

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

Centre-Val de Loire



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

2018-2022

SOMMAIRE

03

Préambule

- 1.1 Le PRAPS : un programme obligatoire du Projet régional de santé
- 1.2 La précarité
- 1.3 La finalité du PRAPS
- 1.4 Les spécificités des publics démunis
- 1.5 Les modalités de suivi et d'évaluation du PRAPS

07

Éléments de diagnostic

- 2.1 Les éléments de diagnostics nationaux
- 2.2 Les données sociodémographiques en région Centre-Val de Loire

12

Objectifs et actions du PRAPS

Introduction

3.1 Objectif 1

Mieux connaître les personnes les plus éloignées du système de santé pour mieux répondre à leurs attentes et à leurs besoins

3.2 Objectif 2

Adapter les structures, les dispositifs et les pratiques professionnelles à l'évolution des attentes et des besoins des personnes les plus éloignées du système de santé

3.3 Objectif 3

Prévenir les situations de rupture des personnes les plus éloignées du système de santé

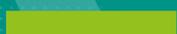
28

Annexes

- 4.1 Plan d'action synthétique
- 4.2 Composition du comité de pilotage régional
- 4.3 Cartographies
- 4.4 Glossaire

01

PRÉAMBULE



PRÉAMBULE

LE PRAPS : UN PROGRAMME OBLIGATOIRE DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

La Loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016, réaffirme la lutte contre les inégalités sociales de santé (ISS) comme priorité nationale. L'axe 2 de la stratégie nationale de santé est centré sur la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé. Dans ce cadre, le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) fait partie intégrante du Projet régional de santé (PRS) pour la période 2018-2022.



L'axe 3 du cadre d'orientation stratégique en région formule l'ambition de réduire les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé dans les 10 ans. Au-delà des objectifs du schéma régional de santé visant spécifiquement la réduction des inégalités de santé, par l'action coordonnée et graduée des politiques publiques, le PRAPS décline plus spécifiquement les programmes d'actions transversaux et spécifiques au regard des difficultés plus particulières des personnes qu'il vise.

LA PRÉCARITÉ

La précarité est un phénomène multidimensionnel qui ne se réduit pas au seul aspect financier. Dans son avis de 1987 sur la « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », le Conseil économique, social et environnemental définit la précarité ainsi :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible ».

Cette définition exprime la vulnérabilité, l'inquiétude et la perte de dignité des personnes qui basculent dans la précarité. La grande pauvreté qui s'ensuit est définie de plus par des critères économiques et financiers. La précarité peut être la conséquence de nombreuses situations médicales (maladies chroniques, troubles psychiatriques...), médico-sociales (handicaps, déficits fonctionnels, dépendances liées à l'âge...) et socio-économiques (exclusion sociale quelle qu'en soit la cause : perte de revenus, chômage, vulnérabilité ou isolement, familles monoparentales, migration...). Chez les personnes migrantes, l'entrée en précarité est plus ou moins accentuée par leur culture, leurs difficultés d'usage de la langue française et leurs origines.

LA FINALITÉ DU PRAPS

Le PRAPS a pour ambition de s'inscrire dans la continuité des programmes précédents (PRAPS de 1^{ère}, 2^e et 3^e génération), de décliner le schéma régional de santé dans toutes ses dimensions et de favoriser la coordination territoriale des politiques intersectorielles (logement, emploi, éducation, santé, sociales et médico-sociales...) qui s'exerce dans les structures de droit commun, selon la logique de parcours portée par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

Le PRAPS a pour objectif d'améliorer l'accès à la santé des personnes les plus démunies, par la mise en place d'un accompagnement spécifique au travers d'organisations coordonnées favorisant l'accès à l'éducation pour la santé, à la prévention, aux soins, à la réinsertion et au suivi, reposant à la fois sur l'évolution des dispositifs existants et des pratiques professionnelles tant des soignants que des professionnels de l'action sociale.

PRÉAMBULE

LES SPÉCIFICITÉS DES PUBLICS DÉMUNIS

Les personnes qui devraient particulièrement bénéficier de ce programme sont caractérisées par des désavantages majeurs en termes de revenus, de logement, d'emploi, d'utilisation des services, de lien social... Il s'agit notamment des personnes sans domicile fixe, des personnes en recherche de travail, des personnes vivant dans un habitat dégradé, des personnes migrantes, des gens du voyage, des familles monoparentales à faible revenu avec un reste à charge élevé pour les soins, des personnes placées sous-main de justice, ainsi que d'ancien(ne)s personnes détenu(e)s en démarche de réinsertion... mais la couverture de

besoins spécifiques peut aussi s'avérer nécessaire pour d'autres populations telles que les personnes sous tutelle, les jeunes en errance, les personnes en situation de handicap, les femmes et les seniors en situation de précarité par exemple...

Ces publics rencontrent des difficultés d'accès aux droits, peuvent renoncer à des soins pour des raisons financières, se voient parfois opposer un refus de soins par certains professionnels, ont des difficultés de repérage dans le parcours de soins et d'accompagnement médico-social.

LES MODALITÉS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI DU PRAPS

Le comité de pilotage du PRAPS (cf. [composition en annexe](#)) sera garant de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de ce programme. Des tableaux de bord seront initiés permettant le suivi des indicateurs proposés dans chacune des actions du PRAPS. Ces tableaux de bord seront présentés annuellement au comité de pilotage du PRAPS. Le suivi fera l'objet d'un bilan annuel.

Concernant l'évaluation, les questions évaluatives sont formulées de la manière suivante :

- › Quel est l'impact du programme sur l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus éloignées du système de santé ?
- › Quelle gouvernance et quels moyens ont été mis en œuvre au niveau régional ?
- › Quelles sont les dynamiques territoriales observées au sein des conseils territoriaux de santé ayant permis la mise en œuvre du PRAPS au sein des territoires ?



LES ÉLÉMENTS
DE DIAGNOSTIC

LES ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

LES ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC NATIONAUX

On enregistre en France une importante amélioration de l'état de santé de la population, comme en attestent les indicateurs de santé : allongement de l'espérance de vie, net recul de la mortalité infantile... Pourtant, les progrès accomplis ne profitent pas à toutes et à tous et les inégalités sociales de santé perdurent.

En 2017, plus de 5 millions de personnes ne disposent pas de la totalité de leurs droits à la santé en France (chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale, Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale).

Les difficultés d'accès aux soins constituent un facteur d'inégalité de santé et concernent souvent les personnes les plus fragilisées, parfois déjà éloignées du soin du fait de leurs conditions sociales ou professionnelles.

Il est établi que l'état de santé des individus est étroitement lié à leur position sociale (notion de gradient social). La situation des personnes les plus vulnérables correspond à un faible niveau de ressources matérielles, comportementales et

psychosociales, ainsi qu'à une surexposition à certains facteurs de risques environnementaux (habitat, travail...).

