS 2012-2016.
- Les indicateurs permettant de mesurer l'action : nombre de contrats locaux de santé signés et comportant des objectifs en direction des publics les plus démunis.

OBJECTIF 3 : DÉVELOPPER LE REPÉRAGE ET L'ACCOMPAGNEMENT ADAPTE DES PUBLICS PRÉCAIRES

Action 3.1 :

SENSIBILISER / FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET PROFESSIONNELS DU CHAMP SOCIAL AUX PROBLÉMATIQUES DES PUBLICS LES PLUS DÉMUNIS

- Le descriptif de l'action : intervenir par des actions de formation visant à améliorer la connaissance et donc le repérage, l'orientation et la prise en charge des plus démunis. Ces actions porteront :
 - pour les professionnels de santé sur les déterminants sociaux de la santé, la notion d'accompagnement social et la connaissance des dispositifs de l'action sociale,
 - pour les professionnels de l'accompagnement social sur la notion de promotion de la santé, la connaissance des dispositifs de soin et de prévention spécifiques, les compétences de repérage en matière d'addiction, santé mentale, suicide et périnatalité notamment.
- Le public concerné : professionnels de santé médicaux, para médicaux (hospitaliers, libéraux), professionnels du champ social.
- Le calendrier de mise en œuvre : démarrage en 2013.
- Les indicateurs permettant de mesurer l'action : nombre de professionnels formés.

Action 3.2 :

PROMOUVOIR ET DÉVELOPPER DES MODALITÉS D'INTERVENTION SPÉCIFIQUES ("ALLER VERS") PERMETTANT DES CONSULTATIONS AVANCÉES EN FAVEUR DES PUBLICS PRÉCAIRES

- Le descriptif de l'action : inciter et encourager les expériences et les projets visant à intervenir au plus près des publics démunis par des interventions de type "consultation avancée" permettant d'aller au devant de leurs besoins (exemple : consultation sociale au sein de maison de santé pluriprofessionnelle, consultation santé au sein de CCAS).
- Le public concerné par l'action : les opérateurs du champ de la santé et du social.
- Le calendrier de mise en œuvre : la durée du PRAPS 2012-2016.
- Les indicateurs permettant de mesurer l'action : nombre de projets opérationnels.

Action 3.3 :

DOTER LES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES DE COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES POUR LEUR PERMETTRE DE PRENDRE CONFIANCE ET DE SE MOBILISER POUR LEUR SANTÉ

- Le descriptif de l'action : mettre en place des actions de promotion de la santé spécifiquement dirigées vers les publics cibles du PRAPS et visant à développer leurs compétences psychosociales. Ces actions seront intégrées au cahier des charges de l'appel à projet annuel lancé par l'ARS dans le domaine de la santé publique.
- Le public concerné : les plus démunis.
- Le calendrier de mise en œuvre : 2012-2016.
- Les indicateurs permettant de mesurer l'action : nombre d'actions financées par l'ARS et relatives au développement des compétences psychosociales des plus démunis.

Action 3.4 :

DÉVELOPPER DES ACTIONS DE PRÉVENTION DE LA SANTÉ CIBLÉES EN DIRECTION DES PUBLICS PRÉCAIRES

- Le descriptif de l'action : le schéma de prévention a retenu plusieurs priorités et actions concernant les publics précaires : nutrition, addiction, santé mentale et suicide, vaccination, maladies transmissibles, orthogénie.
- Le public concerné : les plus démunis.
- Le calendrier de mise en œuvre : 2012-2016.
- Les indicateurs permettant de mesurer l'action : nombre d'actions de prévention réalisées en direction des publics les démunis.

Action 3.5 :

IDENTIFIER LES BESOINS DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT DE LA POPULATION MIGRANTE ET VIEILLISSANTE

- Le descriptif de l'action : le schéma de l'organisation médico-sociale a prévu de s'emparer de la problématique des migrants vieillissant et vivant en Foyer de travailleurs migrants (FTM) et résidence sociale. Les possibilités d'adaptation de l'offre d'hébergement seront étudiées en concertation avec la DRJSCS, après un état des lieux du besoin de soin et d'accompagnement des personnes concernées.
- Le public concerné : migrants vieillissants.
- Le calendrier de mise en œuvre : 2012-2016.
- Les indicateurs permettant de mesurer l'action : réalisations et conclusions de l'état des lieux.

