

**Programme régional
d'accès à la prévention et
aux soins des plus
démunis (PRAPS)
2023-2028**

Précision méthodologique- Statut du document

Dans le cadre de l'élaboration du futur Projet régional de santé, le Schéma régional de santé (SRS) et le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) sont mis à concertation du 16 février au 15 avril 2023 auprès des partenaires de la région Centre-Val de Loire.

Le Projet régional de santé détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé en région, des prévisions d'évolution de santé et des objectifs stratégiques priorités à 5 ans autour desquels s'organise l'action de l'ARS.

La concertation permettra aux acteurs de la santé de s'exprimer sur le contenu des objectifs opérationnels et si nécessaire de les enrichir. Cette version de travail est issue des groupes de co-construction constitués des différents partenaires de la région (institutionnels, acteurs de terrain, experts, associations, établissements, ...) qui se sont réunis tout au long du deuxième semestre 2022.

Si vous souhaitez faire une contribution, veuillez compléter le formulaire en ligne sur le site de l'ARS [site Internet de l'ARS¹](#)

et le transmettre :

- soit par mail à l'adresse suivante : ars-cvl-PRS3@ars.sante.fr,
- soit par voie postale à Secrétariat de la Direction de la stratégie, Département pilotage et innovation, 131 rue du Faubourg Bannier 45000 Orléans.

Vos contributions sont attendues au plus tard le 15 avril 2023, date de la fin de la concertation.

Une mise en ligne sur les derniers Objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) et la Permanence des soins en établissement de santé (PDSES) interviendra mi-mars 2023 pour tenir compte des derniers textes nationaux de la réforme des autorisations d'activités de soins.

¹ « Formulaire de contribution au PRS3 », ARS Centre-Val de Loire, disponible à l'adresse : <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-2023-2028-lancement-de-la-concertation>

TABLE DES MATIÈRES

Préambule	4
LE PRAPS : Un programme obligatoire du Projet régional de santé	5
Enjeux et périmètre du PRAPS	6
La précarité.....	6
Les spécificités des publics démunis	6
Le PRAPS : un outil fédérateur et complémentaire des autres politiques publiques.....	6
Un PRAPS conforté par les autres priorités de l'Agence	7
Modalités de mise en œuvre et de suivi	7
Rôle de l'échelon régional.....	7
Rôle de l'échelon départemental.....	7
Les éléments de diagnostic	8
Les éléments de diagnostic nationaux.....	9
Taux de pauvreté	9
Les chômeurs et les familles monoparentales sont les plus touchés par la pauvreté monétaire	9
Une crise sanitaire impactante	9
Le renoncement aux soins	10
Une hausse des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et du 100 % santé	10
La complémentaire santé solidaire en chiffres	10
Zoom sur le 100 % santé.....	11
Les données socio-démographiques en région Centre-Val de Loire	12
Des ménages pauvres plus présents dans les territoires ruraux et dans les quartiers prioritaires des grandes agglomérations.....	12
Les objectifs et les actions du PRAPS	14
Introduction	15
Objectif opérationnel n°1 : Renforcer l'interconnaissance entre acteurs pour une approche globale	16
Objectif opérationnel n°2 : Déployer les conditions d'une offre permettant une prise en charge globale et de qualité.....	18
Objectif opérationnel n°3 : Prévenir les situations de rupture de publics spécifiques.....	21
Glossaire	23
Annexes	26
ANNEXE 1 : Composition de l'Instance régionale de réduction des inégalités de sante (IRRIS).....	28
.....	31

PRÉAMBULE

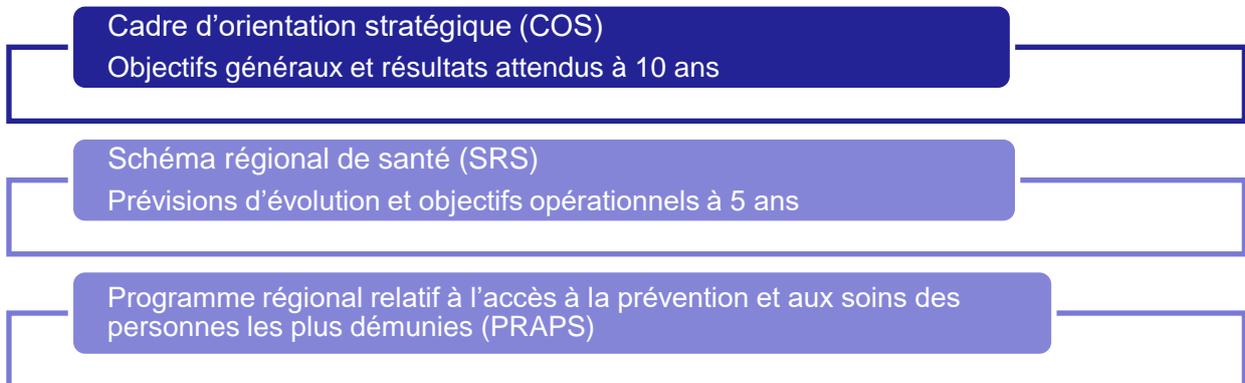
PRÉAMBULE

LE PRAPS : Un programme obligatoire du Projet régional de santé

Introduction

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. 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) 2023-2028.

Dans le cadre d'orientation stratégique 2018-2028 de l'ARS Centre-Val de Loire et de façon complémentaire aux objectifs du schéma régional de santé visant spécifiquement la réduction des inégalités de santé, le PRAPS décline plus spécifiquement les programmes transversaux et spécifiques prenant en compte les difficultés plus particulières des personnes les plus démunies.



Le PRAPS favorise la coordination territoriale des politiques intersectorielles autour des inégalités de santé (logement, emploi, éducation, santé, sociales et médico-sociales...), selon la logique de parcours.

Il a pour objectif d'améliorer l'accès à l'éducation pour la santé, à la prévention, aux soins, à la réinsertion et au suivi des personnes les plus démunies, par la mise en place d'un accompagnement spécifique au moyen de dispositifs coordonnés.

En 2021, la mesure 27 « lutte contre les inégalités » du Ségur de la santé, a constitué un levier important en faveur du PRAPS et de ses objectifs. Elle positionne les ARS comme pilotes d'une stratégie de réduction des inégalités de santé et renforce la gouvernance par la mise en place d'une instance de réduction des inégalités de santé.