Le rapport *Précarité, pauvreté et santé*, publié par l'Académie nationale de médecine le 20 juin 2017 rappelle que l'accès aux soins et à la prévention de certains sous-groupes de la population est particulièrement difficile ; personnes vivant à la rue ou en grande précarité, personnes hébergées à l'hôtel par le Samu social, détenus, gens du voyage, migrants...

Ce même rapport met en évidence que les personnes en situation de grande vulnérabilité sont les premières victimes des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé. En effet, parmi les sources d'inégalités de santé liées à la pauvreté, les plus importantes sont liées aux mauvaises conditions de vie et notamment à celles de travail, aux modes de vie inadaptées, à l'abus de produits psychoactifs et aux comportements à risque, à la mauvaise qualité de l'environnement, à l'éducation et la structure sociale.

Ce rapport conforte la nécessité de poursuivre les efforts particuliers pour préserver la santé des populations les plus vulnérables en :

- › facilitant l'accès aux mesures existantes,
- › adaptant l'offre à la mosaïque des situations rencontrées,
- › coordonnant de façon efficace l'ensemble des mesures,
- › développant des modalités innovantes d'accès à la santé.

LES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES EN RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE

La région Centre-Val de Loire fait partie, en 2012, des cinq régions françaises les plus riches et la pauvreté monétaire¹ y affecte moins la population qu'en moyenne métropolitaine.

12,3 % de la population régionale, soit un peu plus de 320 000 habitants vit en dessous du seuil de pauvreté² (14,3 % au niveau na-

tional). Cependant, le nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté a augmenté de façon sensible depuis 2008. Le phénomène est étroitement lié à la crise économique. Il touche prioritairement les jeunes de moins de 30 ans (20,8 % en région et 21,9 % en France) exposés aux difficultés d'insertion et de maintien dans l'emploi, ainsi que les familles nombreuses.

+ Taux de pauvreté en 2012

	Taux de pauvreté (ensemble)	Taux de pauvreté moins de 30 ans	Taux de pauvreté 30 à 39 ans	Taux de pauvreté 40 à 49 ans	Taux de pauvreté 50 à 59 ans	Taux de pauvreté 60 à 74 ans	Taux de pauvreté 75 ans et plus
Régions Min.	10,5	17,2	11,1	11,9	9,7	6,1	6,3
Centre-Val de Loire	12,3 (5 ^e)	20,8 (7 ^e)	14,3 (5 ^e)	14,2 (5 ^e)	11,3 (6 ^e)	7,9 (5 ^e)	8,2 (4 ^e)
Régions Max.	20,4	30,0	22,4	22,9	19,4	17,6	21,3
France hexago.	14,3	21,9	15,8	16,3	13,4	10,1	10,2

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal - Exploitation ORS Centre-Val de Loire

Ainsi, la précarité s'intensifie : depuis l'instauration du Revenu de solidarité active (RSA) en 2009, le nombre de foyers allocataires à bas revenus a plus fortement augmenté en région Centre-Val de Loire qu'en France de province (fin 2013 + 9,4 contre + 7,1%). La hausse du nombre d'allocataires du revenu de solidarité active socle est davantage marquée (+ 16,3 contre + 13,8 %).

Fin 2013, la région Centre-Val de Loire compte 54 500 allocataires du revenu de solidarité active socle (45 200 allocataires du revenu de solidarité active socle seul et 9 300 pour le revenu de solidarité

active socle et activité). Le taux d'allocataires du revenu de solidarité active socle en région est inférieur au taux national (4,9 bénéficiaires pour 100 ménages contre 5,9 % en France). Le revenu de solidarité active est délivré à 18 700 bénéficiaires, soit 1,7 % des ménages (1,8 % au niveau France).

Taux de pauvreté : proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté²

¹ *Pauvreté monétaire : un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsque son niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté.*

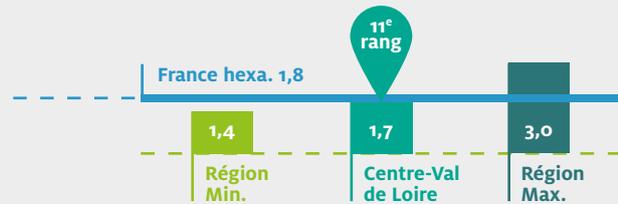
² *Seuil de pauvreté : déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population, en Europe, on privilégie le seuil à 60 % du niveau de vie médian (estimé à 11 871 € par an en 2012, soit près de 990 € par mois)*

+ Nombre de bénéficiaires du RSA au 31 décembre 2013 (pour 100 ménages)

RSA socle (avec ou sans activité)



RSA socle activité seul



Sources : CCMSA, Cnaf, Insee - Exploitation ORS Centre-Val de Loire

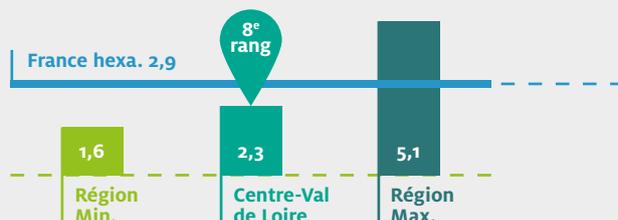
Près de 150 400 bénéficiaires de la CMUC

La couverture maladie universelle (CMU) de base facilite l'accès aux soins et leur remboursement à toute personne qui n'est pas déjà couverte par un régime obligatoire d'assurance maladie. Fin 2013, elle concerne plus de 60 500 habitants de la région, ce qui représente 2,3 % de la population (2,9 % en France).

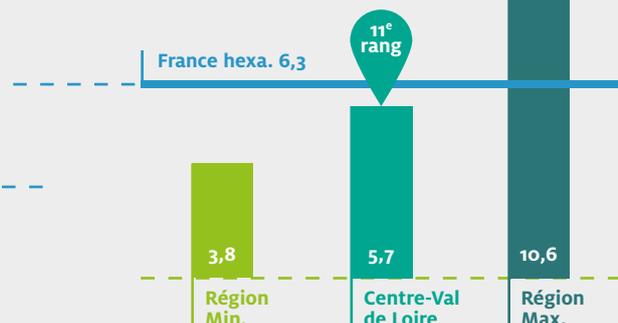
La couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) permet aux familles sous un seuil de ressources de bénéficier de la gratuité de la partie complémentaire liée à un acte de santé. Fin 2013, la couverture maladie universelle complémentaire est délivrée à près de 150 400 habitants de la région, soit un taux de bénéficiaires de 5,7 % (6,3 % en France).