5

Les modalités de la mise en œuvre



5.1

LA DÉCLINAISON DES ACTIONS DANS LES TERRITOIRES DE PROXIMITÉ

La réalisation effective des actions prévues par le PRAPS demandera une déclinaison dans les territoires de proximité, au plus près des publics cibles dont on connaît les difficultés d'accès au droit commun.

L'animation territoriale portée par les délégations territoriales de l'ARS dans chaque département constitue en cela une opportunité pour relayer les objectifs du PRAPS en proximité.

La définition des territoires cibles d'intervention pourra utilement s'appuyer sur la typologie cantonale réalisée par l'ORS.

La déclinaison territoriale des actions pourra prendre la forme de Contrats locaux de santé signés entre l'ARS et une collectivité, sur la base d'un diagnostic partagé.

5.2

L'ASSOCIATION DE NOMBREUX PARTENAIRES ET OPÉRATEURS

La mise en œuvre du PRAPS requiert un large partenariat qui correspond à la réalisation de diverses activités prévues dans les différents volets de programmation institutionnels :

- les services de l'État, et plus particulièrement ceux en charge de la cohésion sociale (DRJSCS/DDCS/DDCSPP), du logement (DREAL), du travail (DIRECCTE), de l'Éducation nationale, de la Justice (SPIP, PJJ),
- les Collectivités territoriales (Conseil régional, Conseils généraux, Communes),
- les régimes d'Assurance maladie (régime général, RSI, MSA).

En outre, considérant l'importance du lien santé social dans la mise en œuvre du PRAPS et du besoin de proximité, de nombreux opérateurs sont potentiellement concernés par ce programme.

La représentativité du comité de pilotage installé par l'ARS pour la mise en œuvre du PRAPS vise à garantir l'expression et la participation des différentes parties prenantes et experts du domaine.

5.3

LA MISE EN PLACE DE GROUPES DE TRAVAIL

Un groupe de travail, pluriprofessionnel et pluriinstitutionnel, sera constitué pour chacun des trois objectifs définis par le présent PRAPS. Le rôle de ces groupes de travail sera de définir les modalités de mise en œuvre et suivre la réalisation des actions correspondantes.

Ces groupes de travail seront constitués à partir des participants du COPIL régional, et élargis à d'autres experts.

6

Annexes



ANNEXE 1 : liste des personnes consultées dans le cadre de la préparation du PRAPS 2012-2016

ANNEXE 2 : guide d'entretien

ANNEXE 3 : évolution des données de mortalité entre 1991/1999 et 2000/2007

ANNEXE 4 : composition du COPIL régional

ANNEXE 5 : tableau synoptique 1 : Inégalités de santé (étude ORS Centre)

ANNEXE 6 : tableau synoptique : Partie 1 et 2 : Inégalités cantonales de santé (étude ORS Centre)

ANNEXE 1 :

LISTE DES PERSONNES CONSULTÉES DANS LE CADRE DE LA PRÉPARATION DU PRAPS 2012-2016

ORGANISMES	NOM	FONCTION
CARSAT	Mme Claire JAYET	Responsable régionale Adjointe du service social
ARS CENTRE	Dr Catherine COLLET	Médecin Pôle d'Expertise Médicale Responsable Projets (Nutrition, Périnatalité, Schéma ambulatoire)
ARS CENTRE	Dr Marie-José DAGOURY	Médecin Pôle d'Expertise Médicale Responsable Projets (Santé mentale, Détenus)
ARS CENTRE	Dr Laurent GHIRARDI	Médecin Pôle d'Expertise Médicale Responsable Projets (Maladies transmissibles, Vaccinations)
ARS CENTRE	Dr Christine GRAMMONT	Médecin Pôle d'Expertise Médicale Responsable Projets (Schéma des Urgences)
ARS CENTRE	Mme Charlotte DENIS-STERN	Responsable Cellule ambulatoire et soins de proximité Direction Offre de soins
ARS CENTRE	Mme Catherine BRACONNIER	Inspectrice Responsable de l'Unité Allocation Ressources Département de la Prévention et Promotion de la santé
CCAS d'Orléans	Mme Josépha JOVER	Responsable Actions Promotion de la Santé Coordinatrice de l'atelier santé ville d'Orléans
ORS / CREAM	Mme Céline LECLERC	Directrice
CREAI	Mme Laetitia MARTINEAU Mme Nathalie HERAULT	Conseillère technique Conseillère technique
ANPAA 18	Mme VERNE	Directrice
FNARS	Mr BENEZRA Daniel Mr SOUCHET David	Représentant du Conseil d'Administration Directeur Solidarité Accueil Service Information Indre Délégué Départemental du Cher Chef de service Association "Le RELAIS"
IRSA	Dr Bernard ROYER	Médecin Chef de service (IRSA Tours)
IRSA	Dr LANTIERI	Médecin Directeur (IRSA Tours)
MISSION LOCALE	Mme SIDANE	Directrice Mission Locale Dreux
AROMSA	M. Claude GROSSIER	Directeur AROMSA
MSA Beauce Cœur de Loire	M. Sébastien BISMUTH	Sous Directeur MSA BCL