Enjeux et périmètre du PRAPS

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 Economique, 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'en suit étant définie de plus par des critères économiques et financiers. La précarité peut être la conséquence de nombreuses situations médicales (maladies chroniques, handicaps, troubles psychiatriques, personnes vulnérables et isolées), médico-sociales (déficits fonctionnels, dépendances liées à l'âge) et socio-économiques (exclusion sociale quelle qu'en soit la cause : perte de revenus, chômage, migration, familles monoparentales). Chez les personnes migrantes ou les populations déplacées, l'entrée en précarité est plus ou moins accentuée par leur culture, leurs difficultés d'usage de la langue française et leurs origines.

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 etc.... Il s'agit notamment de personnes désocialisées et/ou relevant de structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, des personnes en recherche de travail, des personnes vivant dans un habitat dégradé, des personnes migrantes, des gens du voyage, des personnes placées sous-main de justice/sortants de prison, des personnes précaires en milieu rural.... mais la couverture de besoins spécifiques peut aussi s'avérer nécessaire pour d'autres populations telles que les personnes sous tutelle, les jeunes en situation de rupture, les personnes en situation de handicap, les familles monoparentales à faible revenu avec un reste à charge élevé pour les soins par exemple...

Tous 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 médicosocial.

Le PRAPS : un outil fédérateur et complémentaire des autres politiques publiques

Pour faire reculer les inégalités de santé, le PRAPS s'appuie sur un partenariat entre acteurs institutionnels, associatifs, collectivités territoriales, professionnels du champ sanitaire, social, médico-social, mutualiste et usagers. La transversalité et l'articulation des politiques publiques différentes mais néanmoins complémentaires sont socles de ce programme.

Aussi, il est important de rappeler ces différentes politiques publiques au bénéfice des populations les plus démunies qui permettent une mise en œuvre efficiente du PRAPS telles que : la stratégie de lutte contre la pauvreté ; la politique de la ville ; le schéma régional des demandeurs d'asile et des réfugiés ;

les actions de l'assurance maladie, de la CARSAT, des Conseils Départementaux, des centres communaux d'action sociale...

Un PRAPS conforté par les autres priorités de l'Agence

Une vigilance est portée à la transversalité de ce programme et sa complémentarité avec les autres parcours, projets et politiques de santé portés par l'Agence dont la prévention, promotion de la santé afin que ces derniers contribuent activement à la réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé.

Ainsi, parmi les parcours structurant le PRS, certains devront s'attacher dans leur mise en œuvre à poursuivre ou développer une attention particulière en faveur des populations précaires :

- Le parcours diabète-obésité
- Le parcours addictions
- Le parcours santé mentale
- Le parcours santé maternelle et infantile
- Le parcours cancer
- Le parcours personnes âgées
- Le parcours personnes en situation de handicap

Modalités de mise en œuvre et de suivi

Rôle de l'échelon régional

L'échelon régional est garant de la vision globale du PRAPS, du suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation.

Il s'appuiera sur l'instance régionale de réduction des inégalités de santé (IRRIS) co-animée par la direction générale de l'ARS et le commissaire à la lutte contre la pauvreté auprès de Mme la Préfète de région.

Cette instance (composition en annexe) a pour objectif de coordonner l'ensemble des mesures et des politiques publiques en faveur des personnes démunies.

A ce titre, elle sera informée 2 à 3 fois par an des avancées obtenues dans la mise en œuvre des objectifs du PRAPS et plus largement des différents travaux et actualités en transversalité intersectorielle et interministérielle. Les avancées seront illustrées de manière concrète par la présentation de 2 ou 3 actions phares menées sur les territoires éclairant la déclinaison départementale des objectifs régionaux.

Rôle de l'échelon départemental

Il assure la déclinaison de proximité de ce programme ; en effet, les facteurs de réussite reposent sur l'efficacité de la déclinaison opérationnelle, notamment sur les territoires.

Ainsi, les feuilles de route départementales (en annexe) définissent les priorités territoriales, la détermination, la planification et le suivi des actions qui seront mises en œuvre s'inscrivant dans le périmètre du PRAPS et de ses objectifs.

Ces 2 échelons complémentaires et indissociables seront garants de la visibilité du PRAPS.

LES ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

LES ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

Les éléments de diagnostic nationaux

Taux de pauvreté

Selon l'INSEE, en 2019, en France métropolitaine, 9,2 millions de personnes vivaient sous le seuil de pauvreté monétaire. Le taux de pauvreté est ainsi de 14,6 %.

Le seuil de pauvreté est fixé à 60% du niveau de vie médian de la population. Il correspond à un revenu disponible de 1 102 € par mois pour une personne vivant seule et de 2 314 € pour un couple avec deux enfants âgés de moins de 14 ans.

Encadré

Un taux de pauvreté stable en France métropolitaine jusqu'à la crise liée à la pandémie

D'après l'Enquête Revenus Fiscaux et Sociaux (ERFS), au cours des vingt dernières années, le taux de pauvreté en France métropolitaine a atteint son minimum en 2004, à 12,7 %. Il est ensuite remonté en 2005 et 2007, puis plus fortement après la crise économique de 2008. Après une période de stabilisation entre 2014 et 2017 autour de 14,0 % (figure 5), le taux de pauvreté monétaire a augmenté de 0,7 point en 2018, en raison notamment de la baisse des allocations logement. Ce taux diminuerait de 0,3 point pour s'établir à 14,5 % en 2019, principalement en raison de la hausse de la prime d'activité.