+ Part de bénéficiaires* de la CMU et CMUC au 31 décembre 2013 (pour 100 habitants)

CMU de base



CMU complémentaire



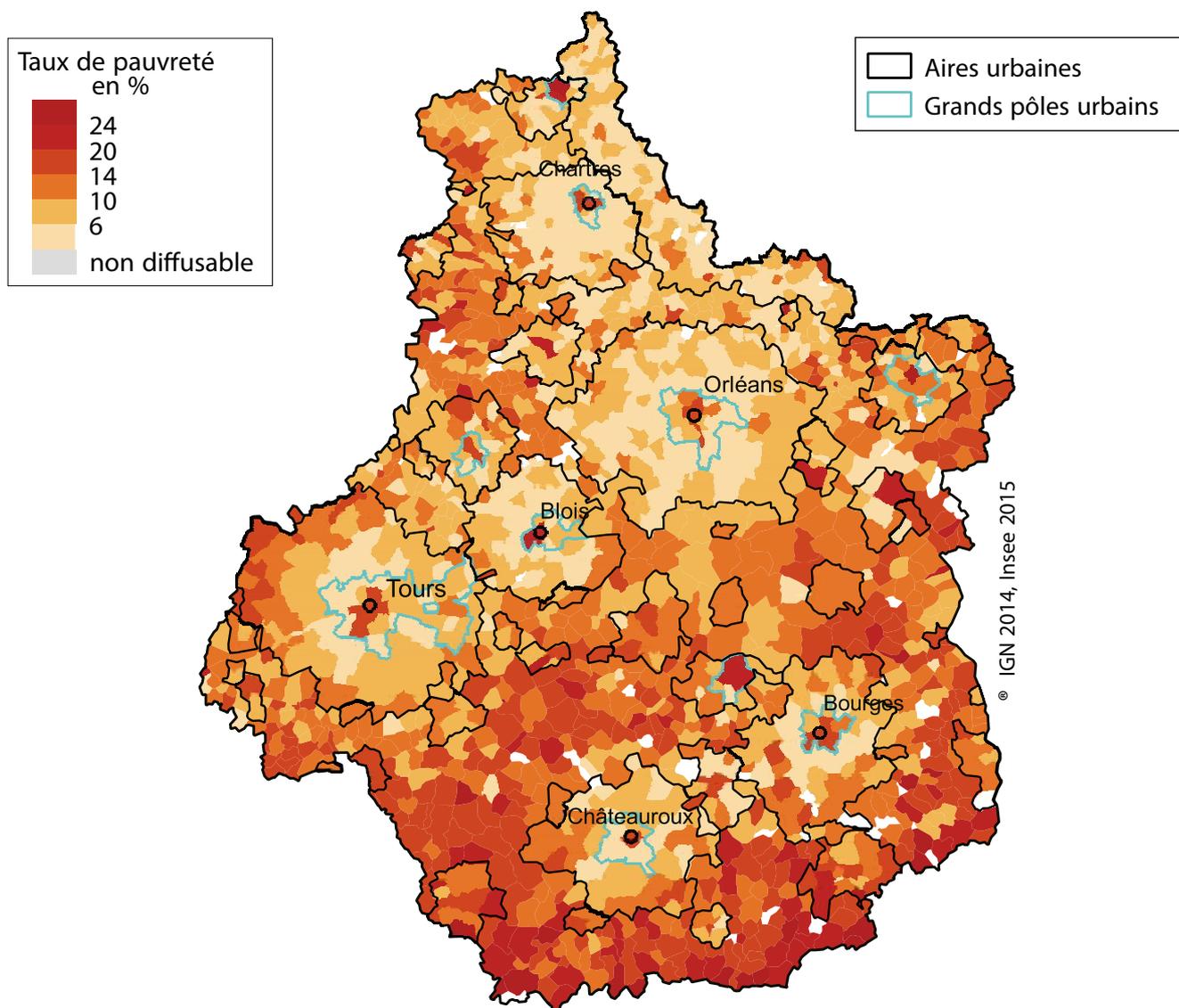
Sources : Fonds CMU, Cnamts, CCMSA, RSI - Exploitation ORS Centre-Val de Loire

*Les valeurs indiquées correspondent à la moyenne des effectifs sur les 12 mois de l'année 2013

Les inégalités sont également moins marquées qu'en France métropolitaine. Cependant, au sein même de la région, les situations sont contrastées et diffèrent selon le type d'espace considéré. La pauvreté est plus importante dans le centre des grandes aires urbaines et dans les territoires isolés, éloignés de l'influence des villes.

Les départements du Cher et de l'Indre sont ainsi davantage touchés, avec les taux les plus élevés de la région (au-delà de 14 %). A l'inverse, les départements de l'Eure-et-Loir et de l'Indre-et-Loire sont mieux préservés, avec des taux inférieurs à la moyenne régionale (11,3 % et 11,6 %).

+ Une pauvreté plus marquée dans le sud de la région



Sources : Insee ; DGFIP ; Cnaf ; Cnav ; CCMSA, fichier localisé social et fiscal 2012

LES OBJECTIFS ET LES ACTIONS DU PRAPS



LES OBJECTIFS ET LES ACTIONS DU PRAPS

INTRODUCTION

Les publics vulnérables cumulent des difficultés qui peuvent être sociales, éducatives, sanitaires, ou liées aux discriminations qui rendent complexe le recours au droit commun. Leur prise en charge nécessite donc de concilier plusieurs logiques d'intervention (santé, logement, mobilité, ressources financières, formation/emploi, environnement familial et éducatif...) afin de répondre à leurs besoins et d'éviter les ruptures de parcours de santé.

Le programme d'actions proposé tient compte des différents enseignements du PRAPS 2012-2016, de l'étude sociologique réalisée en 2016 dans le cadre de l'évaluation du projet régional de santé de première génération (cf. schéma régional de santé, axe « Accès au système de santé », chapitre 2 « Personnes démunies/vulnérables ») ainsi que des freins et des leviers identifiés avec les acteurs et les partenaires du comité de pilotage dans ce champ d'intervention en direction des personnes les plus éloignées du système de santé.

Il répond aux enjeux de réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé en déclinaison du schéma régional de santé. La politique de santé de l'enfant fera l'objet d'une attention particulière compte-tenu de ses effets de long terme sur le développement de l'enfant ainsi que sur les inégalités de santé. À cet effet, la coordination des acteurs intervenant auprès des familles et susceptibles d'accompagner les parents quant à la santé de l'enfant, qu'ils relèvent du champ sanitaire, éducatif ou social devra être confortée. Dans ce cadre, il conviendra notamment de tenir compte des problématiques relatives à la

nutrition (surpoids, obésité), à la santé mentale et aux conduites addictives.

Les concepts portés dans le schéma régional de santé dans le cadre de l'éducation pour la santé et de la prévention sont déclinés dans le PRAPS. Il s'agit de :

- prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé, et particulièrement des déterminants sociaux,
- mettre en œuvre l'universalisme proportionné,
- permettre l'acquisition et le développement des compétences psychosociales,
- prendre en compte la littératie en santé,
- développer une politique de « l'aller-vers¹ » et du « faire-avec² » dont l'enjeu est de promouvoir les capacités d'innovation des acteurs du social et de la santé.

Plus spécifiquement, une attention particulière sera portée au développement de la médiation en santé, processus temporaire de « l'aller-vers » et du « faire avec », ainsi qu'à l'interprétariat en santé qui visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes qui en sont éloignées. À ce titre, une stratégie régionale a été définie et déclinée dans l'objectif 3 afin de s'assurer de la prise en compte des recommandations de la Haute autorité de santé portant sur ces sujets.