ORGANISMES	NOM	FONCTION
CH CHÂTEAUROUX PASS Service des urgences Service Social	M. BAILLY Dr SOULAT M. DESFOSSES Mlle JACQUET	Directeur Général Adjoint CH Châteauroux Chef de Service des Urgences et de la PASS Cadre Infirmier Assistante Sociale
CH DREUX UPE	Dr MARTIN François	Chef de service pneumologie Responsable du Pôle Addictologie Responsable PASS Prévention Education Thérapeutique CH Dreux
CH DREUX PASS / CIDDIST/ CLAT/ CDAG/ COREVIH	Dr BRASSE Olivier	Médecin Généraliste temps partiel au CH Dreux
CH DREUX IDE CLAT/CDAG/CIDDIST/	Mme REMAY Françoise	Vaccinations/Consultations avancées
CH DREUX PAPE	M. DECELLE	Cadre Infirmier
CH DREUX PAPE	Mme DANIELE	Secrétaire
CH DREUX PASS	Madame LEFEBURE	Cadre sage femme Périnatalité
CH DREUX PASS	M. KOUZEI	Assistant Social binôme PASS
CH DREUX Service Social	Mme GRALL	Assistante Sociale au service des Urgences Assistante sociale PASS
CCAS DREUX	Mme LEQUELLEC	Assistante Sociale CCAS Ville de Dreux Responsable "épicerie sociale"
CONSEIL GENERAL PMI 41 (CG 41)	Dr GOUDJO	Chef de service Enfance - Famille
CG 41 PMI	Mme DAVID	Adjointe chef de service
CG 41 PMI	Mme LESOURD	Infirmière diplômée d'Etat (IDE)
INSPECTION ACADÉMIQUE 41	Dr TOURAIN Dr ARRAMBOURG Dr BELIN Dr CHRISTOL Dr GAVEAU	MÉDECINE SCOLAIRE
MEDECINE SCOLAIRE	Dr HUTTEAU	Médecin Conseil Inspection Académique 41
CONSEIL GÉNÉRAL 41	Dr FREMAUX Dr GOLDBERG Dr DOMART Dr COURCIER	Médecin PMI
SPIP 45	Mme Claire BOTTE	Directrice départementale Loiret
URIOPPS	Mr PRIOU	Directeur
URIOPPS	Mme DORLENCOURT Delphine	Chargée de mission
MAISON DES ADOLESCENTS BLOIS	Mme GENNERET Mme Fanny JEAN GIRARD Mme Sylvie CONTAULT Mlle Florine CHAUDAT Mme Emilie MENET Mme Marie THEBAULT	Cadre supérieure de Santé Psychologue IDE – Entretien / Relaxation Psychologue Psychologue Secrétaire Accueil
Délégation Territoriale 18	M. Xavier LAHOUSTE Mme BILANI Naima	Délégué Territorial IDE Santé Publique DT 18

ORGANISMES	NOM	FONCTION
Délégation Territoriale 28	M. Stéphan MARTINEAU M. Jean-Claude Gayral Mme Danielle Roulleau	Délégué Territorial Ingénieur Sanitaire DT 28 Conseillère technique
Délégation Territoriale 36	M. Dominique HARDY Mr Remy PARKER	Délégué Territorial Ingenieur Sanitaire
Délégation Territoriale 37	Mme Noura KHIHAL-FLEGEAU	Déléguée Territorial
Délégation Territoriale 41	Mme Myriam SALLY SCANZY Jean-Paul DUPRE,	Déléguée Territorial Responsable pôle offre sanitaire et médico-sociale
Délégation Territoriale 45	M. Hervé DELAGOUTTE	Délégué Territorial
Direction Départementale de la Cohésion Sociale du Cher	M. Eric BERGEAULT	Responsable Intégration Sociale, Politique de la Jeunesse, Prévention et Parentalité Coordinateur Départemental de la MILDT