La crise économique provoquée par la pandémie de Covid-19 risque de faire glisser certains ménages dans la pauvreté. Le taux de pauvreté devrait donc augmenter au niveau national comme en Centre-Val de Loire. Ainsi, en mai 2020, un quart des ménages en France ont déclaré que leur situation financière s'est dégradée. Cette proportion est d'autant plus élevée que le niveau de vie du ménage était initialement bas. De même, le nombre d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA) a progressé en novembre 2020 de près de 10 % en Centre-Val de Loire (+ 8,3 % en France) par rapport à son niveau d'avant-crise. ♦

5 Évolution du taux de pauvreté en France métropolitaine entre 2014 et 2019

	2014	2015	2016	2017	2018	2019 simulé
Taux de pauvreté	14,0	14,2	14,0	14,1	14,8	14,5

Champ : France métropolitaine, personnes vivant dans un ménage dont le revenu déclaré est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Source : Insee, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2018, modèle Ines 2019

Les chômeurs et les familles

monoparentales sont les plus touchés par la pauvreté monétaire

La pauvreté monétaire touche en premier lieu les chômeurs (38,9 %). Parmi les personnes en emploi, les travailleurs indépendants sont plus vulnérables (17,6 %) que les salariés (6,8 %). Les retraités sont moins fréquemment en situation de pauvreté (9,5 %).

Les ménages sont différemment exposés à la pauvreté selon leur configuration familiale. Les familles monoparentales sont les plus concernées (32,8 %).

Une crise sanitaire impactante

L'impact de la pandémie sur la santé des populations ne peut se mesurer dans l'immédiat car la précarisation a des effets retardés sur l'état général et l'accès aux soins.

Néanmoins, entre 2020 et 2021, la crise sanitaire a significativement aggravé des situations de pauvreté préexistantes, tout en poussant des individus vers la précarité. Dans ses conclusions, le Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale (CNLE) identifie particulièrement plusieurs points de fracture sur lesquels peuvent se cristalliser les

difficultés dont les inégalités sociales de santé en particulier dans l'accès aux soins et l'équipement des territoires.

Le renoncement aux soins

En 2017, 3,1 % des personnes de 16 ans ou plus vivant en France métropolitaine, soit 1,6 million de personnes, ont renoncé à des soins médicaux, d'après l'enquête Statistiques sur les Ressources et Conditions de Vie (SRCV) de l'Insee. Une fois tenu compte des caractéristiques des personnes interrogées (âge, sexe, diplôme, situation sur le marché du travail...), les personnes pauvres en conditions de vie ont trois fois plus de risques de renoncer à des soins que les autres. En outre, dans une zone très sous-dotée en médecins généralistes, leur risque est plus de huit fois supérieur à celui du restant de la population.

Être couvert par une complémentaire santé préserve du renoncement aux soins. En particulier les bénéficiaires de la CMU-C renoncent cinq fois moins que les personnes sans complémentaire santé.

Les autres facteurs de risque sont le mauvais état de santé, en particulier le handicap, et l'isolement social. Néanmoins, alors qu'avec l'âge, la santé se dégrade, le renoncement, lui, décroît. De plus, les personnes en Affection de longue durée (ALD) renoncent moins aux soins que les autres.

Une hausse des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et du 100 % santé

Le 1er novembre 2019, la CMU-C (Couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (Aide pour une complémentaire santé) ont été remplacées par la complémentaire santé solidaire (CSS). Fin mars 2021, 7.31 millions de personnes bénéficient de la complémentaire santé solidaire soit une hausse de 5.7 points par rapport à mars 2020 (source assurance maladie).

Le 100 % santé entré en vigueur le 1er janvier 2021 s'accompagne d'une hausse conséquente du nombre de patients qui en bénéficient en 2021, qui est passé à 5,16 millions contre 4,4 en 2020 pour le soin dentaire, et à 0,7 million contre 0,45 pour l'audiologie.

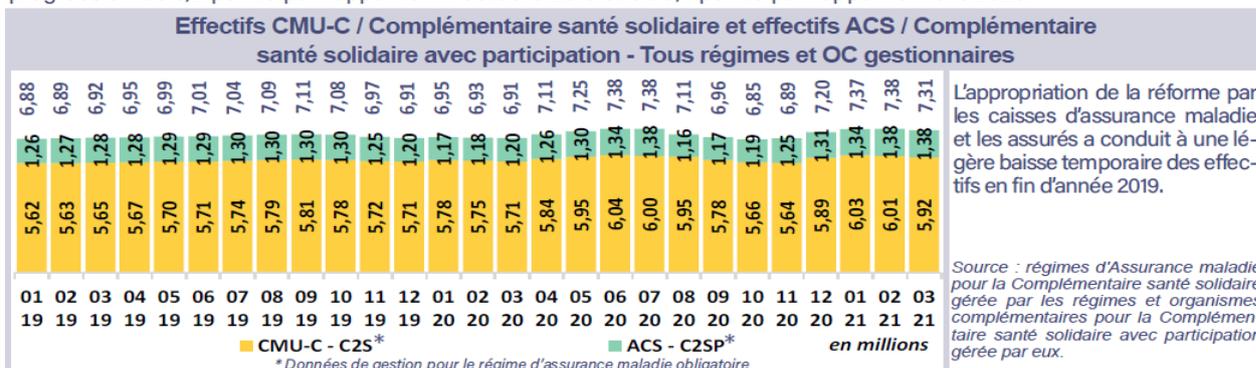
La complémentaire santé solidaire en chiffres

UNE CROISSANCE DES EFFECTIFS DEPUIS LA MISE EN PLACE DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C et l'ACS ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS) avec ou sans participation financière.

➤ À fin décembre 2020, 7,2 millions de personnes sont protégées par la Complémentaire santé solidaire, ce qui équivaut à 1,7% de progression par rapport à fin octobre 2019.

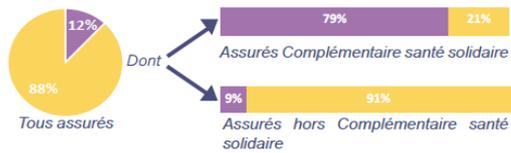
➤ À fin mars 2021, cette hausse est encore plus marquée puisque l'on atteint 7,31 millions de bénéficiaires, soit une progression de 3,2 points par rapport à fin octobre 2019 et de 5,7 points par rapport à mars 2020.



Zoom sur le 100 % santé

PREMIER BILAN DE LA MONTÉE EN CHARGE DU 100 % SANTÉ

Pénétration de l'offre 100% Santé en audiologie en 2020:

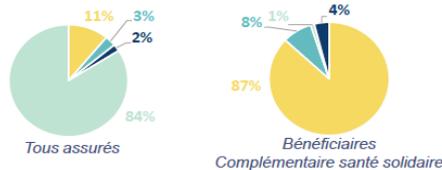


Les données présentées décrivent le recours au 100% santé avant la réforme survenue en 2021, donc avant que le panier de soins proposé dans le cadre de ce dispositif ne fasse l'objet d'un remboursement sans reste à charge pour les assurés.