¹ La démarche « d'aller-vers » comporte deux composantes : 1/ Le déplacement physique, « hors les murs » d'une part vers les lieux fréquentés par la personne vulnérable et d'autre part, vers les professionnels de santé/institutions ; 2/ L'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans jugement, avec respect.
² « Faire avec » signifie faire avec les personnes et non à leur place car seules leur autonomisation et leur responsabilisation permettent de mettre en œuvre des solutions durables aux problèmes qu'elles rencontrent.

OBJECTIF ①

MIEUX CONNAÎTRE LES PERSONNES LES PLUS ÉLOIGNÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR MIEUX RÉPONDRE À LEURS ATTENTES ET À LEURS BESOINS

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

- › Mieux connaître les personnes les plus éloignées du système de santé pour mieux identifier leurs besoins sur chaque territoire de santé:
 - › typologies des publics (données sociodémographiques et les modalités de vie),
 - › lieux de vie.
- › Favoriser une meilleure connaissance de l'impact de la précarité sur la santé.
- › Observer l'évolution des besoins des personnes les plus éloignées du système de santé pour adapter l'offre.

+ ACTION 1.1

Améliorer / consolider les connaissances sur les populations les plus éloignées du système de santé afin d'identifier leurs attentes et leurs besoins

DESCRIPTION DE L'ACTION

Identifier, parmi les sources d'informations existantes les données les plus pertinentes afin de permettre une observation dynamique dans le temps et dans l'espace des populations cibles.

Un groupe de travail issu du comité de pilotage régional devra définir 3 à 5 critères de suivi annuel afin d'aider le comité de pilotage dans ses choix décisionnels.

ÉCHÉANCES INTERMÉDIAIRES

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2018	Identification des indicateurs pertinents pour le suivi des populations (maximum 5)

INDICATEURS DE SUIVI

- › Identification des indicateurs parmi les outils existants.
- › Leur suivi annuel sur 5 ans.

+ ACTION 1.2

Recueillir les attentes et les besoins des usagers en leur donnant la parole

DESCRIPTION DE L'ACTION

- › Identifier les espaces et les instances dans lesquels la parole des usagers est retranscrite.
- › Construire ensemble (usagers, acteurs du social et de la santé) une enquête permettant de connaître les attentes et les besoins de ce public cible afin de mettre en œuvre des programmes d'actions adaptés.
- › Encourager les rencontres telles que les manifestations organisées par les centres communaux d'action sociale (CCAS), fêtes de la santé... afin de favoriser les échanges entre les usagers et les acteurs des champs du social et de la santé.

ÉCHÉANCES INTERMÉDIAIRES

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2018	Travail sur la méthodologie d'une enquête selon une typographie des besoins
2020	Résultats de l'enquête

INDICATEURS DE SUIVI

- › Résultats de l'enquête et propositions d'adaptation.

POINTS FORTS ET RESSOURCES

- › Partenaires : Conseils régional et départementaux, élus, professionnels, usagers... notamment via la commission de coordination des politiques publiques de santé dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile pour échanger sur les problématiques et impulser une politique adaptée aux populations concernées.
- › Instances existantes sur les territoires : comités de pilotage des Contrats locaux de santé (CLS), Conseils territoriaux de santé (CTS)... pour faciliter le lien / connaissance des acteurs et des dispositifs, sur la base du diagnostic préalable des ressources du territoire.
- › Outils mis en place par différents partenaires : plate-forme d'observation des données sociales du Centre-Val de Loire gérée par l'Observatoire régional de la santé (ORS) et d'Observation sociale croisée des acteurs régionaux et départementaux (OSCARD) gérée par la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Centre-Val de Loire, Loiret (DRDJSCS) et l'Observatoire régional de la santé, observatoire des fragilités géré par la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), étude sur les inégalités sociales et territoriales de santé en Centre-Val de Loire gérée par l'Observatoire régional de la santé, données sociodémographiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)...

OBJECTIF ①

ADAPTER LES STRUCTURES, LES DISPOSITIFS ET LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES À L'ÉVOLUTION DES ATTENTES ET DES BESOINS DES PERSONNES LES PLUS ÉLOIGNÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Au regard des évolutions de ce public, les structures, dans leurs missions de repérage et d'accompagnement, ont la nécessité d'adapter leurs actions afin d'être réactives et souples pour répondre aux besoins.

Sous-objectif 1 : Mieux identifier, faire connaître et faire évoluer les dispositifs existants dans le domaine de la santé et de l'accompagnement social des personnes les plus démunies (localisation, modalités d'accès, publics visés...)

+ ACTION 2.1.1

Mieux identifier les ressources

DESCRIPTION DE L'ACTION

- Rendre davantage visibles les structures et dispositifs pour en faciliter la connaissance donc l'accès en intégrant l'ensemble des structures sociales et de santé dans les bases de données existantes et en mettant à jour les cartographies.
- Faire connaître à chacun les missions de l'autre dans le domaine de la santé et du champ social en incitant les partenaires à travailler en réseau et à développer l'« aller-vers » et le « faire avec » entre partenaires.
- Mieux connaître les missions respectives des acteurs institutionnels (dispositifs sociaux et sanitaires) pour optimiser les partenariats (Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Centre-Val de Loire / Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP) / Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) / Assurance maladie / Observatoire régional de la santé / Conseil régional / Conseils départementaux / Éducation nationale / Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratif sanitaires et sociaux (URIOPSS) / Union régionale des associations agréées du système de santé (URAASS) (France assos santé Centre-Val de Loire) / Aide Sociale à l'Enfance (ASE)...

ÉCHÉANCES INTERMÉDIAIRES

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2018	Identification des données dans les bases existantes et mise en place de liens

INDICATEURS DE SUIVI

- › Identification et accès aux données concernant les dispositifs sociaux et sanitaires.
- › Nombre de nouveaux partenariats constitués et officialisés par une convention, charte...

RESSOURCES

- › Le Répertoire opérationnel des ressources (ROR) et les cartographies.
- › La plate-forme d'observation des données sociales du Centre-Val de Loire de l'Observatoire régional de la santé.
- › Les fonctions d'appui aux professionnels.
- › La démarche « réponse accompagnée pour tous » notamment les dispositifs Pôles de compétences et de prestations externes (PCPE), le dispositif d'emploi accompagné (DEA)...
- › Les partenariats (institutionnels, collectifs d'acteurs...) et le partage d'outils.

+ ACTION 2.1.2

Poursuivre le déploiement des dispositifs spécifiques au regard des besoins (Lits halte soins santé (LHSS), Lits d'accueil médicalisés (LAM), Appartements de coordination thérapeutique (ACT), Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)...)

DESCRIPTION DE LA SITUATION ACTUELLE

Points forts

Depuis 2010, dans le cadre de l'optimisation du maillage territorial, la région Centre-Val de Loire a été dotée de places en lits halte soins santé et appartements de coordination thérapeutique supplémentaires et de places en lits d'accueil médicalisés.