Groupe de travail Territoire du Chinonais

Territoire de santé d'Indre-et-Loire

Mercredi 19 octobre 2011 à 14h30 – EHPAD Les Groussins –
CHINON

Ont participé au Groupe de travail Territoire du Chinonais :

Des représentants **des Structures Sanitaires, Sociales et Médico-sociales et également des élus locaux du territoire :**

Monsieur HERTEVENT	Président du Pays du Chinonais
Madame Nadège ARNAULT	Vice-présidente du Pays du Chinonais
Madame Marie CASSIN - FABRY	Secrétaire générale à la Sous-préfecture de Chinon
Monsieur Stéphane CORBIN	Directeur général administratif au Conseil général
Monsieur Philippe BEAUVILLAIN	Président de la Communauté de Communes d'Azay-Le-Rideau

Groupe de travail du Pays Lochois

Présentation de l'offre de soins et médico-sociale du Pays Lochois

Jeudi 20 octobre 2011 – Salle Moulin des Cordeliers

Ont participé au Groupe de travail Territoire du Pays Lochois :

Des représentants **des Structures Sanitaires, Sociales et Médico-sociales et également des élus locaux du territoire :**

Madame Nicole HADORN	Secrétaire générale à la Sous-préfecture de Loches
Madame Maryse GARNIER	Maire de la Commune de Villeloin-Coulangé
Madame Anne PINSON	Adjointe au Maire de la ville de Loches Chargée des Affaires Sociales, de la Jeunesse, des Personnes Agées et de la Vie Quotidienne
Monsieur Jacques BARBIER	Président du Pays de la Touraine Côté Sud
Madame Micheline ARQUEZ	Vice-présidente de la Communauté de Communes de la Touraine du Sud Chargée des Services à la population

ANNEXE 2 :

GUIDE D'ENTRETIEN

LES QUESTIONS

1/ REPÉRAGE DES POPULATIONS

- Comment
- Par qui
- Identification des besoins

2/ LES RÉPONSES

- Avec quelles institutions
- Quels leviers
- Les freins

3/ LES PASS

- Quelle visibilité au sein et à l'extérieur de l'hôpital
- Les liens
- Formalisation
- Intra hospitalière
- Extra hospitalière
- Personnel
- Rattachement
- Effectif
- Heure d'ouverture
- Recrutement des patients
- Suivi de l'activité
- Principales situations rencontrées
- Difficultés
- Leviers
- Freins
- Les propositions de nature à améliorer l'organisation

PRAPS RISTS*

En commun

Populations vulnérables

Précaire et exclus

Transversalité de réflexion et d'action

Au sein de l'ARS entre les Schémas

Extra ARS Inter ministérielle

Travailler sur l'identification des partenariats pour porter le plaidoyer

Scénario d'intervention

Quelle porte d'entrée possible

PARCOURS DE VIE ET REPÉRAGE

Période de vie

- Périnatalité
- Scolaire
- Universitaire
- Travail
- Formation professionnelle
- Retraite
- Vieillesse

Les déterminants et risques

- Environnementaux (logement-pollution-territoire...)
- Comportementaux (addictions, violence, nutrition...)
- Contexte social (niveau de diplôme, emploi, revenu, qualité du lien social...)

Leviers

- Promotion de la santé et éducation pour la santé compétence psychosociales
- Prévention primaire
- Prévention secondaire
- Prévention tertiaire

PARCOURS DE SOINS INTERVENTION ET REPÉRAGE

Médecine ambulatoire

- Soins curatifs et ouverture de droits/reste à charge
- Lien avec :
 - les acteurs sociaux et
 - de la prévention.

Secteur sanitaire Hospitalier

- Repérage des populations vulnérables
- Quels liens en interne
- Procédures de PEC intra hospitalière
- Qui former ?
- Liens avec l'ambulatoire
- Liens avec le SIAO : dispositifs spécifiques

Secteur Médico social

- Repérage du handicap
- PEC précoces
- Hébergement médico-social
- PA et dépendance
- Liens avec l'ambulatoire