 : Equipement hors panier 100% santé  : Equipement 100% santé

Lecture : 12% de l'ensemble des assurés tous régimes confondus ont eu recours à un équipement auditif en 100% santé. Parmi les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire, 79% d'entre eux ont eu recours à un tel équipement.

Pénétration de l'offre 100% Santé en optique en 2020 :



 : Equipement complet hors panier  : Verres 100% santé et monture hors panier

 : Equipement complet 100% santé  : Monture 100% santé et verres hors panier

Lecture : 87% des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire ayant nécessité un équipement optique en 2020 ont bénéficié d'une prise à charge à 100% de leur monture et de leurs verres.

Effectifs de patients par panier en dentaire en décembre 2020 :



Lecture : 64.3% des prothèses dentaires (43711 en nombre) auxquelles ont eu recours des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire faisaient partie des équipements 100% santé.

Les données socio-démographiques en région Centre-Val de Loire

En 2018 en région Centre-Val de Loire, un habitant sur huit vit sous le seuil de pauvreté.

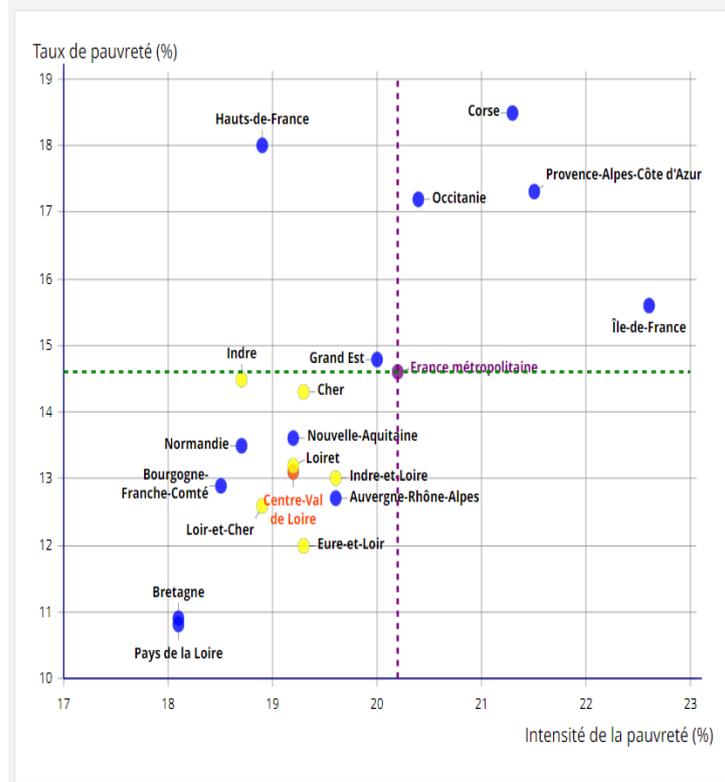
Ainsi, fin 2018, 328 000 personnes sont en situation de pauvreté monétaire, soit 13,1 % de la population du Centre-Val de Loire. Elles vivent dans un ménage qui dispose de moins de 1 090 euros par mois et par unité de consommation.

Ce [taux de pauvreté](#) est 1,5 point plus bas que la moyenne nationale et place le Centre-Val de Loire parmi les régions modérément touchées par la pauvreté. Si cette proportion est stable depuis ces dernières années, la crise économique provoquée par la pandémie de Covid-19 risque de faire glisser certains ménages dans la pauvreté.

Les ménages les plus exposés à la pauvreté sont ceux confrontés au chômage, les familles nombreuses et monoparentales, ainsi que les jeunes. Les deux tiers des ressources des plus démunis proviennent du système redistributif et les prestations sociales permettent de réduire de 7 points la part des personnes pauvres dans la région.

Figure 1 – Positionnement médian du Centre-Val de Loire en termes de pauvreté et d'intensité de la pauvreté

Taux de pauvreté et intensité de la pauvreté 2018

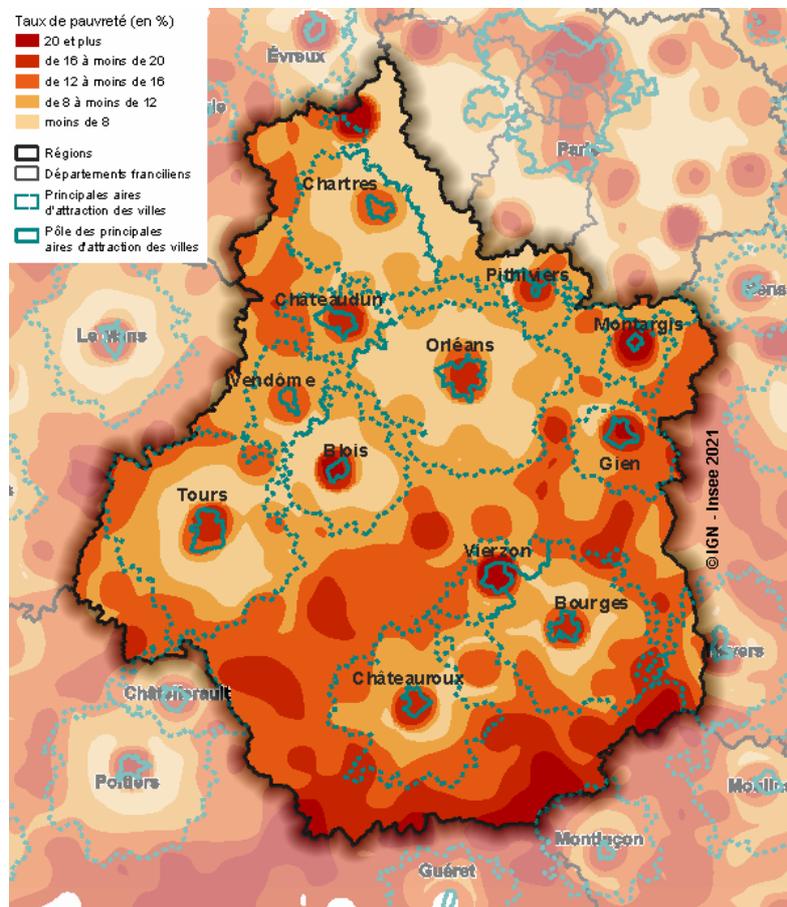


Des ménages pauvres plus présents dans les territoires ruraux et dans les quartiers prioritaires des grandes agglomérations