Par ailleurs, l'analyse de l'organisation exhaustive et du fonctionnement menée en 2013 auprès de l'ensemble des permanences d'accès aux soins de santé a permis d'étendre l'offre par le financement de 4 permanences d'accès aux soins de santé supplémentaires (respectivement dans l'Indre, dans le Cher et dans le Loiret).

Actuellement la région Centre-Val de Loire dispose d'autorisations pour :

- › 41 places de lits halte soins santé,
- › 90 places d'appartements de coordination thérapeutique (dont 7 pour sortants de prison dans le Loiret),
- › 20 places de lits d'Accueil médicalisés,
- › 19 permanences d'accès aux soins de santé (dont certaines spécifiques : 2 de psychiatrie - Tours et Le Coudray, 1 de Périnatalité à Dreux et 1 régionale à Tours),
- › 4 équipes mobiles psychiatrie-précarité et 2 réseaux précarité.

DESCRIPTION DE L'ACTION

Les [enquêtes réalisées dans le cadre du PRAPS 2012-2016](#) en région Centre-Val de Loire auprès des permanences d'accès aux soins de santé (2013) et des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) (2015) ont démontré la nécessité d'optimiser le maillage territorial pour répondre aux besoins en :

- privilégiant l'implantation de structures dans les départements non pourvus,
- renforçant la capacité d'intervention des équipes dans les départements où elles sont déjà implantées, afin d'assurer une meilleure couverture géographique.

Cette dynamique de travail a permis d'actualiser le bilan de l'existant portant sur les modes d'organisation et de fonctionnement des équipes mobiles psychiatrie précarité et des permanences d'accès aux soins de santé de la région. Au-delà de renseigner sur leurs articulations avec leurs partenaires internes et externes, cette étude a également fourni des données permettant d'argumenter les préconisations proposées pour :

- doter les départements du Cher et du Loiret en Équipes mobiles psychiatrie précarité d'une part, et renforcer la capacité d'intervention des équipes implantées dans les autres territoires de santé d'autre part,
- proposer une planification de l'offre en dispositifs permanences d'accès aux soins de santé dans la région Centre-Val de Loire, qui prene mieux en compte, en lien avec l'analyse nationale en cours, la réalité des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé dans les territoires :
 - par la création de nouvelles permanences d'accès aux soins de santé ou la mutualisation de l'activité de certaines permanences d'accès aux soins de santé existantes,

- par la création de permanences d'accès aux soins de santé spécifiques (permanences d'accès aux soins de santé ambulatoires...).
- s'inspirer et capitaliser sur le retour d'expérience de certaines régions de France, qui ont mis en place auprès des publics précaires sur leur lieu de vie, des plate-formes regroupant les partenaires intervenants : permanences d'accès aux soins de santé, centres communaux d'action sociale, Antennes protection maternelle et infantile (PMI), Assurance maladie, services de l'Etat, Ateliers santé ville (ASV) et Contrats locaux de santé (CLS), associations...
- améliorer l'accès des permanences d'accès aux soins de santé aux publics en situation de précarité. Les axes de progression à mettre en œuvre figurent dans les rapports nominatifs remis à chaque établissement et aux équipes PASS qui ont contribué activement à la réalisation de cette enquête.

La région Centre-Val de Loire peut s'appuyer sur les contrats locaux de santé pour mobiliser le levier de la coordination des acteurs et permettre de créer des plate-formes de complémentarité avec une identification des besoins via l'actualisation des diagnostics de territoires qui sont menés préalablement à leur mise en place et/ou lors de leur renouvellement.

Par ailleurs, le déploiement des dispositifs par la création de places supplémentaires en lits halte soins santé, appartements de coordination thérapeutique et lits d'accueil médicalisés se poursuivra en fonction des besoins identifiés et des moyens disponibles. À partir du recensement opéré, le département du Loiret sera doté de places de lits d'accueil médicalisés en priorité.

ÉCHÉANCES INTERMÉDIAIRES

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
Fin 2018	Réaliser un bilan sur la mise en œuvre des préconisations des enquêtes permanences d'accès aux soins de santé et équipes mobiles psychiatrie précarité

INDICATEURS DE SUIVI

- › Taux de couverture par territoire de santé et par dispositif.
- › Qualification et quotité des personnels par dispositif.

RESSOURCES

- › Les diagnostics territoriaux.
- › Les rapports d'activités des structures et des dispositifs spécifiques (permanences d'accès aux soins de santé, équipes mobiles psychiatrie précarité...).

Sous-objectif 2 : Faire évoluer les pratiques professionnelles

+ ACTION 2.2.1

Renforcer les compétences des intervenants de 1^{ère} ligne dans l'exercice de leurs missions

DESCRIPTION DE L'ACTION

- › Intégrer un volet sanitaire adapté dans les formations initiales et continues du champ social.
- › Intégrer un volet social adapté dans les formations initiales et continues des professionnels de santé.

INDICATEURS DE SUIVI

Les modalités de suivi restent à définir. Cependant, elles devront prendre en compte les contenus de formation proposées et notamment les dimensions sociales intégrées aux formations sanitaires

et vice-versa. Il faudra en outre s'assurer que les formations permettent des améliorations des pratiques professionnelles.

RESSOURCES

- › Le collegium santé.
- › Les organismes de formation agréés.
- › Les services des ressources humaines des établissements sociaux et de santé.

ACTION 2.2.2

Mieux adapter les actions aux besoins des personnes accompagnées

(Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), Appartements de coordination thérapeutique (ACT), Lits halte soins santé (LHSS), Lits d'accueil médicalisés (LAM), Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction pour les usagers de drogues (CAARUD), Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSA-PA), Centre médico-psychologique (CMP), pensions de familles, résidences d'accueil...)

DESCRIPTION DE L'ACTION

- › Mettre en œuvre les préconisations du groupe de travail de l'objectif 1.
- › Harmoniser et analyser les rapports d'activité par type de dispositif pour favoriser une vision partagée qui permettra d'optimiser l'efficacité des actions mises en œuvre.
- › Renforcer l'« aller vers » et le « faire avec » vis-à-vis des populations cibles en mobilisant l'ensemble des acteurs et dispositifs disponibles et en s'emparant des nouvelles technologies telles que la e-santé avec notamment la télémédecine.

INDICATEURS DE SUIVI

- › Actions réalisées comme suite aux travaux du groupe de travail de l'objectif 1.
- › Harmonisation des rapports d'activité.
- › Mise en œuvre de téléconsultations et de télé-expertises.

RESSOURCES

- › Les rapports d'activité et les enquêtes spécifiques.
- › Groupement régional d'appui au développement de l'e-santé (GRADEs) en région Centre-Val de Loire.