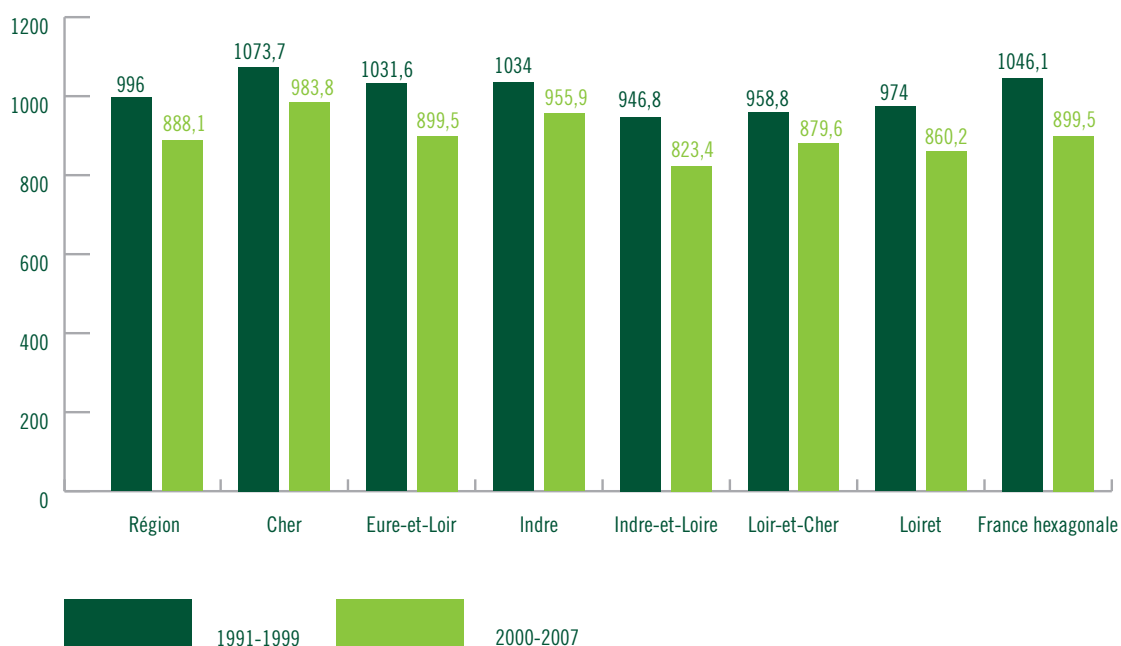
RISTS* Réduction des Inégalités Sociales et Territoriales de Santé

ANNEXE 3 :

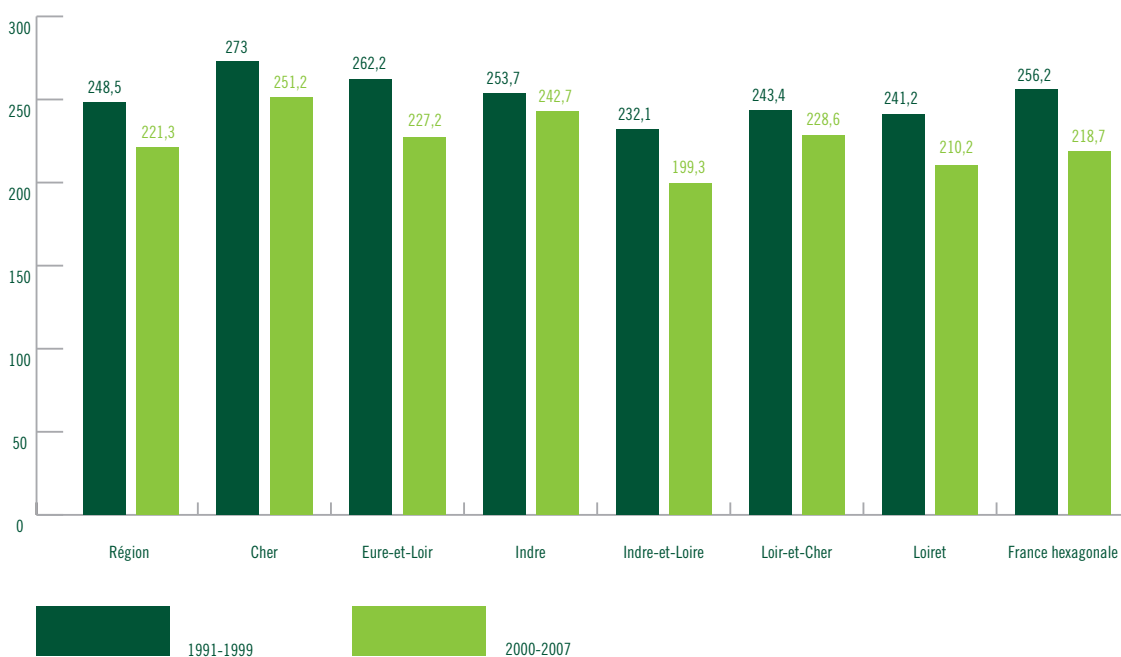
ÉVOLUTION DES DONNÉES DE MORTALITÉ ENTRE 1991/1999 ET 2000/2007