Les grandes agglomérations de la région, Orléans, Tours, Blois, Chartres, Bourges ou Châteauroux, concentrent dans leur pôle urbain la majorité des ménages en situation de pauvreté. Ces ménages vivent en particulier dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). Ainsi, 5 % des ménages vivent dans les QPV mais 18 % des ménages y sont pauvres. À l'inverse des zones moins densément peuplées, la population pauvre y est plus jeune, souvent touchée par le chômage, et davantage bénéficiaire de prestations sociales (familles nombreuses et/ou monoparentales). Le taux de pauvreté peut dépasser 50 % dans les QPV de Gien ou de Tours. Dans les couronnes de ces agglomérations, la périurbanisation a attiré des familles d'actifs avec enfants. La pauvreté y est donc moins présente.

Les franges franciliennes au nord de la région présentent deux situations contrastées : l'attractivité des emplois en Île-de-France où les salaires sont plus élevés, particulièrement à Paris, limite l'importance de la pauvreté en particulier dans le nord de l'Eure-et-Loir. Mais le nord du Loiret, notamment Pithiviers et Montargis, est moins relié à la métropole parisienne et s'avère davantage confronté à la pauvreté.

Les territoires à faible densité de population du sud régional abritent une forte part de population pauvre : le taux de pauvreté y atteint 14,3 % dans le Cher et 14,5 % dans l'Indre. Les personnes âgées vivant souvent seules y sont surreprésentées. La part des minimas sociaux, dont l'allocation de solidarité aux personnes âgées, y est plus élevée qu'ailleurs.



- Note : données lissées (données communales)
- Champ : France métropolitaine, personnes appartenant à des ménages fiscaux en logement ordinaire dont le revenu disponible est positif ou nul.
- Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSofi) 2018

LES OBJECTIFS ET LES ACTIONS DU PRAPS

Introduction

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 programmes antérieurs, des différents enseignements du PRAPS 2018-2022 et de la crise sanitaire ainsi que des freins et des leviers identifiés avec les acteurs et les partenaires de l'instance régionale de réduction des inégalités de santé (IRRIS) 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. Dans ce cadre, une articulation sera recherchée avec les parcours santé maternelle et infantile, diabète- obésité, santé mentale et addictions du PRS.

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-vers² » et du « faire-avec³ » 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.

² 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.

³ « 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 opérationnel n°1 : Renforcer l'interconnaissance entre acteurs pour une approche globale

1. Situation actuelle

La lisibilité des structures et dispositifs ainsi que la connaissance des missions de chacun ont été facilitées lors du PRAPS 2018-2022 à travers les diverses instances régionales et départementales.

De plus, la crise sanitaire vécue en 2020 a facilité les articulations entre le social, le médico-social et le sanitaire et renforcé la mobilisation et la connaissance par les acteurs des besoins spécifiques de ces publics.

Néanmoins, la spécificité de ce public et les évolutions nécessitent de poursuivre cette articulation afin notamment de tirer les enseignements vécus lors de la crise sanitaire pour favoriser une meilleure prise en compte des publics cibles du PRAPS. Et également de permettre d'améliorer la lisibilité des structures et dispositifs existants en remédiant à la problématique du cloisonnement et du manque de coordination pouvant exister entre les structures.

2. Enjeux de l'objectif

L'accès aux ressources et à l'information sur le système de santé par les personnes les plus démunies (dispositifs, institutions, professionnels) est essentiel pour leur permettre de développer des choix favorables à leur santé. Aussi, l'information doit être accessible et disponible et la communication orale ou écrite doit être lisible et compréhensible.

La communication et la formation en direction des professionnels sur les dispositifs mobilisables sont également essentielles afin de faciliter la prise en charge globale de ce public et d'assurer la continuité du parcours de vie/parcours de santé.

Le décloisonnement des différents acteurs en les sensibilisant et en les formant sur les spécificités de prise en charge de ce public permettra une meilleure prise en compte pluri-partenariale et pluri-professionnelle des besoins de santé et d'adapter leur prise en charge.

En complémentarité, une coordination renforcée et efficiente contribuera à faire reculer les inégalités de santé et facilitera l'accès vers le soin de ce public.

3. Description des actions

1/ Favoriser la communication

- Promouvoir et développer les outils de communication et d'information sur les dispositifs et structures bénéficiant aux personnes en situation de précarité en direction des professionnels (répertoire opérationnel des ressources (ROR)⁴ : formation à l'utilisation ; identification des manques) et des usagers (ex : outil de recensement soliguide⁵),
- Faciliter la connaissance et la lisibilité des missions de chacun lors d'instances régionales ou départementales en associant les usagers (bénéficiaires / personnes accueillies).

⁴ Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) est le référentiel de données qui décrit l'offre de santé sanitaire et médico-social sur le territoire

⁵ Soliguide : plateforme en ligne qui référence les lieux et services utiles et accessibles aux personnes en difficulté, <https://soliguide.fr/>

2/ Renforcer l'interconnaissance entre acteurs

- Renforcer la coordination des dispositifs (Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), Equipe mobile psychiatrie précarité (EMPP)) et mieux articuler les équipes mobiles (faire connaître les missions de chacun ; évaluer ; accompagner ; mutualiser les forces),
- Former les professionnels du social à la santé et réciproquement dans les formations initiales (exemple : stages croisés) lien avec les autres parcours du PRS tel que le volet formation du parcours diabète et obésité ou l'axe prévention et promotion de la santé,
- Mettre en place une formation commune à destination des travailleurs sociaux, des institutions, des professionnels et du personnel en première ligne (secrétariat, accueil) autour de la précarité en lien avec un organisme de formation (ex :Espace de Réflexion Ethique de la région Centre-Val de Loire à Tours...),définition commune de la précarité/vulnérabilité ; déontologie du prendre soin commune à tous, intégrer un module spécifique autour des valeurs de la république et de la laïcité en lien avec la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités(DREETS)),
- Créer du lien entre acteurs (forum, rencontres de professionnels annuelles, conférence, capitaliser sur l'expérience du réseau santé social de l'Eure-et-Loir...).

4. Echéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023	Identifier un organisme de formation et construire un module de formation commun autour de la précarité
2023	Initier les stages croisés dans les formations initiales du social et de la santé
2023	Organiser les formations des professionnels au répertoire opérationnel des ressources (ROR)et identifier les manques
2023	Initier le déploiement de Soliguide sur tous les territoires
2023	Evaluer l'articulation des dispositifs et des équipes mobiles
2024-2028	Mise en œuvre et suivi des actions

5. Ressources

Répertoire opérationnel des ressources (ROR)

Outil *Soliguide*

...

6. Indicateurs de pilotage

- Couverture du territoire pour l'outil Soliguide.

Objectif opérationnel n°2 : Déployer les conditions d'une offre permettant une prise en charge globale et de qualité

1. Situation actuelle

Dans le cadre du PRAPS 2018-2022, l'offre de dispositifs spécifiques en faveur des personnes démunies a été optimisée et confortée, dotant à ce jour chaque territoire d'une offre diversifiée.

En 2021, la mesure 27 « lutte contre les inégalités » du Ségur de la santé, a constitué un vrai levier en faveur du PRAPS et de ses objectifs. Elle a ainsi conforté les actions menées par le renforcement des dispositifs existants tels que les Permanences au d'accès aux soins de santé (PASS), Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), Lits halte soins santé (LHSS), Lits d'accueil médicalisés (LAM)... et la création ou le renforcement de dispositifs mobiles (création d'équipes mobiles santé précarité et équipes de soins infirmiers précarité notamment). Cette démarche de renforcement des dispositifs favorisés par la mesure 27 va également avec la nécessité de développer la médiation en santé, la promotion de la santé par les pairs et de mobiliser la santé communautaire.

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

- 32 places de Lits d'Accueil médicalisés (20 dans l'Indre et Loire et 12 dans le Loiret)
- 59 places de Lits Halte Soins Santé dont 3 pédiatriques (Cher)
- 130 places d'Appartements de coordination thérapeutique classiques (dont 6 pour des personnes sortants de prison dans l'Indre et 7 dans le Loiret)
- 42 places d'Appartements de coordination thérapeutique « hors les murs »
- 55 places ACT – « un chez soi d'abord » (l'Indre-et-Loire)
- 2 équipes mobiles santé précarité (Eure-et-Loir et Indre)
- 2 équipes LHSS mobiles (Indre-et -Loire et Loir-et-Cher)
- 13 places ESSIP (Equipe Spécialisée de Soins Infirmiers Précarité) dans le Loiret
- 1 CSAPA avec hébergement dans le Loiret (19 places)
- 6 équipes mobile psychiatrie-précarité (1 par département)
- 14 Permanences d'accès aux soins de santé dont 3 PASS mobiles (1 départementale à Châteauroux avec 3 antennes : La Châtre – Issoudun et Le Blanc ; 1 à Chartres et 1 à Bourges) ; 2 PASS psychiatrie Tours et Le Coudray ; 1 PASS périnatalité à Dreux.

2. Enjeux de l'objectif

Afin de déployer une offre permettant une prise en charge globale et au regard du nombre de dispositifs et de structures bénéficiant aux personnes démunies, l'enjeu aujourd'hui est de mieux articuler les équipes mobiles et de renforcer la coordination afin de gagner en lisibilité et d'améliorer l'efficacité de l'ensemble des dispositifs spécifiques au niveau des territoires.

3. Description des actions

- 1/ Evaluer et développer les nouveaux usages numériques (télémédecine – *cf. Chapitre 9 : E-santé*, PRS 3) :
 - Identifier les lieux d'accès pour les personnes en situation de précarité,
 - Accompagner les personnes en situation de précarité vers l'usage du numérique par les équipes et PASS mobiles, des médiateurs en santé ; lever les freins à l'accès (interprétariat, fracture numérique, pair-aidance) et faciliter la compréhension (littératie en santé).

2/ Adapter l'offre de prévention et la rendre accessible (*cf. Chapitre 1 : Prévention – Promotion de la santé, PRS 3*)

- Adapter les campagnes existantes (ex cancer, vaccination...) et les élargir à d'autres thématiques (ex santé mentale...),
- Rendre l'offre accessible aux personnes en situation de précarité (médiateur, pair-aidance),
- Adapter et planifier au niveau des territoires des actions collectives en faveur des personnes en situation de précarité au regard des caractéristiques :
 - Thématiques (ex diabète, dentaire, précarité menstruelle...);
 - Populationnelles (ex jeunes, familles monoparentales, personnes en situation de précarité isolées...)
 - Géographiques (exemple des ateliers autour de la précarité menstruelle mis en place dans les quartiers femmes des centres pénitentiaires d'Orléans-Saran et Bourges) en lien avec les ***parcours santé mentale, addiction, santé maternelle et infantile*** du PRS.

3/ Coordonner et accompagner dans la prise en charge en établissement

- Identifier avec l'utilisateur un référent coordonnateur au sein des Etablissements de santé/ Etablissements médico-sociaux et dans le secteur social (coordination, accompagnement, lien ville/hôpital),
- Adapter au niveau des territoires les interventions des équipes mixtes sociales, sanitaires et médico-sociales
 - Favoriser et impulser la mixité des équipes mobiles
 - Encourager les appels à projets transversaux,
 - Mutualiser les équipes (exemple : PASS, CEGIDD, centre de vaccination, CSAPA, CAARUD);
 - Encourager et formaliser des rencontres régulières entre acteurs associant les maraudes,
- Faciliter l'accès aux soins au niveau des territoires en impulsant des initiatives innovantes en lien avec les CPTS (exemple du dispositif OSAT dans l'Indre (office de soins alternatifs transitoire) initié par la CPTS de la Brenne à destination des personnes souffrant de maladies chroniques sans médecin traitant); en s'appuyant sur les missions d'accès aux soins des caisses primaires d'assurance maladie (envoi aux personnes en ALD ou âgées sans médecin traitant une liste de médecins pouvant les intégrer dans leur patientèle),
- S'assurer de la prise en compte des soins primaires (hygiène, habillement) par les équipes mobiles en lien avec les acteurs du territoire lors de la mise à l'abri (hébergement) en lien avec les Services intégré d'accueil et d'orientation (SIAO),
- Faire connaître, généraliser, modéliser les expérimentations ayant fait leurs preuves lors de réunions ou sur des espaces communs (exemple de la plateforme RESANA),
- Renforcer les interfaces entre les structures santé mentale et addictologie et les structures sociales (lien avec le parcours santé mentale et addictions du PRS),
- Renforcer la coordination et l'articulation entre les structures et dispositifs bénéficiant aux femmes victimes de violences, familles monoparentales... (maison des femmes, PASS...) en lien avec les ***parcours santé maternelle et infantile et santé mentale*** du PRS.