+ ACTION 2.2.3

Promouvoir les lieux d'échanges et d'analyses de pratiques

DESCRIPTION DE L'ACTION

Améliorer l'efficacité de l'ensemble des dispositifs spécifiques en mettant en place :

- › un collectif de travail régional « précarité » regroupant l'ensemble des acteurs des champs du social et de la santé pour favoriser l'élaboration de règles de fonctionnement partagées,
- › une instance régionale permanences d'accès aux soins de santé et équipes mobiles psychiatrie

précarité pour développer les bonnes pratiques, favoriser les échanges, recenser et partager les outils pertinents, qui pourra associer progressivement d'autres dispositifs.

Les réflexions et travaux issus de ces dispositifs seront à partager avec les animateurs des contrats locaux de santé, dans le cadre des réunions régionales d'échanges et de partage de pratiques.

ÉCHÉANCES INTERMÉDIAIRES

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2018	Installation du collectif régional « précarité »
2018	Mise en place de la coordination régionale permanences d'accès aux soins de santé et équipes mobiles psychiatrie précarité

INDICATEURS DE SUIVI

- › Nombre de réunion du collectif régional « précarité ».
- › Nombre de chartes de bonnes pratiques, recommandations de bonnes pratiques, protocoles partagés.

RESSOURCES

- › Les institutions et les acteurs des champs du social et de la santé.
- › Les partenariats (institutionnels, collectifs d'acteurs...) et le partage d'outils.

OBJECTIF 3

PRÉVENIR LES SITUATIONS DE RUPTURE DES PERSONNES LES PLUS ÉLOIGNÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

- › Améliorer et renforcer les partenariats entre les acteurs (travail en réseau à l'exemple des pratiques développées en Eure-et-Loir...).
- › Proposer des réponses adaptées aux personnes et à leurs besoins (souplesse, réactivité,...).
- › Impliquer l'utilisateur (et son entourage) pour le rendre acteur de sa santé.
- › Développer la médiation en santé, processus de l'« aller-vers » et du « faire-avec » et l'interprétariat dans le domaine de la santé.
- › Faciliter le parcours de santé des personnes migrantes.

+ ACTION 3.1

Adapter l'accompagnement des personnes les plus éloignées du système de santé

DESCRIPTION DE LA SITUATION ACTUELLE

En dépit des dispositifs spécifiques mis en place, de nombreux obstacles persistent dans l'accès à la santé pour les publics vulnérables. La démographie défavorable des professionnels de santé rend difficile l'accès aux soins en région Centre-Val de Loire. À cela s'ajoutent les questions de mobilité

des personnes en situation précaire qui ne peuvent se déplacer jusqu'aux lieux de consultations. Par ailleurs, les renoncements et les refus de soins complexifient les parcours, multiplient les situations de rupture. Enfin, il est identifié que l'accès à la prévention est également difficile.

DESCRIPTION DE L'ACTION

- › Améliorer l'articulation entre la couverture des besoins sociaux et des besoins en santé.
- › Développer les programmes d'« aller-vers » et le « faire avec » (permanences d'accès aux soins de santé mobiles...) pour repérer les populations cibles, proposer des réponses adaptées et favoriser l'accès à l'information et aux droits.
- › Mieux identifier les situations favorisant la rupture en renforçant les partenariats et le travail en réseau (sorties d'hospitalisation, sorties de détention...).
- › Orienter et accompagner l'utilisateur (et son entourage) pour le rendre acteur de sa santé afin de réduire les renoncements aux soins et les refus de soins.
- › Soutenir les personnes ressources (aidants, professionnels...) via les réseaux et les fonctions d'appui pour les personnes cumulant des facteurs de complexité.

INDICATEURS DE SUIVI

- › Identification en cours des critères adaptés pour mesurer la formalisation des liens entre acteurs.

RESSOURCES

- › Les exercices regroupés et les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS),
- › Les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé des personnes cumulant des facteurs de complexité.
- › La démarche « réponse accompagnée pour tous » notamment les dispositifs « Pôles de compétences et de prestations externes » (PCPE), le dispositif d'emploi accompagné (DEA)...
- › Les dispositifs de l'Assurance maladie incluant les centres de santé (Plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions, des ruptures (PLANIR) et les Plate-formes d'Intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS).
- › Les structures notamment de dépistage (Dépistage organisé du cancer, Centres gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD), Centres de vaccinations, Centres de lutte antituberculeuse...).
- › Les liens avec les parcours de santé spécifiques « Santé mentale » et « Addiction » du PRS de la région Centre-Val de Loire.
- › La Commission de coordination des politiques publiques de santé dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile pour impulser la mise en place de politiques publiques communes et cohérentes.

+ ACTION 3.2

Développer la médiation en santé et l'interprétariat dans le domaine de la santé

La médiation en santé est un processus temporaire de l'« aller-vers » et du « faire avec » dont les objectifs visent à renforcer :

- › l'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun,
- › le recours à la prévention et aux soins,
- › l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé,
- › la prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public

Elle désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter :

- › d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assuré auprès des publics les plus vulnérables,

- › d'autre part la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.

L'interprétariat dans le domaine de la santé est une fonction qualifiée qui se définit à travers un référentiel de compétences, un domaine et un cadre d'intervention ainsi qu'un cadre déontologique. Il s'agit d'une interprétation dite de liaison toujours réalisée en présence de deux parties.

DESCRIPTION DE L'ACTION

› Mettre en œuvre la stratégie régionale définie par le comité de pilotage afin de s'assurer de la prise en compte des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) et de la mise en œuvre des référentiels se rapportant à ces deux thématiques :

1 / Établir un diagnostic régional (département par département) de l'offre faisant apparaître :

a) concernant la médiation en santé :

- › les acteurs engagés ou pouvant l'être sur chaque territoire de santé,
- › les programmes d'actions en médiation en santé mis en œuvre (notamment les expériences innovantes, les bonnes pratiques...),
- › les partenariats existants favorisant la médiation et l'interprétariat,
- › les formations à destination des médiateurs au repérage, à l'information, à l'orientation...

b) concernant l'interprétariat en santé :

- › les acteurs engagés ou pouvant l'être sur chaque territoire de santé,
- › les formations à destination des interprètes en santé (contenu...),
- › les partenariats existants favorisant la médiation et l'interprétariat,
- › les expériences innovantes,
- › les bonnes pratiques.

2 / À partir du diagnostic, répertorier les besoins en médiation et interprétariat et apporter des réponses :

- › en encourageant les partenariats afin de favoriser la connaissance, l'articulation entre acteurs...
- › en proposant de nouvelles modalités de travail,
- › en proposant des formations en cohérence avec les référentiels.

ÉCHÉANCES INTERMÉDIAIRES

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2018	Réalisation du diagnostic régional de l'offre en médiation et interprétariat en santé
2019	Identification des besoins au regard du diagnostic établi

INDICATEURS DE SUIVI

- › Réalisation du diagnostic et identification des besoins.
- › Nombre de programmes d'actions en médiation en santé mis en œuvre.
- › Nombre de formations à destination des médiateurs et des interprètes réalisées.

RESSOURCES

- › Référentiel Haute autorité de santé (HAS) « Médiation en santé ».
- › Référentiel Haute autorité de santé « Interprétariat dans le domaine de la santé ».