(Sources : Inserm CepiDc, Insee - Exploitation : ORS Centre)

Évolution des données de mortalité générale entre 1991-1999 et 2000-2007



Évolution des données de mortalité prématurée entre 1991-1999 et 2000-2007



ANNEXE 4 : COMPOSITION DU COPIL RÉGIONAL

NOM	FONCTION	ORGANISMES
Dr Josiane ALBOUY	Médecin Inspecteur Régionale du Travail et de la Main d'Œuvre	DIRECCTE
Mme Nadia BENSRAHAYAR	Responsable du service développement social	DIRECTION RÉGIONALE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA COHÉSION SOCIALE
M. Eric BERGÉAULT	Responsable Intégration Sociale, Politique de la Jeunesse, Prévention et Parentalité Coordinatrice Départementale de la MILDT	DDCSPP 18
M. Sébastien BISMUTH-KIMPE	Directeur	MSA BEAUCÉ CŒUR DE LOIRE
Mme Claire BOTTE	Directrice	SERVICE PÉNITENTIAIRE D'INSERTION ET DE PROBATION DU LOIRET (SPIP)
Dr Marie-Josée DAGOURY	Responsable Projet Santé Mentale Pôle d'Expertise Médicale	ARS DU CENTRE
Mme Catherine DANIEL	Directrice Adjointe de la Prévention et du Développement Social	CONSEIL GÉNÉRAL DE L'INDRE
Mme Danièle DESCLERC DULAC	Présidente	COLLECTIF INTER ASSOCIATIF SUR LA SANTÉ(CISS)
Mme Françoise DE GOUVILLE	Directrice de la Prévention et du Développement Social	CONSEIL GÉNÉRALE DE L'INDRE
Mme Delphine DORLENCOURT	Conseillère technique	URIOPSS CENTRE
M. Pierre DUMONT		DREAL
Mme Elizabeth DURIEUX - ROUSSEL	Adjointe au Maire chargée de la Santé Publique	VILLE DE CHATEAUX-ROUX
Mme Solen FERRE	Coordinatrice ASV Dreux-Vernouillet Unité de Prévention et d'Éducation	CENTRE HOPITALIER DE CHATEAUX-ROUX
Mme Catherine GAGELIN	Directrice adjointe	FOYER ACCUEIL CHARTRAIN
M. Denis GELEZ	Responsable du Département de la Prévention et de Promotion de la Santé	ARS DU CENTRE
Mme Françoise GENNERET	Cadre supérieure de Santé	MAISON DES ADOLESCENTS
M. Claude GROSSIER	Directeur	AROMSA
M. Pascal GOUDY	Conseiller Général	CONSEIL GÉNÉRAL DU CHER
M. Edmond GUILLOU	Adjoint aux Responsables de Département PPS ET VSS	ARS DU CENTRE
Mme Saadika HARCHI	Conseillère Régionale	CONSEIL RÉGIONAL DU CENTRE
Mme Laurence HERVIOU	Directrice Service "Petite Enfance et Santé"	CONSEIL GÉNÉRAL D'INDRE-ET-LOIRE
Mme Claire JAYET	Responsable régionale adjointe	CARSAT
Mme Joséfa JOVER	Coordinatrice ASV Orléans	VILLE D'ORLÉANS
Mme Céline Leclerc	Directrice	ORS du Centre
M. Xavier LAHOUSTE Mme BILANI Naïma	Délégué Territorial du CHER IDE DT du Cher	ARS DU CENTRE
Dr François MARTIN	Chef de service Pneumologie et PASS	UPE CENTRE HOSPITALIER DE DREUX
Mme Emilie MASSE	Chargée de Missions	ARS DU CENTRE
M. Bruno MORIN	Directeur de l'Insertion	CONSEIL GÉNÉRAL DU LOIRET
Mme Christelle PEIGNEAU		PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE (PJJ)
Mme Monique ROUGIREL	Adjoint au Maire	VILLE DE CHÂTEAUX-ROUX
Dr Daouya ROY	Médecin Conseil Pôle d'Expertise Médicale	ARS DU CENTRE
Dr Bernard ROYER	Médecin responsable CP SP 37	IRSA
M. Louis SOULAT	PH Urgentiste Responsable Pôle Urgence	CENTRE HOSPITALIER DE CHÂTEAUX-ROUX

ANNEXE 5 :