4/ Poursuivre le déploiement des dispositifs spécifiques au regard des besoins (LHSS ; LAM ; ACT ; PASS mobiles...)

- Déployer et renforcer les dispositifs hors les murs pour poursuivre le « aller-vers » et le « faire-avec » (PASS mobiles, équipes mobiles, LHSS mobiles),
- Diversifier et conforter l'offre médico-sociale pour les populations spécifiques (Appartement de coordination thérapeutique (ACT) « un chez soi d'abord » dans le Loiret, lits d'accueil médicalisés (LAM), Lits halte soins santé de jour (LHSS)),
- Renforcer et conforter les PASS dans leurs missions ; assurer la coordination régionale par le CHU de Tours.

4. Echéances intermédiaires (calendrier de mise en œuvre)

<i>Année</i>	<i>Intitulé action</i>
2023	Identifier les points de rupture entre dispositifs par territoire dans l'offre de PEC globale
2023	Structurer la coordination régionale des PASS porté par le CHU de Tours
2024-2028	Mettre en œuvre les articulations nécessaires en réponse aux points de rupture dans le parcours de prévention et d'accès aux soins

5. Indicateurs de pilotage

Description des articulations entre les structures et dispositifs par territoire

Objectif opérationnel n°3 : Prévenir les situations de rupture de publics spécifiques

1. Situation actuelle

Pour prévenir les situations de rupture et faciliter l'accompagnement des personnes en situation de précarité, l'inscription des problématiques santé/précarité au sein des politiques publiques (stratégie pauvreté...), et des démarches de territorialisation (Contrats locaux de santé, projets territoriaux en santé mentale...) a été impulsée par l'ARS dans le cadre du PRAPS 2018-2022.

La démarche « d'aller-vers » a également été favorisée par l'inscription d'objectifs en faveur de ce public dans les conventions de structures de dépistages et de prévention (dépistage organisé du cancer, Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), centres de vaccination, centres de lutte antituberculeuse (CLAT)...).

De plus, la mesure 27 du Ségur de la Santé a permis de renforcer les actions d'aller-vers (création de postes de médiateur en santé, mise en place de bus mobile...) en faveur d'un public diversifié (habitants des quartiers politiques de la ville, gens du voyage, salariés en entreprise d'insertion, jeunes en milieu rural, personnes en situation de handicap...).

Enfin, pour faciliter le parcours de santé des personnes migrantes primo-arrivantes, et en réponse à l'instruction du 8 juin 2018, un plan d'actions régional en faveur de l'accès à la santé de ce public a été élaboré s'appuyant sur les organisations départementales. A ce titre, les départements du Cher et de l'Indre sont à ce jour dotés de protocoles départementaux de prise en charge sanitaire des personnes migrantes primo-arrivantes. Cette procédure est en cours de modélisation sur d'autres départements.

En lien avec cette mesure, l'offre en interprétariat en région a été renforcée en 2022 en dotant 6 établissements de santé de crédits pérennes (1 par département pour une enveloppe globale de 65 000 €).

2. Enjeux de l'objectif

En dépit des dispositifs et des actions spécifiques mis en place, de nombreux obstacles persistent dans l'accès et la continuité des soins des personnes en situation de précarité notamment de certains publics spécifiques (MNA, jeunes de l'ASE, public primo-arrivants, gens du voyage...) qui complexifient les parcours et multiplient les situations de rupture (l'éloignement, les renoncements ou les refus de soins, la démographie défavorable en région Centre-Val de Loire...).

Afin de proposer des réponses adaptées, il est essentiel dans un premier temps d'identifier les points de rupture et les manques dans le parcours de vie, parcours de soins de publics spécifiques socialement défavorisés qui cumulent des facteurs de risques et/ou vivant en milieu rural.

3. Description des actions

1/ Renforcer les actions auprès de publics spécifiques (personnes sous-main de justice, PJJ, ASE, MNA, jeunes en situation de rupture, gens du voyage, personnes migrantes primo-arrivantes)

- Mettre en place un groupe de travail avec le COPIL IRRIS par typologie de public (en lien avec les dispositions de la mesure 27 du Ségur) pour identifier avec des experts les points de rupture et les manques,
- Accompagner, favoriser la mobilité vers le soin et anticiper les sorties (créer des passerelles et des relais) ; développer les actions d'aller-vers (exemple : bus itinérants),

- Développer l'offre en médiation en santé et avoir une approche communautaire via l'implication de la communauté (aux cotés des professionnels) à l'amélioration de sa propre santé,
- Poursuivre le renforcement de l'offre en interprétariat,
- Modéliser et pérenniser des protocoles départementaux en faveur des publics spécifiques (exemple : personnes migrantes primo-arrivantes, gens du voyage...),
- Décliner la feuille de route nationale 2023-2028 SPPSMJ (santé des personnes placées sous-main de justice) en articulation avec les parcours santé mentale et addictions du PRS et en lien avec le Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) (identifier les difficultés de sortie et les anticiper, prendre en compte les parcours difficiles notamment pour les personnes en situation de handicap et les personnes vieillissantes...) en articulation avec les parcours santé mentale et addictions du PRS.