+ ACTION 3.3

Faciliter le parcours de santé des personnes migrantes

DESCRIPTION DE L'ACTION

- › Conforter, améliorer le dispositif mis en place en région Centre-Val de Loire pour l'accueil des personnes migrantes et leur accès aux soins (avec la préoccupation particulière de l'accompagnement des mineurs non accompagnés) :
 - › en analysant les pratiques et en structurant l'organisation par la définition d'objectifs précis dans les conventionnements avec les structures financées,
 - › en encourageant la mise en place de protocoles entre les structures accueillant les personnes migrantes (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), Centre d'accueil des demandeurs d'asile (CADA)...) et les structures susceptibles d'intervenir dans le cadre des bilans de santé ou diagnostiques,
 - › en anticipant et organisant les relais de prise en charge tout au long du parcours des personnes migrantes en partenariat avec les Préfectures, l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) et les acteurs des champs du social et de la santé.
- › Porter une attention particulière à la médiation et à l'interprétariat en santé en faveur des personnes migrantes notamment du fait de leurs spécificités en termes de culture, de parcours de vie et de pathologie :
 - › en dotant les professionnels de moyens adaptés aux situations rencontrées (formations, simplification des démarches administratives...).

ÉCHÉANCES INTERMÉDIAIRES

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2018	Analyse des pratiques sur chaque territoire de santé
2019	Inscription d'objectifs d'amélioration du parcours de santé des migrants dans les conventionnements avec les structures
2020	Inscription d'objectifs d'amélioration du parcours de santé des migrants lors de l'actualisation des contrats locaux de santé
2019	Inscription d'objectifs d'amélioration du parcours de santé des migrants dans les projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoires
2020	Inscription d'objectifs d'amélioration du parcours de santé des migrants dans les projets de santé des exercices regroupés et des communautés professionnelles territoriales de santé

INDICATEURS DE SUIVI

- › Nombre de conventions intégrant un objectif envers ce public.
- › Nombre de protocoles mis en place entre les structures d'accueil et les structures susceptibles d'intervenir dans le cadre des bilans de santé ou diagnostiques.

+ ACTION 3.4

Promouvoir l'inscription des problématiques de santé-précarité au sein des démarches de territorialisation et dans les dispositifs de soins

Les contrats locaux de santé jouent un rôle majeur de coordination et de mise en œuvre des actions en direction des personnes les plus éloignées du système de santé grâce à la synergie des partenaires.

DESCRIPTION DE L'ACTION

- Intégrer dans toutes les démarches de territorialisation, un programme d'actions partagé et coordonné spécifique aux populations cibles couvrant les champs de la révention, de l'éducation pour la santé et de l'accès aux soins, notamment en s'appuyant sur la dynamique des contrats locaux de santé. Mettre en œuvre et suivre les programmes d'actions.
- Inscrire des objectifs conformes au PRAPS dans les projets de santé des exercices regroupés et des communautés professionnelles territoriales de santé.
- Inscrire des objectifs conformes au PRAPS dans les projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoires.

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de démarches de territorialisation intégrant un programme d'actions en direction des publics vulnérables sur le nombre total de démarches de territorialisation recensées.
- Intégration dans l'ensemble des conventions des dispositifs de dépistage financés par l'Agence régionale de santé, d'objectifs en matière d'accompagnement des publics vulnérables, nombre de projets de santé d'exercices regroupés ou de communautés professionnelles territoriales de santé intégrant les problématiques santé / précarité, sur le nombre total de projets de santé recensés.
- Nombre de projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire intégrant les problématiques santé / précarité.

ÉCHÉANCES INTERMÉDIAIRES

INTITULÉ ACTION

Signature et actualisation des contrats locaux de santé

Dans les Projets médicaux partagés (PMP) des groupements hospitaliers de territoires

Dans les projets de santé des exercices regroupés et des communautés professionnelles territoriales de santé

Veiller à l'inscription des problématiques de santé-précarité

RESSOURCES

- › Les partenaires et les acteurs et les démarches de proximité (élus, Conseils Régional et Départementaux, professionnels, usagers, groupements hospitaliers de territoires, exercices regroupés, communautés professionnelles territoriales de santé...)
- › Les diagnostics préalables des Contrats locaux de santé, des exercices regroupés, des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour identifier les interrelations entre partenaires et les faire évoluer.
- › Les contrats de ville, contrats territoriaux de santé, contrats locaux de santé, conseils locaux de santé mentale, communautés professionnelles territoriales de santé...

04

LES ANNEXES

PLAN D'ACTION SYNTHÉTIQUE

OBJECTIF ①

MIEUX CONNAÎTRE LES PERSONNES LES PLUS ÉLOIGNÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ
POUR MIEUX RÉPONDRE À LEURS ATTENTES ET À LEURS BESOINS

ACTIONS

Action 1.1: Améliorer / consolider les connaissances sur les populations les plus éloignées du système de santé afin d'identifier leurs attentes et leurs besoins

Action 1.2: Recueillir les attentes et les besoins des usagers en leur donnant la parole

OBJECTIF ②

ADAPTER LES STRUCTURES, LES DISPOSITIFS ET LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
À L'ÉVOLUTION DES ATTENTES ET DES BESOINS DES PERSONNES
LES PLUS ÉLOIGNÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ

ACTIONS

Action 2.1.1: Mieux identifier les ressources

Action 2.1.2: Poursuivre le déploiement des dispositifs spécifiques au regard des besoins (lits halte soins santé, lits d'accueil médicalisés, appartements de coordination thérapeutique, permanences d'accès aux soins de santé, équipes mobiles psychiatrie précarité...)

Action 2.2.1: Renforcer les compétences des intervenants de 1^{ère} ligne dans l'exercice de leurs missions

Action 2.2.2: Mieux adapter les actions aux besoins des personnes accompagnées (permanences d'accès aux soins de santé, équipes mobiles psychiatrie précarité, appartements de coordination thérapeutique, lits halte soins santé, lits d'accueil médicalisés, centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction pour les usagers de drogues, centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, centre médico-psychologique, demandeur d'asile, pensions de familles, résidences d'accueil...)