TABLEAU SYNOPTIQUE 1 : INÉGALITÉS CANTONALES DE SANTÉ

TYPLOGIE	DONNÉES POPULATIONNELLES	DONNÉES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES	DONNÉES DE SANTÉ ET OFFRE DE SOINS
TYPLOGIES A 42 cantons	26,4 % population régionale 664 123	- Agglo grandes villes - 52 % = Loiret + Indre-et-Loire - Socialement favorisés	- Sous mortalité générale et prématurée - Peu de séjours hospitaliers et d’Affection longue durée (ALD) - Offre de soins favorable
TYPLOGIES B 14 cantons	24,3 % population régionale 611 180	- Forte densité de populations - Villes centres et agglo - Situations sociale contrastée - Famille monoparentale - Personnes seules jeunes et âgées API / RMI	- Etat de santé défavorable : - Surmortalité prématurée - Taux de séjour hospitalier alcool / tentative de suicide (TS) - Forte offre de soins - Très proche service urgence et maternité
TYPLOGIES C 21 cantons	15,1 % population régionale 380 414	- 85,7 % =Eure-et-Loir et Loiret - Jeunes peu ou pas diplômés - Situation sociale défavorable CHOMAGE/CMU	- Séjours hospitaliers Diabète/TS/Obstétrique - Affection longue durée (ALD) cardio-vasculaire importante - Peu éloignés des services d’urgence/maternité
TYPLOGIES D 73 cantons	25,6 % population régionale 645800	- 23,3 %(41); 19,2 % (28) - 17,8 % (37/ 45) - 2e couronne périphérie grandes agglo - Pas de distinction, SCP /ouvriers+ - APA+++ - Moins de/ RMI et AAH	- Peu d’offre de soins - Faible densité de professionnels de santé : omnipraticiens - Masseurs kinésithérapeutes (MK) - Chirurgien dentiste (CD) - Eloignement des services hospitaliers - Surmortalité morts violentes (Accidents circulation) - Proportion forte de cancer du poumon en séjour hospitalier
TYPLOGIES E 35 cantons	8,7 % population régionale 218 049	- Faible densité populationnelle - 85, 7%= Indre et Cher - PA≥75 ans la plus élevée - Agriculteurs - AAH++/RMI/Foyer non imposable - Chômeurs longue durée	- Très faible offre de soins - Forte densité infirmiers diplômés d’Etat - Temps accès urgences et maternité élevé - Surmortalité prématurée ; par cancer /alcool/tabac/ cardio-vasculaire /AVC/ suicide /accidents de la circulation

Remarque : ce tableau constitue un document de travail qui est amené à évoluer au cours des travaux.

ANNEXE 6 :

TABLEAU SYNOPTIQUE 2 : INÉGALITÉS CANTONALES DE SANTÉ

TYPOLOGIE	DONNÉES POPULATIONNELLES ET SOCIO DÉMOGRAPHIQUES	PROPOSITIONS DE PLAN D'ACTION
TYPOLOGIES A 42 cantons Départements urbains	26,4 % population régionale- grandes villes des Agglo - 52% = Loiret + Indre-et-Loire - Socialement favorisés - Sous mortalité générale et prématurée - Peu de séjours hospitaliers et d'ALD - Offre de soins favorable	
TYPOLOGIES B 14 cantons Très denses	24,3 % population régionale - Villes centres et agglo Situation sociale contrastée - Famille monoparentale - Personnes seules API / RMI— Forte offre de soins - Surmortalité prématurée alcool/tentative suicide (TS) - Proximité urgences/maternité	Lisibilité des dispositifs Coordination des dispositifs : Repérage - ARS : planification et repérage : ambulatoire (MSP/ consultations avancées, réseaux FICQS), Prévention et promotion de la santé (addictions/suicide), sanitaire (PASS, EMPP, adaptation des prises en charge) et médico-sociale (addictions) - Cohésion sociale : SIAO, ASV, hébergement - CG : action sociale, diagnostic orientation insertion/santé/PMI - CAF : axe monoparentalité (API) - DREAL-Office HLM
TYPOLOGIES C 21 cantons	15,1 % population régionale Eure-et-Loir et Loiret (85,7 %) Jeunes peu ou pas diplômés Situation sociale défavorable Chômage/CMU - Séjours hospitaliers Diabète / Tentative de suicide / Obstétrique - ALD (Cardio-vasculaire) - Peu éloignés des services d'urgence/maternité	Repérage, Accompagnement social+++ et coordination - CG : jeunes/insertion repérage et orientation/ santé/PMI - ARS : planification en ambulatoire et social / Exercice regroupé / Education thérapeutique (diabète, cardio-vasculaire), hospitalier (repérage et prise en charge adaptés) - Cohésion sociale - Assurance Maladie : Accès aux droits et aux soins - DIRECCTE - Missions Locales
TYPOLOGIES D 73 cantons	25,6% population régionale Loir-et-Cher (23,3 %) Eure-et-Loir (19,2 %) Loiret (17,8 %) Indre-et-Loire (17,8 %) - périphérie grandes agglomérations - ouvriers+ - APA+++ - Faible densité de professionnels de santé (omnipraticiens / MK / CD) - Eloignement des services hospitaliers - Surmortalité morts violentes (Accidents circulation) - Proportion forte de cancer du poumon en séjour hospitalier	Accessibilité géographique (transport et "aller vers") -ARS : planification : continuité hôpital / ambulatoire, maintien à domicile, actions préventives des comportements à risque (addictions, alcool, tabac, accidents circulation) -CG : transports et maintien à domicile / santé / PMI -Préfecture : accidents circulation -Plan de prévention des accidents de la route
TYPOLOGIES E 35 cantons Faible densité populationnelle	8,7 % population régionale Indre et Cher (85,7 %) - Agriculteurs - Chômeurs longue durée - AAH++RMI / Foyer non imposable - PA≥75 ans la plus élevée Très faible offre de soins / Forte densité IDE Temps accès élevé urgences/maternité Surmortalité prématurée : Par cancer / alcool / tabac/ cardio-vasculaire / suicide /accidents de la circulation	-Eloignement géographique de la ruralité : coordination avec la MSA et le Régime général -CG : accompagnement social / transports / insertion / santé /PMI -ARS : planification : réseaux, consultations avancées, Prévention et promotion de la santé (addictions, prévention suicide), médico-social (PA), diminution des délais d'accès urgences et maternités -Préfecture : accidents circulation -Plan de prévention des accidents de la route -Caisses de retraites -CG/CARSAT : Maintien à domicile et accompagnement social -PA

7

Glossaire



SIGLE INTITULÉ

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ACSE	Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des chances
ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
ADAGV	Association Départementale Action pour les Gens du Voyage
ALD	Affection de Longue Durée
AM	Assurance Maladie
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
APA	Allocation Perte Autonomie
API	Allocation Parent Isolé
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASV	Ateliers Santé Ville
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CD	Chirurgien Dentiste
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CIDDIST	Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
CG	Conseil Général
CLAT	Centre de Lutte AntiTuberculeux
CLS	Contrats Locaux de Santé
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUC	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
COFIL	COmité de PILotage
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRAV	Caisse Régionale Assurance Vieillesse
CREAI	Centre Régional pour les Enfants, Adolescents et Adultes Inadaptés
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CUCS	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DDCSPP	Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DRAAF	Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt

SIGLE INTITULÉ

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
DT / DT-ARS	Délégation Territoriale de l'ARS
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
FNARS	Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale
FTM	Foyer de Travailleurs Migrants
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRSA	Institut inter Régional pour la Santé
LHSS	Lit Halte Soins Santé
PS	Professionnels de Santé
MDA	Maison Départementale des Adolescents
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
ML	Mission Locale
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
NQP	Nouveau Quartier Prioritaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PAPE	Pôle d'Addictologie, Prévention et Education Thérapeutique
PARADS	Pôle d'Accueil en Réseau pour l'Accès aux Droits Sociaux
PASE	Projet d'Action stratégique de l'Etat
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI	Protection Maternelle Infantile
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention
PRIPi	Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées
PRS	Projet Régional de Santé
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
PSE	Placement sous surveillance Electronique
PSL	Placement en semi-liberté
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
RS	Résidence Sociale

SIGLE INTITULÉ

RSA	Revenu de Solidarité Active
RSI	Régime Social des Indépendants
SDF	Sans Domicile Fixe
SIAO	Service d'Information, Accompagnement et Orientation
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
TS	Tentative de suicide
UC	Unité de Consommation
UCSA	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
URIOPSS	Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
ZEP	Zone d'Education Prioritaire
ZUS	Zone Urbaine Sensible

Retrouvez le contenu de ce document en ligne sur :
www.ars-centre.fr/projetregionaldesante



ARS du Centre

Cité administrative Coligny
131, rue du Faubourg Bannier - BP 74409
45044 Orléans Cedex 1

Tél. : 02 38 77 32 32

Fax : 02 38 54 46 03

www.ars.centre.sante.fr