2/ Identifier les actions spécifiques à conduire pour prévenir les situations de rupture en milieu rural

- Définir ou modéliser des actions spécifiques après l'identification des points de rupture en capitalisant sur les expériences acquises notamment dans le territoire du Berry (exemple dans le cadre des plans canicule, de l'expérimentation menée auprès des familles monoparentales portée par la stratégie pauvreté en lien avec les caisses d'allocation familiales...),
- Développer des actions d'aller-vers (exemples : bus itinérant ou permanences délocalisées s'appuyant sur les initiatives telles que celle portée par le Bercaïl, Fondation Apprentis d'Auteuil en direction des femmes isolées en zones rurales dans le département d'Eure-et-Loir ou par le CIDFF du Loiret en lien avec les Maisons France services en direction des femmes résidant en territoire rural sur le département du Loiret).

4. Echéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023	Mise en place d'un groupe de travail par typologie de publics
2023-2024	Identification des points de rupture et définition des actions spécifiques
2025-2028	Mise en œuvre et suivi des actions

5. Indicateurs de pilotage

Cartographie des points de rupture et des réponses app

GLOSSAIRE

GLOSSAIRE

ACT	Appartement de coordination thérapeutique
ALD	Affection de longue durée
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour 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
CEGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CIDFF	Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles
CLAT	Centre de lutte antituberculeuse
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNLE	Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie.
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CVL	Région Centre-Val de Loire
DREETS	Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités :
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
ERERC	Espace de réflexion éthique région Centre-Val de Loire
ES	Etablissement de santé
ESMS	Etablissements et services médico-sociaux
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRRIS	Instance régionale de réduction des inégalités de santé
ISS	Inégalités sociales de santé
LAM	Les lits d'accueil médicalisés
LMSS	Loi de modernisation de notre système de santé
LHSS	Lits halte soins santé
OQOS	Objectifs quantifiés de l'offre de soins
OSAT	Office de soins alternatifs transitoire
PASS	Permanences d'accès aux soins de santé

PDSES	Permanence des soins en établissement de santé
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et au Soins
PRS	Projet régional de santé
QPV	Quartiers Prioritaires de la Ville
ROR	Répertoire Opérationnel des Ressources
SOLIGUIDE	Plateforme en ligne qui référence les lieux et services utiles et accessibles aux personnes en difficulté. Pour plus d'information : https://soliguide.fr
SIAO	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SPPSMJ	Santé des personnes placées sous-main de justice
SRCV	Statistiques sur les ressources et conditions de vie

ANNEXES

ANNEXE 1 : Composition de l'Instance régionale de réduction des inégalités de sante (IRRIS)

Institution / Structure	Nom Prénom	Fonction
ARS	Dr Olivier Obrecht Dr Houria Mouas Mme Noëlle Cousin Mme Christine Lavogiez Mme Naïma Mousalli	Directeur Général Adjoint Directrice SPE Cheffe de projet PRAPS DD 36 DD 18
Commissariat à la lutte contre la pauvreté	Mr Jean-Yves Douchez	Commissaire à la lutte contre la pauvreté auprès de Madame la Préfète de Région
Rectrice de la région académique Centre Val de Loire	Mme Katia BEGUIN	
DREETS	Mr Didier Aubineau	Directeur Délégué Adjoint
DREAL (direction régionale de l'environnement, de l'aménagement, et du logement)	Mme Maud GOBLET	Chef du Département Impacts Santé Déchets
Dir interrég de la PJJ (protection judiciaire de la jeunesse)	Mme Sémiramis VERONIQUE	DTPJJ Orléans
Droit des femmes	Mme Nadia BENS RHAYAR	Directrice régionale droits des femmes
Conseil régional	Mme LECLERCQ Anne / Mme Sylvie DUBOIS	Vice-Présidente déléguée à la santé et à la prévention
Conseil départemental du Cher	Mme Aubertin Marie-Claude	Directrice générale adjointe Prévention Autonomie et Vie sociale
représentants de communes	Mr Bruno Dupré	Maire de Ville aux clercs (41)
Carsat (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail)	Mme RETHORE	
CPAM du Cher	Mme Patricia SENESON	Manager de la Branche Régulation Direction Générale
Direction interrégionale des services pénitentiaires de Dijon	Mme Marianne PIMET / Mme Sandra CADOT	

France Assos santé Centre Val de Loire	Mme Desclerc Dulac	Présidente
URIOPSS (Union régionale interfédérale des oeuvres et organismes privés sanitaires et sociaux)	Mme Dominique LORENZI-BRY / Mme Sophie VACHER	Présidente conseillère technique
Représentant de CLS	Mme Anne Laure Hirn	Animatrice du réseau régional des coordinateurs des CLS
Foyer Accueil Chartrain	Mme Catherine GAGELIN	Directrice adjointe
Centre hospitalier de Blois		
ARC MSA	Mr Jacques Biet	Directeur Délégué
ORS du Centre	Mme Céline LECLERC	Directrice
UC-Institut inter Régional pour la Santé (IRSA)	Dr RUIZ Angela	Médecin adjoint au directeur
CHU Tours - PASS Régionale	Mme Carole Fernandez / Dr Zoha MAAKAROUN-VERMESSE	Cadre supérieur socio-éducatif direction de la qualité, de la patientèle et des politiques sociales
EMPP Châteauroux	Mr CHANDON Vincent	Psychologue
Association solidarité accueil	Mme Sylvie BERTAULT	
Mission locale 28/Réseau santé social	Mr Ludovic Sarrazin	
Conférence des Présidents de CTS de la région CVDL	Dr Hervé MIGNOT	Président du conseil territorial de Santé de l'Indre, représentant de la conférence des présidents de CTS de la région
URPS - Coordination régionale des CPTS	Mme Charlotte DE FONTGALLAND	Chargée d'études, URPS Médecins libéraux du Centre
Fédération des acteurs de la solidarité	Mme Séverine DEMOUSTIER	Directrice Régionale
Conseil régional des personnes accompagnées et accueillies (CRPA)	Mme Sylvie Fouché	Personne concernée
IREPS / FRAPS	Mme Fabienne ATAKPA	
UC-IRSA 36 (structure pivot parcours de santé migrants)	Dr Christophe Delesalle	
Bailleur Social	En attente désignation DREETS	
Représentant de « jeunes » issu du conseil d'orientation pour la jeunesse, piloté par le conseil régional	En attente désignation DREETS	
Fédération Santé Habitat	Bérangère GRISONI	Nouveau membre à venir
Fédération Addiction	Stéphane Viel	Nouveau membre à venir



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