Action 2.2.3: Promouvoir les lieux d'échanges et d'analyses de pratiques

OBJECTIF ③

PRÉVENIR LES SITUATIONS DE RUPTURE DES PERSONNES
LES PLUS ÉLOIGNÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ

ACTIONS

Action 3.1: Adapter l'accompagnement des personnes les plus éloignées du système de santé

Action 3.2: Développer la médiation en santé et l'interprétariat dans le domaine de la santé

Action 3.3: Faciliter le parcours de santé des personnes migrantes

Action 3.4: Promouvoir l'inscription des problématiques de santé-précarité au sein des démarches de territorialisation et dans les dispositifs de soins

COMPOSITION DU COMITÉ DE PILOTAGE RÉGIONAL

ORGANISMES

Agence régionale de santé Centre-Val de Loire (ARS)

Direction régionale et départementale de la jeunesse,
des sports et de la cohésion sociale Centre-Val de Loire, Loiret (DRDJSCS)

Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation,
du travail et de l'emploi du Centre-Val de Loire (DIRECCTE)

Rectorat de l'académie d'Orléans-Tours

Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement Centre-Val de Loire (DREAL)

Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)

Droit des femmes et égalité Délégation départementale du Loiret

Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations du Cher (DDCSPP)

Conseil régional

Conseil départemental du Cher

Commune de La Ville-aux-Clercs

Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)

Caisse primaire d'assurance maladie du Cher (CPAM)

Services pénitentiaires insertion et probation du Loiret (SPIP)

France assos santé Centre-Val de Loire (Union régionale des associations agréées du système de santé)

Union régionale interfédérale des oeuvres et organismes privés non lucratif sanitaires et sociaux (URIOPSS)

Contrat local de santé agglomération montargoise pays gâtinais

Foyer d'accueil chartrain

Centre hospitalier de Blois

Maison des adolescents de Blois

Caisse régionale de la mutualité sociale agricole (ARC MSA)

Observatoire régional de santé Centre-Val de Loire (ORS)

Union des caisses institut inter régional pour la santé (UC IRSA)

CHRU de Tours - Pass régionale

Réseau Respire/EMPP Châteauroux

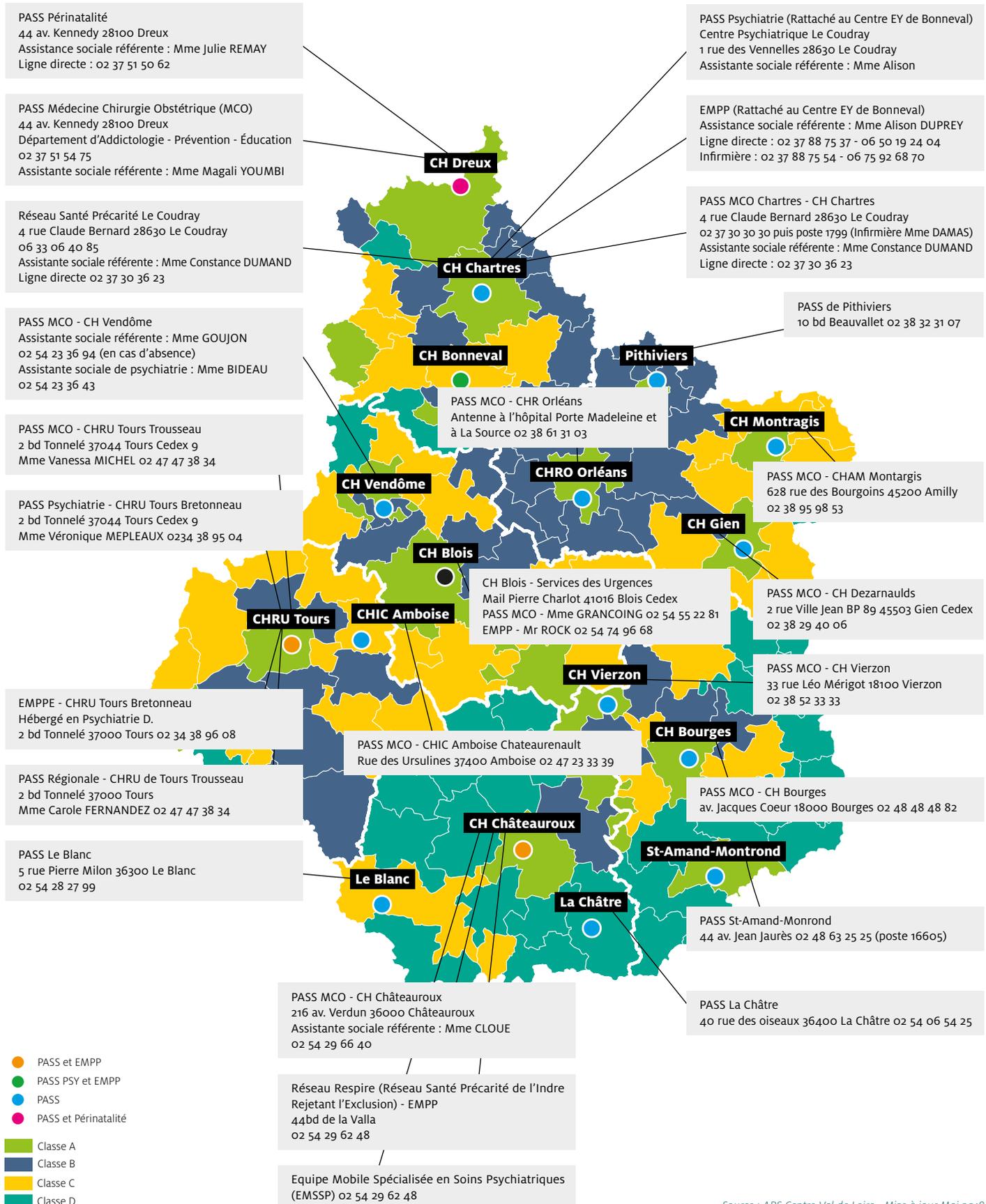
Association solidarité accueil

Mission locale de l'Eure-et-Loir / Réseau santé social

CARTOGRAPHIES

PASS et EMPP en Région Centre-Val de Loire

Permanence d'Accès aux Soins de Santé et Équipe Mobile Psychiatrie Précarité



Source : ARS Centre-Val de Loire - Mise à jour Mai 2018

GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISÉS

SIGLE	INTITULÉ
ACT	Appartement de coordination thérapeutique
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASV	Ateliers santé ville
ARS	Agence régionale de santé
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues
CADA	Centre d'accueil des demandeurs d'asile
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CCPP	Commission de coordination des politiques publiques
CEGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CLS	Contrats locaux de santé
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CMP	Centre médico-psychologique
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CSAPA	Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CTS	Conseils territoriaux de santé
DDCSPP	Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations

SIGLE	INTITULÉ
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DRDJSCS	Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
EMPP	Equipe mobile psychiatrie précarité
HAS	Haute autorité de santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
LAM	Lits d'accueil médicalisés
LHSS	Lits halte soins santé
LMSS	Loi de modernisation de notre système de santé
MSP	Maisons de santé pluridisciplinaires
OFII	Office français de l'immigration et de l'intégration
ORS	Observatoire régional de la santé
OSCARD	Observation sociale croisée des acteurs régionaux et départementaux
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PFIDASS	Plate-forme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé
PLANIR	Plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions, des ruptures
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
PRS	Projet régional de santé
PTA	Plate-forme territoriale d'appui
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
RSA	Revenu solidarité active
URAASS	Union régionale des associations agréées du système de santé (France assos santé Centre-Val de Loire)
URIOPSS	Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratif sanitaires et sociaux



**Agence régionale de santé
Centre-Val de Loire**

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

02 38 77 32 32

ars-centre-contact@ars.sante.fr

www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr