



PRAPS

PROGRAMME RELATIF À L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET
AUX SOINS DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES





Plan

1. Les enseignements du PRAPS sur 3 générations
2. La précarité en Languedoc-Roussillon
3. Le PRAPS au cœur des enjeux du PRS et de l'intersectorialité
4. Les objectifs du PRAPS
5. Le calendrier
6. Les orientations stratégiques
 - à La déclinaison opérationnelle en 6 axes
 - à Les priorités de l'ARS pour les années 2013-2014
7. Les fiches actions



Annexes

Trois générations de PRAPS : quels enseignements?

Loi du 29/07/1998 relative à la lutte contre les exclusions

PRAPS 1 :
2000-2003

PRAPS 2 :
2004-2006

PRAPS 3 :
2007-2010

PRAPS
génération :
2012-2016

Institution du PRAPS par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (article 71) pour faire face au constat d'inégalités sociales de santé en France.

L'objectif du PRAPS est d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité.

Les enseignements des 3 générations du PRAPS

- § Rechercher une **meilleure coordination** de toutes les institutions et professionnels (Actions à mener sur les facteurs de risques environnementaux et comportementaux)
- § **Accompagner et rendre l'utilisateur acteur** au sein du dispositif
- § **Territorialiser** les actions du PRAPS (Repérer les zones concernées).
- § Prendre en charge la **souffrance psychosociale**
- § **Situer les interventions** le plus en amont possible.
- § **Eviter le renoncement aux soins** des usagers. **Lutter contre le refus de soins « illicites »** des professionnels de santé.

Le PRAPS de nouvelle génération doit s'inscrire dans cette dynamique régionale transversale constituée par le rapprochement des secteurs de la prévention, du soin et de l'accompagnement médico-social.



Plan

1. Les enseignements du PRAPS sur 3 générations
2. La précarité en Languedoc-Roussillon
3. Le PRAPS au cœur des enjeux du PRS et de l'intersectorialité
4. Les objectifs du PRAPS
5. Le calendrier
6. Les orientations stratégiques
 - à La déclinaison opérationnelle en 6 axes
 - à Les priorités de l'ARS pour les années 2013-2014
7. Les fiches actions

Annexes

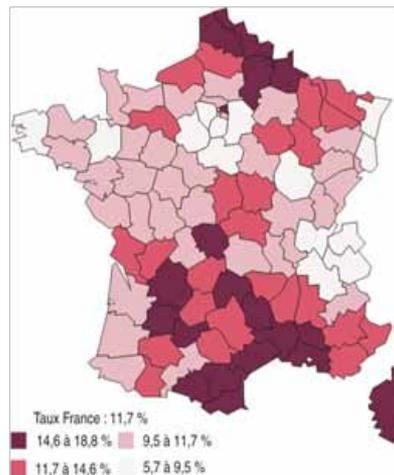
La précarité en LR : un trait dominant des territoires.

La région se caractérise par un niveau de pauvreté significatif sur l'ensemble des départements : une pauvreté élevée qui n'épargne aucune classe d'âge où 1 enfant sur 4 vit sous le seuil de pauvreté ;

2ème région en terme de bénéficiaires de la CMUC

Le plus fort taux de chômage en France

Taux de pauvreté par département



(Source : INSEE – 2007)

departements	Population couverte par les minimas sociaux	population (INSEE 2010)	% des minimas sociaux
Aude	50 316	357 844	14,1%
Gard	93 260	708 158	13,2%
Hérault	131 676	1 042 699	12,6%
Lozère	6 424	77 381	8,3%
Pyrénées-Orientales	65 499	450 239	14,5%
Total général	347 175	2 636 321	13,2%

(Source : outil GEOSS – POSS-LR - 2010)

Les Pyrénées Orientales est le département de la région le plus touché par la précarité alors que la Lozère se caractérise par des indicateurs de précarité moins défavorables.

Faisant suite à la crise économique de 2008 et à ses conséquences sociales en terme de chômage, de logement, de perte de revenus, on constate un basculement d'une frange de la population jusqu' alors protégée, notamment : les personnes en fin de droit ASSEDIC, les travailleurs et retraités pauvres, les jeunes en errance géographique, les migrants, les familles monoparentales, ...

Les plus modestes sont les plus vulnérables en termes de santé

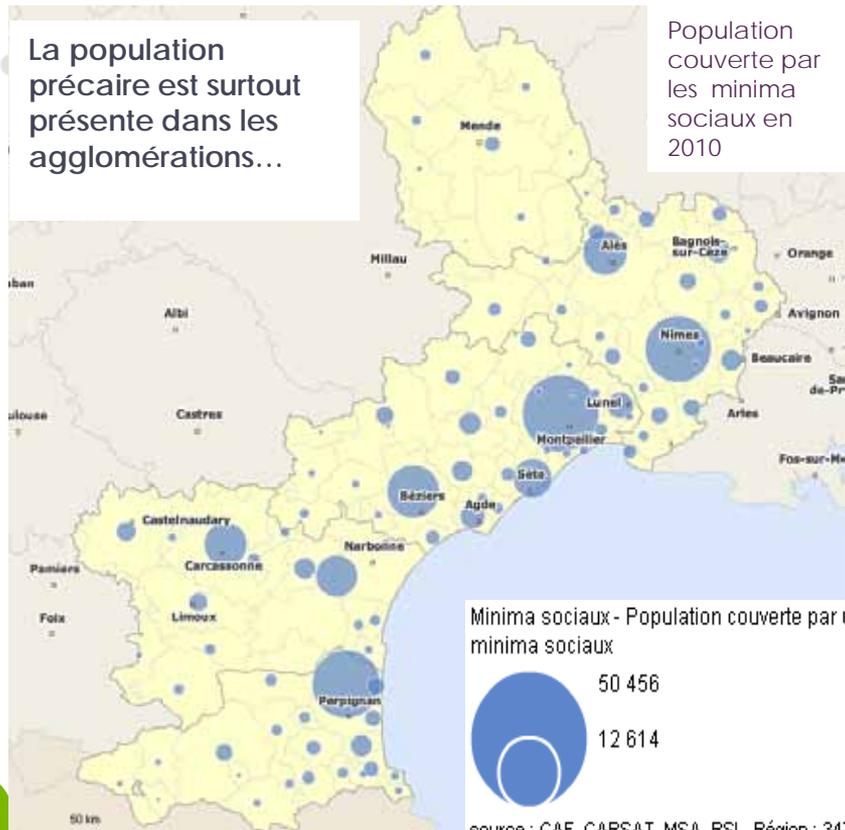
Ils sont vulnérables :

- Ø à un environnement et à des conditions de vie de moindre qualité (eau potable, air intérieur des logements, sites et sols pollués, précarité énergétique, logement insalubre / saturnisme infantile,...)
- Ø à des conditions de travail précaires (temps partiel subi, peu rémunéré, travail saisonnier, notion de travailleur pauvre, ...)
- Ø aux conduites à risque,
- Ø aux maladies chroniques et épisodes aigus.
- Ø Ils ne sollicitent, dans une moindre mesure, que très faiblement le recours aux structures sanitaires (non demande pour certains), entrée tardive dans le recours aux soins et conditions dégradées ou font un mésusage de l'offre de soins.

L'essentiel des populations précaires se situe dans les grandes agglomérations

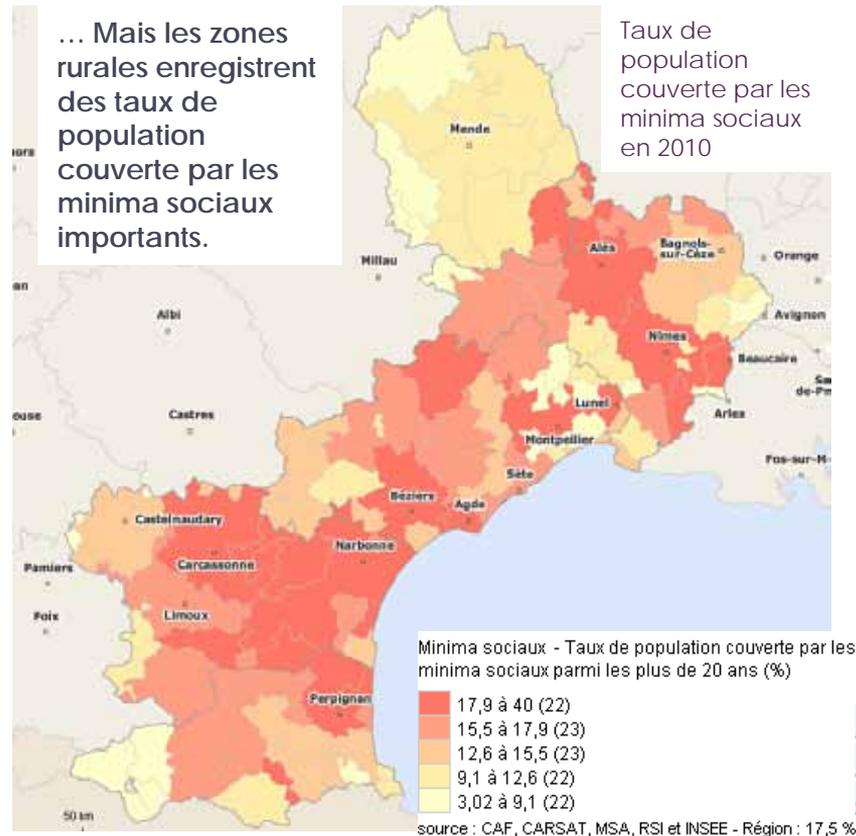
La population précaire est surtout présente dans les agglomérations...

Population couverte par les minima sociaux en 2010



... Mais les zones rurales enregistrent des taux de population couverte par les minima sociaux importants.

Taux de population couverte par les minima sociaux en 2010





Plan

1. Les enseignements du PRAPS sur 3 générations
2. La précarité en Languedoc-Roussillon
3. Le PRAPS au cœur des enjeux du PRS et de l'intersectorialité
4. Les objectifs du PRAPS
5. Le calendrier
6. Les orientations stratégiques
 - à La déclinaison opérationnelle en 6 axes
 - à Les priorités de l'ARS pour les années 2013-2014
7. Les fiches actions

Annexes

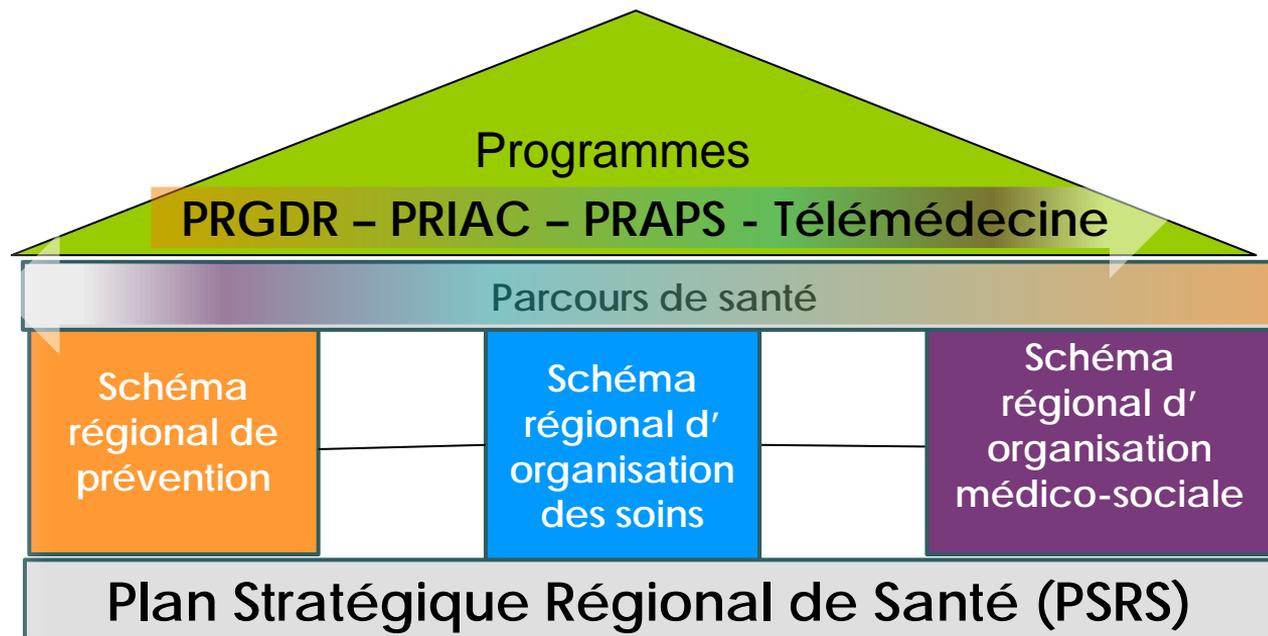
Le PRAPS au sein du PRS

Aujourd'hui, au sein des ARS, le PRAPS constitue un des programmes obligatoires du **Projet Régional de Santé (PRS)**, confirmé par la Loi du 21/07/2009 (HPST).

Il doit décliner les modalités spécifiques d'application des schémas.

Il est porteur des enjeux de transversalité au sein comme en dehors de l'ARS.

En effet, pour les publics cibles, l'accès à la prévention et aux soins repose en grande partie sur des dispositions visant à accompagner et faciliter la cohérence du parcours de vie et de soins.



La précarité dans le PRS

A l'issue de la concertation avec les acteurs de la démocratie sanitaire, il importe de faire apparaître les points forts liés à la précarité contenus dans les schémas.

Sur le volet prévention :

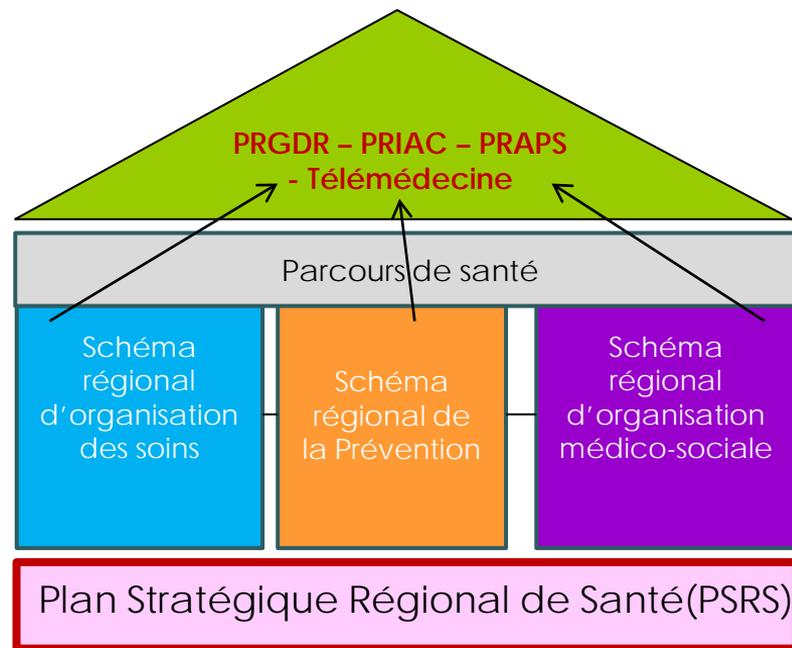
L'organisation de la gouvernance est complétée de l'approche Praps qui vise à favoriser la structuration de l'animation sur les territoires les plus précaires (cf. schéma ci-dessous).

Sur le volet hospitalier :

Le volet relatif aux missions de service public est complété d'un objectif d'évaluation des dispositifs PASS et EMPP par l'ARS et de la définition d'un cahier des charges sur la MIG précarité.

Sur le volet ambulatoire : L'identification des zones vulnérables rurales permet de mettre en place des modes d'exercice coordonnée (MSP, ...) qui tiennent compte de la population précaire en terme d'accès aux soins, à la prévention. Une réflexion similaire est programmée sur les zones urbaines sensibles.

Sur le volet médico-social : Le SROS-MS identifie des pistes de travail tel que la mise en place de SAMSAH qui peuvent apporter certaines réponses aux problématiques des populations en situation de précarité, avec atteintes neuro-dégénératives

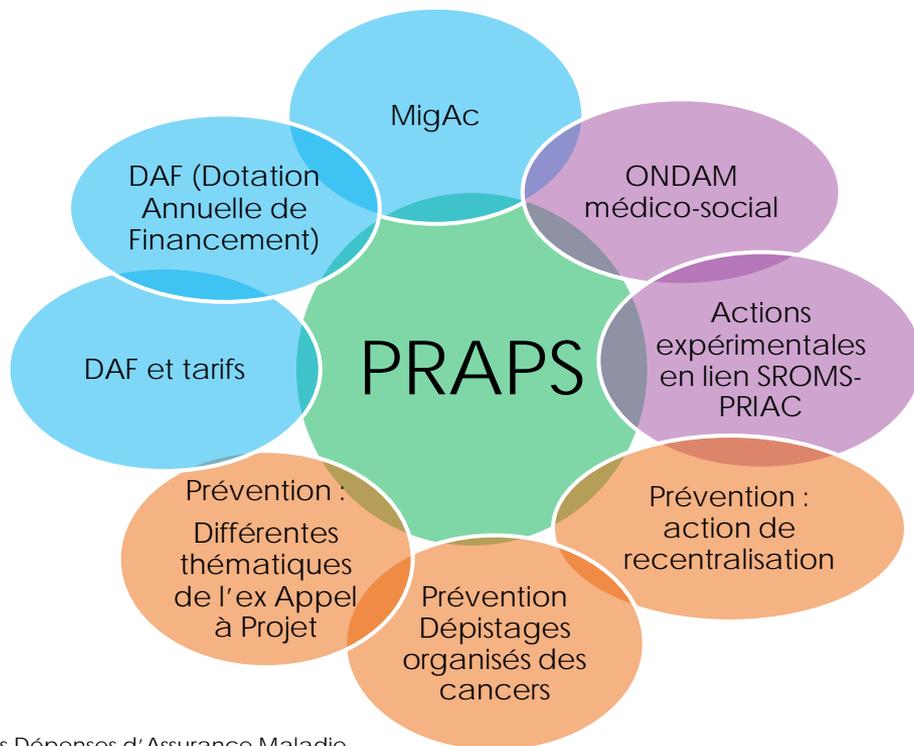


La précarité dans le PRS

Élément du PRS	Lien avec le PRAPS	Illustration avec des exemples
PRSE2	<p>Prévenir les risques liés à la qualité de l'air intérieur (Axe 1 - action 4) Améliorer le diagnostic du saturnisme infantile dans la région (Axe 1 – action 5) Lutter contre la précarité énergétique (Axe 2 – action 9) – Réalisation d'une enquête (ORS LR / Fondation Abbé Pierre) au 1^{er} semestre 2012 pour étudier le lien entre précarité énergétique et santé auprès de foyers ciblés dans l'Hérault, puis le reste de la région.</p>	<p>-Air intérieur : - Saturnisme infantile - Précarité énergétique : réalisation d'une enquête sur la précarité énergétique auprès de foyers ciblés dans l'Hérault</p>
Programme régional de Télémédecine	<p>Population spécifique</p> <p>Maillage territorial – Couverture territoriale et réduction des inégalités d'accès aux soins.</p>	<p>Accessibilité aux soins pour les détenus (spécialités, suivi des patients sans extractions des personnes détenues).</p> <p>Accessibilité de consultations spécialisées pour les personnes éloignées dans les territoires vulnérables ou repérés.</p>
PRGDR	<p>3 action régionale complémentaire du PRGDR : « La lutte contre les inégalités d'accès aux soins, notamment pour les personnes les plus éloignées du système de santé »</p>	<p><u>Axe N 1</u> : Mieux réguler les tarifs, mieux lutter contre les refus de soins <u>Axe N 2</u> : Favoriser l'accès aux soins et limiter la fragilisation sociale des personnes les plus fragiles <u>Axe N 3</u> : Faciliter l'accès aux droits, aux soins des populations fragiles et améliorer leur accompagnement</p>

Financement des actions du PRAPS : une transversalité dans l'ARS

Des actions financées dans l'ensemble des champs de l'ARS auprès des populations précaires



Quelques exemples :

-MIGAC : PASS, Forfait précarité, UCSA, MDA, ...

- DAF : EMPP, PASS, ...

- DAF et tarifs : service social hospitalier

- ONDAM médico-social : LHSS, ACT, CAARUD, CSAPA, ...

- Prévention et actions recentralisées : CLAT, centres de vaccination, CIDDIST-CDAG, ...

- Prévention et thématiques : Nutrition, santé mentale, addictions, VIH-IST- Hépatites, ...

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation



Le champ du PRAPS appelle à l'intersectorialité et à la coordination des politiques publiques

L'articulation du PRAPS s'effectue avec :

- Les **organisations et professionnels visés par les 3 schémas régionaux** (SRP, SROS – volets ambulatoire et hospitalier et SROMS),
- Les **organismes d'Assurance Maladie** des 3 régimes (régimes général, agricole et des indépendants),
- Les **partenaires institutionnels** (DRJSCS/DDCS, DIRECCTE, DRAAF, Préfectures de région et de départements, Rectorat),
- Les **collectivités territoriales** (Communes, Conseils généraux, Conseil régional),
- Les acteurs des secteurs de **l'emploi**, de **l'hébergement** et du **logement**, de **l'intégration des personnes immigrées**.

La nécessaire convergence des institutions autour de la précarité

Les Conseils Généraux Acteurs des solidarités

- **Enfance et famille** : PMI, ASE
- **Personnes âgées** : aide au maintien à domicile, prise en charge des frais d'hébergement en établissement spécialisé, financement des EHPAD.
- **Personnes handicapées** : prestation et compensation du handicap, aides à domicile et aides techniques, hébergement en famille d'accueil.
- **Insertion** : mise en œuvre et financement du RSA, aides à l'insertion des bénéficiaires du RSA, Fonds d'Aide aux jeunes.
- **Logement** : FSL (Fonds de Solidarité Logement) : aides à l'accès, au maintien (impayés de loyer/charges et fluides) et accompagnement social lié au logement (ASLL).

Le Service social hospitalier

- prépare la sortie d'hôpital du patient
- conseille, oriente la personne hospitalisée et/ou sa famille, prépare le retour à domicile ou en établissement, la mise en place d'aide(s) à domicile.

Le service social de l'Assurance Maladie : CARSAT, MSA

- Pour les assurés en arrêt de travail ou titulaires d'une pension versée par la CPAM : accès aux soins et aux droits à la santé, prévention de la désinsertion professionnelle
- Apport d'une aide directe à la personne et à son entourage (entretiens individuels et accompagnement social), participent à une aide indirecte par des actions partenariales sur les structures pour la prise en compte des besoins collectifs

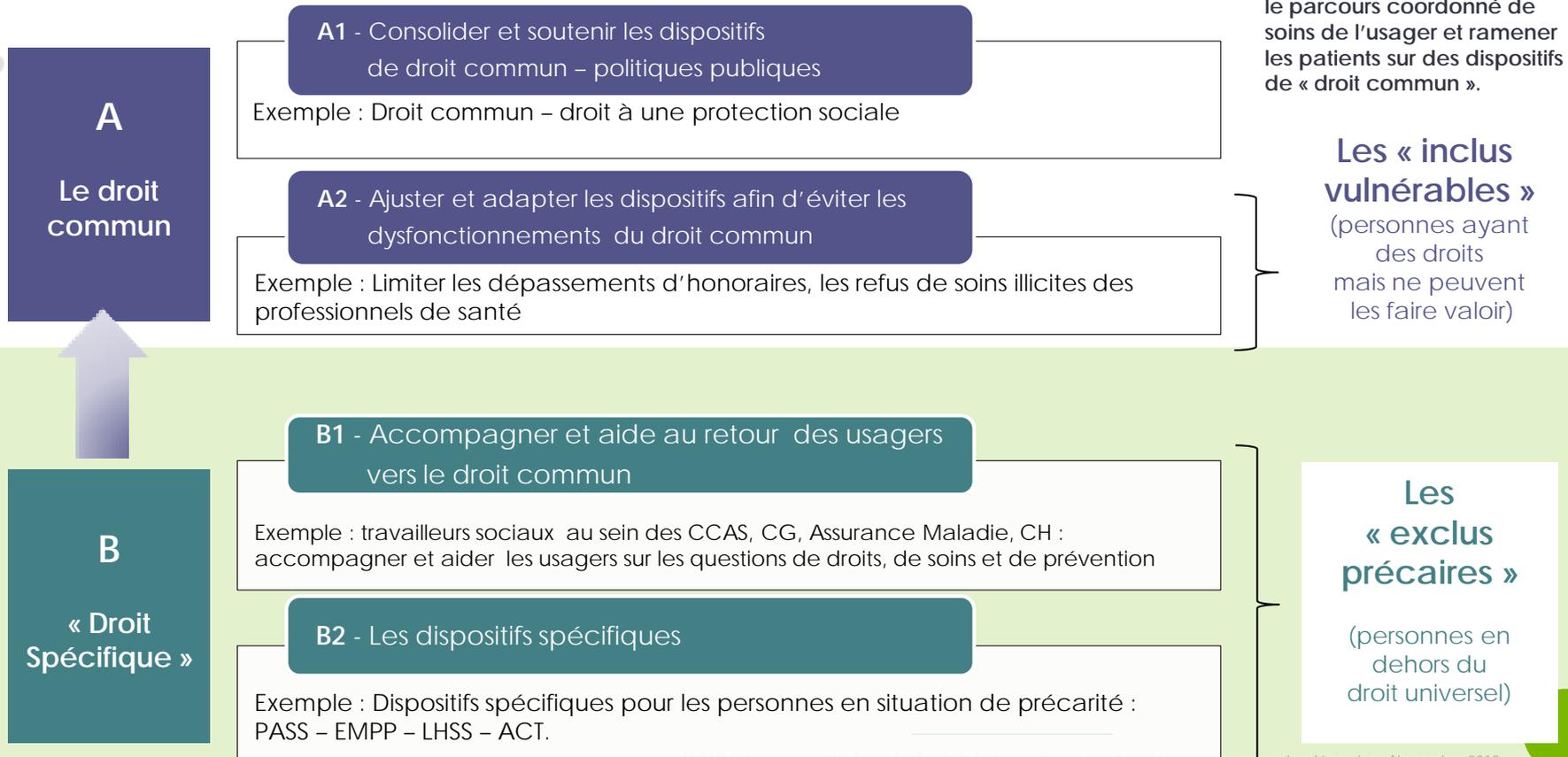


Plan

1. Les enseignements du PRAPS sur 3 générations
2. La précarité en Languedoc-Roussillon
3. Le PRAPS au cœur des enjeux du PRS et de l'intersectorialité
4. Les objectifs du PRAPS
5. Le calendrier
6. Les orientations stratégiques
 - à La déclinaison opérationnelle en 6 axes
 - à Les priorités de l'ARS pour les années 2013-2014
7. Les fiches actions

Annexes

Le PRAPS pour permettre aux plus démunis d'accéder au droit commun





Pour permettre aux personnes les plus démunies d'accéder aux systèmes de santé et médico-social du droit commun.

§ Quatre objectifs à poursuivre en conséquence :

1. **Favoriser l'ouverture des droits** (ex : immatriculation, CMU-C,...)
2. **Adapter l'offre de soins** afin d'inscrire les personnes dans la meilleure trajectoire de soins possibles
3. **Favoriser l'accompagnement et faciliter l'admission dans les établissements sociaux et médico-sociaux** (personnes âgées immigrées, handicapées) en lien avec le PRIAC. (Rôle des services sociaux des différentes institutions)
4. **Adapter la prévention** aux personnes les plus démunies (« adaptabilité » des messages, accompagnement, ...)



6 axes de travail





Plan

1. Les enseignements du PRAPS sur 3 générations
2. La précarité en Languedoc-Roussillon
3. Le PRAPS au cœur des enjeux du PRS et de l'intersectorialité
4. Les objectifs du PRAPS
5. Le calendrier
6. Les orientations stratégiques
 - à La déclinaison opérationnelle en 6 axes
 - à Les priorités de l'ARS pour les années 2013-2014
7. Les fiches actions

Annexes

Le calendrier du PRAPS

Mai 2011 : guide
méthodologique national

Janvier 2012 :
aboutissement
des réflexions du
PRAPS LR

Avril – mai 2012
: concertation
avec les acteurs

Juin –
septembre 2012 :
concertation
officielle

Automne 2012 : mise en
œuvre dans les territoires

Phase 1

Diagnostic : du niveau
régional au niveau
territorial

Phase 2

Concertations avec les
acteurs institutionnels
et de terrain

Phase 3

Actions dans
les territoires



Plan

1. Les enseignements du PRAPS sur 3 générations
2. La précarité en Languedoc-Roussillon
3. Le PRAPS au cœur des enjeux du PRS et de l'intersectorialité
4. Les objectifs du PRAPS
5. Le calendrier
6. Les orientations stratégiques
 - à La déclinaison opérationnelle en 6 axes
 - à Les priorités de l'ARS pour les années 2013-2014
7. Les fiches actions

Annexes

Les 6 axes du PRAPS

Axes	Objectifs	Actions
1- Favoriser l'accès aux droits	1 - Faciliter l'accès aux droits des populations fragiles	1-Favoriser l'accès à la CMU-C et à l'AME
		2 - Améliorer le taux de bénéficiaires d'aides financières destinées à l'acquisition d'une couverture complémentaire par rapport à la population précaire
		3- Diminuer le taux d'assurés sans droits
		4 -Favoriser la continuité des droits de l'assuré lors des changements de situation.
		5-S'assurer de la continuité des droits à la protection sociale en détention et à la sortie de prison
2- Faciliter l'accès aux soins - Assurance Maladie/ ARS	2 - Mieux réguler les tarifs, mieux lutter contre les refus de soins	6-Réduire les dépassements d'honoraires
		7-Informer les professionnels de santé sur le tiers payant social dans le cadre de l'ACS
	3 - Favoriser l'accès aux soins et limiter la fragilisation sociale des personnes les plus fragiles	8- Travailler sur les représentations qu'ont les professionnels de santé des publics précaires.
		9-Favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité par des intervenants sociaux
2- Faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité	4 - Organiser une plus grande accessibilité, aux professionnels de santé et aux structures de soins;	10- Prévenir ou limiter la fragilisation sociale des personnes suite à : maladie, accident, handicap, réduction d'autonomie, incapacité de travail.
		11-Formation et sensibilisation des agents d'accueil des établissements de santé de première ligne
		12 - Sensibilisation et formation des professionnels de santé, social et médico-social
	5 - Assurer une plus grande coordination afin d'éviter les ruptures de soins	13 – Accompagner les Services de Santé au Travail dans l'accès à la médecine du travail pour un public en insertion
		14-Anticiper les sorties d'hospitalisation
		15-Eviter les ruptures de soins et de traitements grâce à des relais.
6 - Maintien d'actions spécifiques auprès des populations les plus exclues	16-Maintien des dispositifs spécifiques pour les populations les plus exclues	

Les 6 axes du PRAPS

Axes	Objectifs	Actions
2- Faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité	8- Dispositifs spécifiques et recentrage des missions sur les populations en situation de précarité	18- Redéfinition des priorités et des missions des structures d'actions recentralisées et des dispositifs spécifiques
		19-Renforcer les liens des PASS, EMPP, LHSS ,ACT avec les dispositifs d'actions recentralisées et les CSAPA et CAARUD.
		20-Harmoniser le fonctionnement des PASS, faciliter l'accès aux soins par les dispositifs d'accueil des établissements sanitaires (bureau des entrées)
3- Accompagner les usagers, acteurs de leur santé	9- Accompagner les personnes en situation de précarité, sur les plans : - Juridique(droits,) - Physique, - Psychique, - Administratif - Culturel, - Educatif et, - Financier.	21- Faire émerger des réponses d'accompagnement social pour les personnes éloignées du système de santé afin de favoriser leur accompagnement dans leurs démarches administratives
		22-Favoriser les espaces d'accueil, d'écoute afin de renforcer les compétences psychosociales pour les personnes en situation de précarité
		23-Développer de nouvelles fonctions ou réhabilitations de fonctions d'accompagnant en santé globale (médiateur, coordonnateur, régulateur)
		24- Favoriser les démarches en santé communautaire
		25- Faire participer les personnes accompagnées sur l'évaluation des pratiques autour d'elles
		26-Faire remonter les éléments d'amélioration auprès des partenaires institutionnels afin d'améliorer les dispositifs spécifiques, de droit commun.
4 – Adapter la prévention aux personnes en situation de précarité	10 - Adapter la prévention aux personnes en situation de précarité	27- Mener des actions de prévention engagées sur les « âges clés » de la vie des personnes en situation de précarité
		28-Renforcer les actions incitatives en termes de prévention, de promotion de la santé, de dépistages et de vaccination
		29- Accompagner les structures pour le développement d'actions « hors les murs », « d'aller vers » les populations

Les 6 axes du PRAPS

Axes	Objectifs	Actions
5 - Affiner et enrichir les données relatives aux questions santé - précarité	12- Affiner et partager l'observation par territoire et par population. Comprendre les besoins des populations	30- Etendre le partenariat sur le thème de la santé précarité, en lien avec la POSS-LR
		31- Recenser les outils existants et partager les données recensées avec les partenaires institutionnels
	13- Un observatoire partagé pour mieux cerner les besoins de la population	32- Recenser et suivre les populations sur les lieux de leur prise en charge
		33- Améliorer les connaissances sur les populations en situation de précarité (localisation fine)
		34- Rapprocher les besoins des populations des zones fragiles aux réponses de santé apportées en termes de proximité - Etablir un diagnostic fin commun suite au repérage opéré et un suivi dans le temps (veille)
35 - Rapprocher les données des différents observatoires existants sur la région grâce à la POSS-LR sur les thématiques suivantes : dépassements d'honoraires, ruptures de soins, renoncements aux soins et refus de soins.		
6 - Accès à la santé : un projet global et partenarial	14- Un travail d'articulation entre la CCPPP, CCPPMS et les commissions spécialisées de la CRSA	36- Faire émerger des propositions au niveau régional pour un travail d'articulation entre la CCPPP, CCPPMS et les commissions spécialisées de la CRSA
		37 - Mettre en place un comité de pilotage de coordination départemental sur cette thématique
	15- Promouvoir une coordination par territoire de santé sur l'accès à la santé des populations précarisées	38- Renforcer la coordination territoriale quand elle existe ou la créer sur les zones repérées comme étant fragiles grâce à une coordination institutionnelle au niveau du département et par une coordination des acteurs de terrain au niveau infra-territorial (CLS, projet territorial de santé, projets sociaux de territoire, conférences de territoire) en termes de formation, d'organisation, d'échanges de pratiques et de régulation.
		39- Développer l'émergence de réseaux santé précarité au regard des expériences déjà existantes en santé précarité
		40 - Evaluer les actions du PRAPS au sein de la Commission de Coordination des politiques Publiques de Prévention.

Les priorités du PRAPS pour les années 2013-2014

L'ARS s'engage à porter prioritairement les actions du PRAPS sur les axes suivants :

1 - L'ACCES AUX DROITS

2 – L'ACCES REEL AUX SOINS

3 – UN MEILLEUR POSITIONNEMENT DES DISPOSITIFS FINANCES PAR L'ARS

(PASS, EMPP, Centre de Vaccination, CIDDIST-CDAG, CLAT, Structure de dépistage du Cancer, CSAPA, CAARUD)

4 – COORDINATION ET MOBILISATION DES PARTENAIRES INSTITUTIONNELS POUR LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS DU PRAPS



Plan

1. Les enseignements du PRAPS sur 3 générations
2. La précarité en Languedoc-Roussillon
3. Le PRAPS au cœur des enjeux du PRS et de l'intersectorialité
4. Les objectifs du PRAPS
5. Le calendrier
6. Les orientations stratégiques
 - à La déclinaison opérationnelle en 6 axes
7. Les fiches actions

Annexes

Axe N 1 : Favoriser l'accès aux droits – Partenariat Assurance Maladie/ARS

Objectifs	Actions	Acteurs	Pilotes	Résultat attendu / indicateurs	Echéance	Lien PRS
1- Faciliter l'accès aux droits, aux soins des populations fragiles et améliorer leur accompagnement - ment dans leurs démarches administratives	1-Favoriser l'accès à la CMU-C et à l'AME.	ARS CG Etablissements de santé publics	-CPAM, - MSA, - RSI	• Part des nouveaux bénéficiaires de la CMU, CMU-C, AME au regard des actions engagées par l'Assurance Maladie. Source : Assurance Maladie.	2013	PRGDR
	2 - Améliorer le taux de bénéficiaires d'aides financières destinées à l'acquisition d'une couverture complémentaire par rapport à la population précaire		-CPAM, - MSA, - RSI	* Taux de bénéficiaires d'une aide à l'ACS. Source : Assurance Maladie	2013	
	3 – Diminuer le taux d'assurés sans droits		-CPAM, - MSA, - RSI	* Taux d'assurés sans droits (objectif de 3%)	2013	
	4-Favoriser la continuité des droits de l'assuré lors des changements de situation.	ARS CG Etablissements de santé publics	-CPAM, - MSA, - RSI	* Mise en place d'une organisation dédiée afin de répondre aux situations d'urgence des assurés et futurs assurés. Source : Assurance Maladie.	2013	PRGDR
	5-S'assurer de la continuité des droits à la protection sociale en détention et à la sortie de prison	Assurance Maladie Etablissements de santé publics	-CPAM, - MSA, - RSI, - SPIP	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de détenus bénéficiant d'une procédure de préparation à la sortie de prison – Source : UCSA, SPIP, ... • Nombre de conventions mises en place entre le SPIP et l'Assurance Maladie. Source : Assurance Maladie • Pourcentage de procédures mises en place et bien appliquées en département selon les conventions signées SPIP et Assurance Maladie 	2013	SROS – Volet Hospitalier – Soins aux personnes détenues

Axe N 2 : Faciliter l'accès aux soins – Partenariat Assurance Maladie/ARS

Objectifs	Actions	Acteurs	Pilote	Résultat attendu / indicateurs	Echéance	PRS
2-Mieux réguler les tarifs, mieux lutter contre les refus de soins	6-Réduire les dépassements d'honoraires	ARS Conseil de l'Ordre Départemental	- Assurance Maladie	* Pourcentage d'actes réalisés avec dépassements d'honoraires/an – Source : ARS/Assurance Maladie * Pourcentage de généralistes exerçant en secteur 1 par territoire - Source : Assurance Maladie	2013	PRGDR
	7-Informer les professionnels de santé sur le tiers payant social dans le cadre de l'ACS	ARS DRJSCS : formation Conseil de l'Ordre des professionnels de santé	- Assurance Maladie	• Nombre d'actions annuelles. • Montée en charge du tiers payant Source : Assurance Maladie	2013	PRGDR
	8- Travailler sur les représentations qu'ont les professionnels de santé des publics précaires.	ARS DRJSCS : formation Conseil de l'Ordre des professionnels de santé Assurance Maladie	- URPS	* Nombre de plaintes et réclamations pour refus de soins pour les personnes CMU et AME. Source : conciliateur de la CPAM (plaintes pour refus de soins), Ordre des médecins	2013	PRGDR

Axe N 2 : Faciliter l'accès aux soins – Partenariat Assurance Maladie/ARS

Objectifs	Actions	Acteurs	Pilote	Résultat attendu / indicateurs	Echéance	PRS
3 - Favoriser l'accès aux soins et limiter la fragilisation sociale des personnes les plus fragiles	9 - Favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité par des intervenants sociaux, dispensatrices d'informations sur la réglementation, les droits sociaux	CPAM, MSA, RSI, CARSAT, ARS DRJSCS, DDCS, CG Assurance Maladie	- CARSAT (service social)	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de réunions collectives organisées auprès des personnes en situation de précarité pour contracter une ACS • Nombre de réunions collectives organisées auprès des personnes en situation de précarité pour le dépistage du cancer du sein 	2013	PRGDR
	10 - Prévenir ou limiter la fragilisation sociale des personnes pouvant résulter de la maladie, de l'accident, du handicap, de la réduction d'autonomie, de l'incapacité de travail.	ARS, MDPH Travailleurs sociaux des Conseils Généraux, CCAS Médecine du Travail	<ul style="list-style-type: none"> - Assurance Maladie - CARSAT (Service social) - Service Médical 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes suivies dans le cadre de la mise en place d'une cellule de prévention contre la désinsertion professionnelle 	2013	PRGDR

Axe N°2 (suite): Faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité

Objectifs	Actions	Acteurs	Pilote	Résultat attendu / indicateurs	Echéance	Lien PRS
4- Organiser une plus grande accessibilité, aux professionnels de santé et aux structures de soins	11-Formation et sensibilisation des agents d'accueil des établissements de santé de première ligne (premier recours : MMG, MSP, hospitalier : bureaux des entrées, PASS, urgences, ...) à l'accueil des populations précaires face à la souffrance psychosociale, troubles psychiques, connaissances des dispositifs, des droits à la protection sociale, ...	- Samu social, ... -Conseils Généraux -Assurance Maladie, -ARS -Faculté de Médecine, IFSI, écoles des professionnels de santé, IRTS, URPS, -PJJ, - services de santé au travail	-Services sociaux et de soins hospitaliers - Pôle régional de compétences en éducation pour la santé (pour les formations aux professionnels)	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de « sessions de formation » et nombre de personnes formées (Bilan annuel d'activité du pôle de compétence régionale et plan régional de formation du SRP) • Nombre de coordinations effectuées auprès des professionnels sociaux mobiles des dispositifs ambulatoires et des dispositifs hospitaliers • Pourcentage de MSP pratiquant la prise en charge des publics CMU, CMU-C, AME (répartition géographique intéressante dans un 2^{ème} temps) 	2013-2014	<p>SROS – Volet ambulatoire et hospitalier PRGDR SROMS SRP</p> <p>CPOM des établissements de santé</p> <p>Cahier des charges des MSP / MMG</p>
	12 - Sensibilisation et formation des professionnels (de santé, social et médico-social) sur les difficultés sociales, de santé des personnes en situation de précarité dans leur parcours de formation.	- Samu social, ... -Conseils Généraux -Assurance Maladie, -ARS -Faculté de Médecine, IFSI, écoles des professionnels de santé, IRTS, URPS, -PJJ, - services de santé au travail	-Services sociaux et de soins hospitaliers - Pôle régional de compétences en éducation pour la santé (pour les formations aux professionnels)	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'actions de sensibilisation et de formation auprès des professionnels (formation initiale, continue) • Nombre de personnes formées 	2013-2014	

Axe N°2 (suite): Faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité

Objectifs	Actions	Acteurs	Pilote	Résultat attendu / indicateurs	Echéance	Lien PRS
4 - Organiser une plus grande accessibilité, aux professionnels de santé et aux structures de soins	<p>13 -</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accompagner les SST dans l'accès à la médecine du travail pour un public en insertion • Développer une coordination sociale dans le cadre de la mise en place d'équipes pluridisciplinaires • Mettre en réflexion la question de la mobilité nécessaire dans l'accès aux SST • Mener des actions au sein des Associations intermédiaires sur la santé et plus spécifiquement la santé au travail. 	<ul style="list-style-type: none"> - DIRECCTE-LR - Associations intermédiaires - services de santé au travail 	- DIRECCTE-LR	<ul style="list-style-type: none"> * Nombre de personnes formées et sensibilisées aux problématiques des personnes en situation de fragilité, vulnérabilité, précarité en insertion professionnelle, (Cf. lien avec actions 11 et 12) • Nombre de coordinations effectuées auprès des professionnels sociaux des associations intermédiaires • Nombre d'actions de sensibilisation à la santé au travail organisées dans les associations intermédiaires auprès du public en insertion professionnelle 	2013-2014	Santé au travail

Axe N 2 (suite): Faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité

Objectifs	Actions	Acteur	Pilote	Résultat attendu / indicateurs	Echéance	Lien PRS
5 - Assurer une plus grande coordination afin d'éviter les ruptures de soins	14 - Anticiper les sorties d'hospitalisation	ARS	- Assurance Maladie - Service social hospitalier		2013-2014	SROS – Volet ambulatoire et hospitalier PRGDR SROMS SRP CPOM des établissements de santé
	15 - Eviter les ruptures de soins et de traitements grâce à des relais.	ARS	- Assurance Maladie - Service social hospitalier	• Courrier de fin d'hospitalisation du patient envoyé par les établissements sanitaires aux médecins traitants	2013-2014	SROS – Volet ambulatoire et hospitalier PRGDR SROMS SRP CPOM des établissements de santé

Axe N 2 (suite): Faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité

Objectifs	Actions	Acteurs	Pilote	Résultat attendu / indicateurs	Echéance	Lien PRS
6 - Maintien des actions spécifiques auprès des populations les plus exclues	16 - Maintien des dispositifs spécifiques pour les populations les plus exclues (personnes sans chez soi, personnes détenues/ sortants de prison, migrants/immigrés, gens du voyage, travailleurs saisonniers, personnes prostituées, familles monoparentales, personnes âgées fragilisées,...)	- Acteurs et structures accueillant ces populations -DDCS/DDCSPP - ARS	-ARS - DRJSCS		2013-2014	SROS – Volet ambulatoire et hospitalier PRGDR SROMS SRP CPOM des établissements de santé Cahier des charges des MSP / MMG

Axe N 2 (suite): Faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité

Objectifs	Actions	Acteurs	Pilote	Résultat attendu / indicateurs	Echéance	Lien PRS
7- Populations en situation de précarité	17 - Rapprocher les réponses de santé des lieux d'habitat, d'accueil des personnes en situation de précarité : panier de services – territoires.	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de santé - Collectivités locales - ASV - CLS 	- ARS	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de territoires avec un panier de services contractualisé Proportion de dispositifs de prévention spécifiques intégrés dans un panier de service – (Cf. SRP) 	2013	SROS – Volet ambulatoire et hospitalier PRGDR SROMS SRP

Axe N 2 (suite): Faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité

Objectifs	Actions	Acteurs	Pilote	Résultat attendu / indicateurs	Echéance	Lien PRS
8 - Dispositifs spécifiques et recentrage des missions sur les populations en situation de précarité	18 - Redéfinition des priorités et des missions des structures d'actions recentralisées (CLAT, Centres de Vaccination, CIDDIST-CDAG, structures de gestion du dépistage cancers) et des dispositifs spécifiques CSAPA et CAARUD.	- Acteurs des dispositifs d'actions recentralisées et des CAARUD, CSAPA	- ARS	* Priorités redéfinies dans le cahier des charges des dispositifs d'actions recentralisées Cartographie annuelle des structures CSAPA/CAARUD déployées par territoire de santé (SROMS) * Evaluation annuelle des actions effectuées des structures par rapport au cahier des charges	2013	SRP SROS – Volet Hospitalier (missions de service public)
	19 - Renforcer les liens PASS et EMPP dans les établissements sanitaires, LHSS et ACT avec les dispositifs d'actions recentralisées (CV, CIDDIST-CDAG, CLAT, structures de dépistage du cancer) ainsi que les CSAPA et CAARUD.	- Acteurs de terrain et structures travaillant en partenariat avec les PASS et services sociaux des CH	- Centres hospitaliers (PASS, services sociaux , services de soins, bureaux des entrées)	- Nombre de conventions de partenariat signées., - Files actives	2013	SRP SROS – Volet Hospitalier (missions de service public)
	20-Harmoniser le fonctionnement des PASS dans la région et faciliter l'accès des personnes aux établissements sanitaires publics (bureaux d'entrées)	- Acteurs de terrain et structures travaillant en partenariat avec les PASS et services sociaux des CH	- Centres hospitaliers (PASS, services sociaux , services de soins, bureaux des entrées)	Evaluation régionale des PASS en lien avec le cahiers des charges	2013	SRP SROS – Volet Hospitalier (missions de service public)

Axe N 3 : Accompagner les usagers, acteurs de leur santé

Objectifs	Actions	Acteur	Pilote	Résultat attendu / indicateurs	Echéance	Lien PRS
<p>9- Accompagner les personnes en situation de précarité, sur les plans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Juridique - Physique, - Psychique, - Administratif et social - Culturel, - Educatif - Financier. 	<p>21- Faire émerger des réponses d'accompagnement pour les personnes éloignées du système de santé (médiateurs en santé) afin de favoriser leur accompagnement dans leurs démarches administratives, informations autour des questions de droits (CMU, CMU-C, ACS, Mutuelles, AME, ...), de prestations familiales (allocations logement, prestations familiales), de droits à la retraite, d'insertion professionnelle, de droit au RSA, d'hébergement/logement, d'aides sociales et financiers, ...</p>	<p>CAF Conseil Régional DRJSCS, DDCS, Préfecture Organismes HLM DREAL ADEME Pôle emploi DIRECCTE-LR Associations intermédiaires Services de santé au travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> - CPAM, - MSA, - RSI, - CARSAT, - Conseil Général (PMI, ASE, RSA) 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation PRS - Nombre de consultations à la médecine du travail pour des personnes en situation d'insertion professionnelle 	2013-2015	<p>Parcours de santé, PRGDR, PRSE2 (précarité énergétique) CLS Panier de services Lien avec les SIAO SRP</p>
	<p>22 - Favoriser les espaces d'accueil, d'écoute afin de renforcer les compétences psychosociales, l'estime de soi, la confiance en soi, la confiance en l'autre, la confiance dans le système de santé pour les personnes en situation de précarité</p>	<p>Structures, dispositifs et acteurs de terrain agissant sur ces thématiques et ce public DRJSCS – DDCS ARS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - DDCS/ DDCSPP 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions de renforcement des compétences psychosociales, estime de soi, .. - Et évaluation de la portée de ces actions auprès des personnes - Evaluation PRS 	2013	SRP
	<p>23- Développer de nouvelles fonctions ou réhabilitation de fonctions d'accompagnant en santé globale (médiateur, coordonnateur, régulateur)</p>	<p>Conseil Régional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ARS - DRJSCS - DDCS - DDCSPP 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de postes d'accompagnant en santé créés - Nombre de personnes accompagnées 	2013	SRP, Parcours de santé, CLS

Axe N 3 (suite): Accompagner les usagers, acteurs de leur santé

Objectifs	Actions	Acteurs	Pilote	Résultat attendu / indicateurs	Echéancier	Lien PRS
9- Accompagner les personnes en situation de précarité, sur les plans : -Juridique(droits) - Physique,	24 -Favoriser et encourager es démarches et actions en santé communautaire	- Professionnels de santé - Personnes relais - Associations d'usagers - Acteurs en santé communautaire - Conseils Généraux	-Promoteurs dans chacun des territoires (collectivités - notamment) avec appui méthodologique du - pôle régional de compétences en éducation pour la santé	Nombre d'actions engagées	2013	CLS
- Psychique, - Administratif et social, - Culturel, - Educatif. - Financier	25 - Faire participer les personnes accompagnées sur l'évaluation des pratiques autour d'elles (santé, emploi, logement, ...) grâce à des groupes de paroles, d'expression dans les lieux de vie, d'accueil des personnes en situation de précarité	-ARS, -CR, CG, -DRJSCS, DDCS, -CAF, CPAM, MSA,RSI, CARSAT, -Education Nationale , -MDA ,PAEJ , MLI , CFA, -CCAS -Pôle emploi, -DREAL, -DIRECCTE, -ASV, CUCS	-Toutes les structures d'accueil, d'orientation, de prise en charge et d'accompagnement aux soins du public précaire où des groupes d'expression peuvent être entendus : CHRS, PASS, LHSS, ACT, EMPP, -CLAT, CV, CIDDIST-CDAG, -CSAPA, CAARUD,	• Nombre de groupes de paroles et d'expression des usagers créés Evaluation PRS	2013-2015	Parcours de santé CLS Panier de services
	26 - Faire remonter les éléments d'amélioration auprès des partenaires institutionnels afin d'améliorer les dispositifs spécifiques, de droit commun, ...			• Nombre d'éléments d'amélioration proposés par les usagers intégrés dans les programmes des partenaires institutionnels •Lien groupes experts régionaux : plans annuels de travail et rapport d'activité (Cf.SRP)	2013	SRP Parcours de santé CLS Panier de services

Axe N 4 : Adapter la prévention aux personnes en situation de précarité

Objectifs	Actions	Acteur	Pilote	Résultat attendu / indicateurs	Echéance	Lien PRS
10- Adapter la prévention aux personnes en situation de précarité	<p>27- Mener des actions de prévention engagées sur les « âges clés » de la vie des personnes en situation de précarité accueillies par les structures en charge de ces populations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes enceintes et enfants • Adolescents et jeunes adultes • Personnes âgées 	<p>-Services hospitaliers : addictologie, psychiatrie, santé mentale, orthogénie, centre de référence sur l'obésité</p> <p>- Planning familial, CIMADE, structures spécialisées sur le handicap, UCSA, CSAPA, CAARUD, CG, CR</p> <p>SSIAD, SAMSAH, FAM, MAS, CPAM, MSA, RSI</p> <p>Associations</p> <p>CODES</p> <p>-Maternités</p> <p>-MDA, PAEJ /MLI</p> <p>- CIDDF</p> <p>- MDA,</p> <p>- MAIA, PASA, centres de consultation pour personnes âgées (Alzheimer, consultations mémoire, ...), CARSAT</p>	<p>- ARS</p> <p>- Conseils Généraux (PMI, ASE, RSA)</p> <p>-Médecine scolaire, médecine préventive universitaire,</p> <p>- Conseils Généraux (APA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation PRS 	2013-2014	<p>SROS – volet hospitalier :</p> <ul style="list-style-type: none"> -périnatalité, soins aux détenus, -SROMS : handicap et grand âge -PRGDR : actions régionales de prévention -SRP -Parcours de santé

Axe N 4 (suite): Adapter la prévention aux personnes en situation de précarité

Objectifs	Actions	Acteur	Pilote	Résultat attendu / indicateurs	Echéance	Lien PRS
10- Adapter la prévention aux personnes en situation de précarité	28- Renforcer les actions incitatives en termes de prévention, de promotion de la santé, de dépistages et de vaccination grâce à la coordination des structures d'actions recentralisées (Centres de vaccination, CLAT, CIDDIST-CDAG), des structures de dépistage organisées des cancers du sein et colorectal), des structures effectuant des bilans de santé en lien avec les acteurs clés accueillant le public ciblé (Consultations avancées, associatives, CADA, CHRS, CAARUD, CSAPA, UCSA,...)	<ul style="list-style-type: none"> - Centres d'examen de santé - Consultations avancées, - CADA, - CHRS, - UCSA - Centres de vaccination, - CLAT, - CIDDIST-CDAG - Structures de dépistage organisées des cancers du sein et colorectal - CAARUD, -CSAPA, - Pôle régional de compétences en éducation pour la santé 	- ARS	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'actions de prévention, promotion de la santé, de dépistages, de vaccination, engagées auprès des populations en situation de précarité. * Nombre de bilans de santé effectué auprès des personnes en situation de précarité * Bilans d'activité des structures concernées 	2013-2014	SRP
	29- Accompagner les structures pour le développement d'actions « hors les murs », « d'aller vers » les populations afin de pouvoir prévenir et repérer les problématiques en amont.	<ul style="list-style-type: none"> - Centres de vaccination, - CLAT, - CIDDIST-CDAG - Structures de dépistage organisées des cancers du sein et colorectal 	- ARS	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'interventions « hors les murs », d'actions « aller vers » les populations en situation de précarité des dispositifs d'actions recentralisées 	2013	SRP

Axe N 5 : Affiner et enrichir les données relatives aux questions santé – précarité

Objectifs	Actions	Acteurs	Pilote	Résultat attendu / indicateurs	Echéance	Lien PRS
12 - Affiner et partager l'observation par territoire et par population. Comprendre les besoins des populations et les lier aux réponses de santé de proximité des territoires	30 - Etendre le partenariat sur le thème de la santé précarité en lien avec la POSS-LR	Partenaires de la POSS-LR : ARS, CARSAT, MSA, CPAM, RSI, CAF, CCAS,... Préfecture Conseils Généraux	- POSS-LR (DRJSCS) - ARS (COSAD, DSPE),	- Base de données créée - Nombre de réunions engagées	2013	SROS, SROMS, SRP, parcours de santé PRGDR, Programme régional de Télémédecine
	31- Recenser les outils existants et partager les données recensées avec les partenaires institutionnels					
	32 - Recenser et suivre les populations sur les lieux de leur prise en charge	Partenaires et acteurs de terrain		- Indicateurs d'alerte / signaux santé – précarité créés - Etablissement d'un « tableaux de bord » santé – précarité - Nature et Nombre de partenariats construits autour de la plateforme de veille (Cf. SRP) - cas qui peuvent concerner les populations précaires (ex: saturnisme).	2013	

Axe N 5 : Affiner et enrichir les données relatives aux questions santé – précarité

Objectifs	Actions	Acteurs	Pilote	Résultat attendu / indicateurs	Echéance	Lien PRS
13 - Un observatoire partagé pour mieux cerner les besoins de la population	33 - Améliorer les connaissances sur les populations en situation de précarité (localisation fine) - Effectuer le repérage, recueil de données sur les populations en situation de précarité sur leur lieux de passage / de vie (PASS, CHRS, LHSS, ACT, ...),	- Acteurs de terrain - Professionnels en lien avec les personnes en situation de précarité	- ARS et co-partenaires de la POSS-LR (DRJSCS)	- Enquête annuelle	2013	SROS, SROMS, SRP, parcours de santé PRGDR, Programme régional de Télémedecine
	34 - Rapprocher les besoins des populations des zones fragiles aux réponses de santé apportées en termes de proximité - Etablir un diagnostic fin commun suite au repérage opéré et un suivi dans le temps (veille)	- Acteurs de terrain - Professionnels en lien avec les personnes en situation de précarité	- ARS et co-partenaires de la POSS-LR	- Analyse des résultats de l'enquête annuelle	2013-2014	

Axe N°5 : Affiner et enrichir les données relatives aux questions santé – précarité

Objectifs	Actions	Acteurs	Pilote	Résultat attendu / indicateurs	Echéance	Lien PRS
13 - Un observatoire partagé pour mieux cerner les besoins de la population	<p>35 – Rapprocher les données des différents observatoires existants sur la région grâce à la POSS-LR sur les thématiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépassements d'honoraires (URPS et CPAM – CCSS), - Ruptures de soins (sorties d'hospitalisation sans lieux d'accueil), - Renoncements aux soins, - Refus de soins : délais d'attente et reste à charge (CPAM) 	<ul style="list-style-type: none"> - URPS, - CPAM et CC SS - Usagers - Etablissements sanitaires 	- ARS et co - partenaires de la POSS-LR (DRJSCS)	- Enquête annuelle	2013-2014	SROS

Axe N 6 : Accès à la santé : un projet global et partenarial

Objectifs	Actions	Acteurs	Pilote	Résultat attendu / indicateurs	Echéance	Lien PRS
14- Mise en place d'un travail d'articulation entre les commissions de coordinations des politiques publiques de santé et les commissions spécialisées de la CRSA	36 - Faire émerger des propositions au niveau régional pour un travail d'articulation entre les commissions de coordination des politiques publiques de santé et les commissions spécialisées de la CRSA	CRSA ARS DRJSCS Conseils Généraux Conseil Régional Préfecture Education Nationale	- ARS	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan annuel de la CCP (Cf.SRP) • Compte rendus Commissions des usagers de la CRSA 	2013	SRP PRSE2 SROMS SROS

Axe N 6 : Accès à la santé : un projet global et partenarial

Objectifs	Actions	Acteurs	Pilote	Résultat attendu / indicateurs	Echéance	Lien PRS
15- Promouvoir une coordination par territoire de santé sur l'accès à la santé des populations précarisées	37 - Mettre en place un comité de pilotage de coordination départemental sur cette thématique	DRJSCS, DDCS, DDCSPP, CG, CPAM, MSA, RSI, CARSAT, Réseaux – Porteurs des CLS Conférences de territoire	ARS	Date de création d'un comité de pilotage Bilan d'activité du comité de pilotage (nombre de réunions, animation de projets de santé territorialisés....)	2013	
	38- Renforcer la coordination territoriale quand elle existe ou la créer sur les zones repérées comme étant fragiles grâce à une coordination institutionnelle au niveau du département et par une coordination des acteurs de terrain au niveau infra-territorial (CLS, projet territorial de santé, projets sociaux de territoire, conférences de territoire) en termes de formation, d'organisation, d'échanges de pratiques et de régulation.	DRJSCS, DDCS, DDCSPP, CG, CPAM, MSA, RSI, CARSAT, CCAS, CH, Communautés de pays, Réseaux Acteurs de terrain Professionnels de santé - Porteurs des CLS - Conférences de territoire	ARS	Animation territoriale : -Nombre d'équipes d'animation dédiées par rapport au nombre de contrats signés (SRP) et lien avec le comité de pilotage de coordination départemental	2013-2014	
	39- Développer l'émergence de réseaux santé précarité au regard des expériences déjà existantes en santé précarité	CCAS, Communautés de pays, CH, Réseaux Acteurs de terrain Professionnels de santé, structures et dispositifs accueillant les personnes en situation de précarité	- Porteurs des CLS	Nombre de réseaux de santé précarité constitués	2013	
	40- Evaluer les actions du PRAPS au sein de la CCPPP	DRJSCS Conseils Généraux Conseil Régional Préfecture Education Nationale	- CCPPP	Evaluation des actions du PRAPS dans le cadre du tableau de bord régional	2016	

ANNEXES



Liste des annexes

1. Les inégalités de santé et le PRAPS
2. La population cible du PRAPS
3. Notions de pauvreté, exclusion et précarité
4. Les obstacles et freins à l'accès aux droits, aux soins et à la prévention
5. Le diagnostic
6. L'intersectorialité
7. Les territoires de santé de Languedoc-Roussillon
8. Rappel de quelques notions
9. Glossaire

ANNEXE N 1



LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET LE PRAPS

Les « inégalités sociales de santé » au cœur du PRAPS

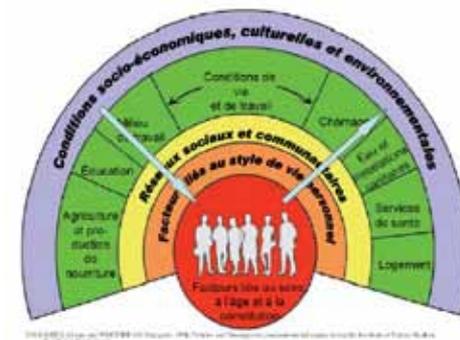
Le lien entre la situation sociale et les multiples aspects de l'état de santé est clairement établi.

Depuis la seconde guerre mondiale, en dépit d'une amélioration globale et incontestable de la santé, **les inégalités sociales de santé** non seulement persistent mais ne cessent de s'aggraver. Cette situation est renforcée par la crise économique qui affecte les pays de l'OCDE depuis 2008.

Les inégalités sociales de santé apparaissent entre les catégories sociales : les cadres vivent 10 années de plus que les ouvriers sans limitations fonctionnelles. Le taux de mortalité prématurée est trois fois plus élevé chez les ouvriers-employés que chez les cadres supérieurs et professions libérales.

Malgré les progrès de la médecine, toutes les études convergent pour établir que les personnes les plus vulnérables socialement sont aussi celles qui cumulent les plus grands risques d'altération de leur santé au cours d'une vie statistiquement plus courte.

Les catégories les plus modestes sont les plus exposées aux conduites à risque. Ce sont aussi celles dont le recours aux structures sanitaires et aux soins est le plus faible.



Représentation de l'interaction des différents déterminants de la santé sur les inégalités sociales de santé (schéma aménagé de DAHLGREN et WHITEHEAD)

Mais une ambition plus large

- § La lutte contre les inégalités de santé suppose de :
 - à Mener des actions sur le champ de la santé, mais aussi sur l'ensemble des déterminants de santé (conditions de vie, environnement...)
 - à Ne pas se contenter d'actions à destination des plus démunis, mais apporter des réponses tout le long du gradient social
 - à et ce d'autant plus que les « inclus vulnérables sont de plus en plus nombreux » par rapport aux exclus précaires.
Les « inclus vulnérables » sont les personnes qui ont des droits mais qui ne peuvent les faire valoir.

ANNEXE N 2

LA POPULATION CIBLE DU PRAPS

Le champ des populations à investiguer

(Définition du Guide méthodologique du PRAPS (Mars 2011). Ministère de la Santé).

« Le champ des populations à investiguer dans le cadre du Programme Régional, [...]

visé les **personnes situées au plus bas de l'échelle sociale**, caractérisées par des désavantages majeurs en termes de revenus, de logement, emploi, utilisation des services, lien social,...

Ce sont en effet **ces personnes qui**, plus que tout autre, **présentent des difficultés d'accès aux droits (en pratique : accès à une couverture maladie, mais aussi accès aux droits fondamentaux), renoncent à des soins pour des raisons financières, se voient opposer des refus de soins de la part de certains professionnels, ont des difficultés de repérage dans le parcours de soin et de prise en charge médico-sociale, et des difficultés d'accès, notamment secondaire, aux soins.**

Très schématiquement, dans les régions très urbanisées : personnes sans chez soi, jeunes en errance, les résidents âgés en foyer de travailleurs migrants (FTM) ou résidences sociales (RS), étrangers en situation irrégulière, personnes en situation de prostitution ... [...].

Dans d'autres régions : publics ayant déjà un certain niveau d'accès aux soins mais des difficultés du type renoncement pour raisons financières, (personnes âgées ou famille monoparentale à faible revenu avec reste à charge élevé pour les soins), gens du voyage, saisonniers, ... »

La population issue de l'immigration

Le Languedoc-Roussillon compte 9% de personnes immigrées, est la quatrième région en France métropolitaine au regard du nombre d'immigrés résidant sur son territoire, après l'Île-de-France; les régions Rhône-Alpes et PACA.

La répartition des personnes immigrées n'est pas égale parmi les 5 départements de la région: Résidant majoritairement dans les grandes villes ou leurs périphéries :

- 40% des immigrés vivent dans l'Hérault,
- 25,6% dans le Gard,
- 19,8% dans les P.O.
- 12,8% dans l'Aude et
- 1,2% en Lozère.

La composition de la population immigrée est à peu près identique dans les 5 départements. Néanmoins, la part des plus de 60 ans domine dans les départements de l'Aude et des P.O., tandis que la part des jeunes de moins de 18 ans est en tête dans le Gard et l'Hérault.

L'étude sur l'accès aux droits des publics immigrés en Languedoc-Roussillon signale une dégradation de ces conditions d'accès liée :

- À un contexte de pauvreté, de précarité conjugué à la complexité sociale du phénomène d'immigration (complexité des situations et des démarches administratives),
- À une complexité juridique, la majorité des droits des immigrés relève du droit commun mais leur accès est conditionnée à des critères de résidence, durée de séjour, ..),
- Au maintien de la nationalité d'origine, ...

Les migrants vieillissants

La population immigrée est marquée par le vieillissement. La part des personnes âgées est très élevée 31,11% dépassant largement la moyenne nationale (22,85%) et plaçant la région en 2° position en France métropolitaine.

Pour cette population, il est relevé, en habitat collectif, des problèmes de santé importants et fortement liés aux conditions d'une vie et de travail des personnes mais aussi en grande partie à un défaut d'accès aux droits.

L'étude conduite en Octobre 2003 (ORS LR – CESAM) sur les conditions de vie et état de santé des immigrés isolés de plus de 50 ans en Languedoc-Roussillon, met en évidence que :

- 2/3 des personnes souffrent de pathologies classiques mais avec une fréquence plus élevée, due à des conditions de vie et de travail qui ont provoqué une usure prématurée du corps,
- les dépressions et pertes d'autonomie, voire incapacités composent les principales difficultés dont souffrent les immigrés vieillissants.

(Source : DRJSCS – PRIPI 2010-2012
Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées)

La population carcérale

La région compte 6 établissements pénitentiaires soit 2 249 places théoriques avec une densité carcérale de 87 détenus pour 100 places. Elle est moins élevée qu'au niveau national (108 pour 100 places) mais ce ratio atteint 170 dans le Gard et 152 dans l'Aude.

La population carcérale est caractérisée par des risques accrus vis -à-vis de certains déterminants de santé :

- 78 % de fumeurs de tabac
 - § 31 % de buveurs excessifs
 - § 30 % d'abuseurs de cannabis
 - § 23 % d'abuseurs d'autres substances illicites ou de médicaments détournés
 - § 15 % de patients traités par psychotropes
 - § 7,5 % d'entrants sous traitement de substitution
 - § 10 % d'entrants suivis régulièrement par un psychiatre ou hospitalisés dans les douze mois précédant l'entrée
 - § 6 % d'entrants déclarant avoir effectué une tentative de suicide dans les douze mois précédant l'entrée
 - § 6,5 % des entrants déclarant l'utilisation de substances illicites par voie IV sur la vie entière
 - § 2,5 % des entrants se déclarant VHC +.

Les personnes sans chez soi

La problématique des personnes « sans chez soi » est révélatrice à la fois des difficultés du système de soins à répondre à leurs besoins, mais aussi de l'importance d'avoir un chez soi pour la santé. Une enquête rétrospective récente précise d'ailleurs que le fait d'être sans chez soi constitue un facteur de mortalité prématurée indépendant de tout autre facteur social défavorable. En effet, les personnes sans chez soi ont un âge moyen de décès de 30 à 35 ans inférieure à l'espérance de vie de la population générale.

Les maladies les plus souvent déclarées sont les maladies respiratoires (14% des personnes sans domicile) ou digestives (10%) mais également des troubles du comportement alimentaire (anorexie ou boulimie, 9%) et des maladies de peau (7%). Près d'un tiers des personnes se plaignent de graves troubles du sommeil (qu'ils s'expliquent, ou non, par les conditions de vie nocturne) et près d'un **quart d'entre eux déclarent se sentir dépressifs**. En ce qui concerne la santé mentale, la surmorbidity psychiatrique des personnes sans domicile est constamment retrouvée.

Le retard à consulter est le plus souvent mis sur le compte de facteurs liés aux personnes elles-mêmes mais il peut également s'expliquer du fait des attitudes des soignants eux-mêmes.

Usagers sans domicile des services d'aide	79 500
Habitations de fortune (baraquages de chantiers,...)	41 400
Habitations mobiles	129 000
Hébergement contraint	115 000
Occupation d'un logement sans titre	non évalué

Les familles monoparentales précaires

Définition :

Les familles monoparentales peuvent être composées d'un père ou d'une mère de famille sans conjoint avec un ou plusieurs enfants.

Une augmentation record du nombre de familles monoparentales

Le Languedoc-Roussillon, qui se caractérisait déjà par une part importante de familles monoparentales, enregistre une forte progression de ce type de familles entre 1999 et 2005.

Le nombre de familles monoparentales, comprenant un adulte et au moins un enfant de moins de 25 ans, est passé de 80 200 en 1999 à 94 100 en 2005, soit une progression de + 17,3 %.

Ce taux est le plus élevé parmi les régions de France métropolitaine.

Les familles monoparentales sont fortement touchées par la précarité puisque 37 % des personnes vivant en cellule monoparentale sont en-dessous du seuil de pauvreté.

Des familles monoparentales et des familles nombreuses plus présentes en ZUS

Parmi les allocataires résidant en ZUS, les familles monoparentales, les allocataires isolés et les couples sans enfants sont surreprésentés relativement à la répartition observée pour l'ensemble des allocataires de France métropolitaine.

Répartition des allocataires par région et nombre d'allocataires résidant en ZUS

- Nombre d'allocataires en LR : 496 039, vs 10 560 837 en France métropolitaine
- Nombre d'allocataires résidant en ZUS : 7,9%, vs 10,3% en France métropolitaine

(Source : l'e-essentiel N° 95-02/2010 – CAF)

FAM T3 - Composition des familles

	2008	%	1999	%
Ensemble	728 418	100,0	646 114	100,0
Couples avec enfant(s)	289 439	39,7	285 034	44,1
Familles monoparentales :	111 821	15,4	90 721	14,0
hommes seuls avec enfant(s)	17 236	2,4	12 136	1,9
femmes seules avec enfant(s)	94 584	13,0	78 585	12,2
Couples sans enfant	327 158	44,9	270 359	41,8

Sources : Insee, RP1999 et RP2008 exploitations complémentaires.

Les jeunes en situation de précarité

Les données sociales indiquent que les jeunes de moins de 26 ans représentent 5% des allocataires régionaux des minima sociaux, que près d'un actif de cette tranche d'âge sur cinq est au chômage (19%) et que plus d'un sur 10 est bénéficiaire de la CMU de base ou complémentaire (12,5%) (source : Etat de santé des 15 à 25 ans –Conseil régional- ORS LR).

Les jeunes en errance :

Ils ont été confrontés très tôt à des conflits ou à des formes d'abandon de la part de la famille d'origine.

Ils ont pu être fortement engagés dans des pratiques addictives (alcool, drogues illicites) et partent sur la route pour tenter de mettre de la distance entre eux et leur environnement.

Les jeunes à la rue :

Ils vivent en marge et ont leur propre code. Certains rencontrent d'importants problèmes d'attitude, de comportements et manquent de repères.

Les jeunes issus des institutions de l'Aide Sociale à l'Enfance :

Ayant atteint un âge limite au-delà duquel l'institution ou la famille d'accueil ne peut plus le prendre en charge, le jeune majeur peut se trouver confronté à la nécessité d'une vie autonome qu'il n'a pas les moyens d'assumer. Il s'agit aussi de jeunes sortant de prison, de l'hôpital ou d'un établissement de désintoxication. Pour certains, la passerelle entre « l'institution » et la vie en dehors n'a pas été suffisamment préparée.

(Source : le livre blanc FNARS).

Les difficultés vécues par cette population sont :

- un état de santé dégradé
- Pas de ressources financières,
- peu ou pas de qualifications scolaires.

Les jeunes en situation de précarité - Etat de santé des 15 à 25 ans

(Etude du Conseil Régional et de l'ORS LR – Enquête 2007-2008)

« Les données sociales indiquent que les jeunes de moins de 26 ans représentent 5% des allocataires régionaux des minima sociaux, que près d'un actif sur 5 de cette tranche d'âge est au chômage (19%) et que plus d'un sur 10 est bénéficiaire de la CMU (12,5%). La perception de la qualité de vie des jeunes en région est plus mauvaise que celle des jeunes du même âge en moyenne nationale. La différence est marquée au détriment des jeunes en MLI, sans qualification, par rapport aux étudiants ou aux jeunes plus qualifiés. Ce sont les dimensions sociales et mentales de la santé perçue qui présentent les écarts les plus contrastés entre les publics et les nouveaux de qualification.

Les jeunes en insertion :

Ils sont repérés comme très précaires vis-à-vis des 2 autres catégories (apprentis et étudiants). Ils indiquent qu'ils font face à des difficultés financières, qu'ils sont plus isolés (moins de solidarité familiale : aide matérielle, hébergement, contacts), rencontrent plus souvent un travailleur social et bénéficient moins d'une couverture sociale. 74,5 % de la population des jeunes en insertion retenue comme précaire au vu du score EPICES.

Les apprentis:

Ils sont repérés comme moins précaires que les jeunes en insertion. Ils bénéficient plus souvent d'une couverture sociale. 44 % de la population des apprentis retenue comme précaire au vu du score EPICES.

Les étudiants

Ils sont repérés comme moins fragile socialement. Ils bénéficient plus facilement d'aides de leur famille (solidarité, aide financière, hébergement possible) et ont plus facilement une assurance maladie complémentaire par rapport aux 2 autres catégories.

15 % de la population des étudiants retenue comme précaire au vu du score EPICES.

Par contre, certains renoncent aux soins délivrés en médecine de ville. Si la perception de leur santé des étudiants est plutôt bonne à l'entrée à l'université, l'expression du mal-être est une priorité pour les équipes de médecine préventive.

Les travailleurs saisonniers

Les travailleurs saisonniers sont une population d'actifs souvent jeunes, mal connue du fait des difficultés à identifier clairement ce mode d'activité (un Contrat à Durée Déterminée du point de vue de l'emploi), ainsi que du fait de sa mobilité (même si certains saisonniers reviennent d'année en année).

Les emplois concernés sont liés à l'agriculture (viticulture, arboriculture, maraîchage, horticulture), au tourisme (activités sportives, hébergement, restauration et autres services à la personne) et ses emplois induits (transport et commerce ...)

La région est le premier employeur en **emploi saisonnier agricole avec plus de 11 000 UTA** (unité de travail annuel) surtout dans l'arboriculture et le maraîchage.

17 000 saisonniers travaillant l'été dans l'hôtellerie-restauration, Cet emploi saisonnier est la seule activité salariée de l'année et la seule source de revenus d'activité de leur ménage pour 70% d'entre eux.

Conditions de travail et santé :

Les travailleurs saisonniers sont confrontés à des problèmes de précarité économique, de logement, de rythme de travail, d'isolement relationnel. Les problèmes de santé identifiés sont : fatigue, troubles du sommeil, troubles alimentaires, troubles de l'humeur (stress, déprime), conduites addictives (alcool, tabac, cannabis), accidents du travail et troubles musculo-squelettiques (par port de charges lourdes, mouvements répétitifs). Par ailleurs, les médecins libéraux estiment qu'un saisonnier sur deux consulte sans sa carte Vitale, ce qui pose des problèmes de paiement des soins. Ils différencient les « locaux », en général bien suivis, et les « mobiles », qui ne bénéficient que de soins ponctuels sans suivi.

Estimation chiffrée de populations vulnérables en région



Catégories de populations	Estimations issues de plusieurs sources
Populations issues de l'immigration Migrants	228 318
Personnes sans chez soi	128 138
Les gens du voyage	16 000
Les étrangers en situation irrégulière	14 000
Les saisonniers(tourisme, agricole)	28 000
Les personnes en situation de prostitution	5 200
Personnes détenues	2 679
Les résidents âgés en foyer de travailleurs migrants	2 172
Jeunes en errance	2 000
Personnes en insécurité alimentaire (de 18 à 75 ans)	60 000

ANNEXE N 3



Notions de pauvreté,
d'exclusion, de précarité
et de vulnérabilité

Le PRAPS vise les populations fragilisées

Notion de précarité :

La précarité désigne plutôt un risque de voir sa situation sociale se dégrader, une trajectoire de vie marquée par un mouvement de paupérisation. L'image du basculement possible d'une situation intégrée mais fragile, la dimension d'un statut social dévalorisé, voire une absence de statut. La précarité désigne aussi l'incertitude, l'instabilité d'une situation dans une société sans cesse en mouvement.

La précarité s'applique à des populations plutôt mal pourvues en termes de revenus, d'accès à l'emploi, à l'éducation, ... »

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et 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 grande 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. » (Avis du Conseil Economique et Social adopté le 11/02/1987. Rapport de J. WRESINSKI)

Précarité

- Population couverte par un des minima sociaux : 347 175 personnes , soit 15% de la population régionale (Source : Outil GEOSS- POSS LR - 2010)

Le PRAPS vise les populations fragilisées

La notion d'exclusion a fortement évolué depuis son apparition dans les années soixante.

Elle reste encore relativement floue en dépit du sens précis que tentent de lui donner les institutions d'action sociale et certains chercheurs. Elle s'est banalisée. Elle désigne le phénomène de dégradation du marché de l'emploi et de l'affaiblissement des liens sociaux « d'une population maintenue en marge du progrès économique et du partage des bénéfices ».

Notion de pauvreté :

La pauvreté monétaire se définit par le fait qu'un individu peut-être considéré comme « pauvre » quand ses revenus mensuels sont inférieurs à 757 euros (seuil médian à 50%) ou 908 euros (seuil médian à 60%). Le revenu pris en compte est le revenu disponible après impôts et prestations sociales.

Définition de l'intensité de la pauvreté : L'intensité de la pauvreté (ou « poverty gap ») est un indicateur qui permet d'apprécier à quel point le niveau de vie de la population pauvre est éloigné du seuil de pauvreté. L'Insee mesure cet indicateur comme l'écart relatif entre le niveau de vie médian de la population pauvre et le seuil de pauvreté.

Pauvreté

- Taux de pauvreté monétaire en Languedoc-Roussillon : 18,7% contre 13,4% en France
- Intensité de la pauvreté : 20,2 % en région contre 18,1% en France. Chiffres INSEE. 2007

Le PRAPS vise les populations fragilisées

La notion de vulnérabilité en sociologie :

« [...] Une personne vulnérable est une personne qui peut être blessée, qui peut-être facilement atteinte, attaquée. La notion de vulnérabilité est étroitement liée à la notion de risque.

Une personne est vulnérable :

- soit parce qu'elle est (plus) réceptive, sensible, fragile ou moins protégé, moins cuirassé,
- soit parce qu'elle est plus exposée, plus attaquée, plus accessible,
- soit les deux : plus exposée et plus réceptive. [...] »

La vulnérabilité en sociologie regroupe deux notions :

- « une sur la vulnérabilité sociétale : étudie les risques, les crises, les catastrophes d'origine naturelle et anthropique,
- une sur la vulnérabilité sociale : étudie les risques sociaux (chômage, exclusion, précarité, ...). »

En droit, « la vulnérabilité :

- Peut avoir pour origines les faiblesses d'origine physiques ou psychiques,
- Peut être d'origine sociale ou économique,
- Peut être due à la détention de la personne, à sa situation politique, ... Mais excepté pour les mineurs (majeurs incapables), elle est appréciée au regard de la situation ».

• **« Une personne vulnérable est une personne en situation de risque (significativement plus élevé que la moyenne) du fait de son état physique et mentale, de sa situation (géographique, sociale, économique, politique, ...) ».**

ANNEXE N 4

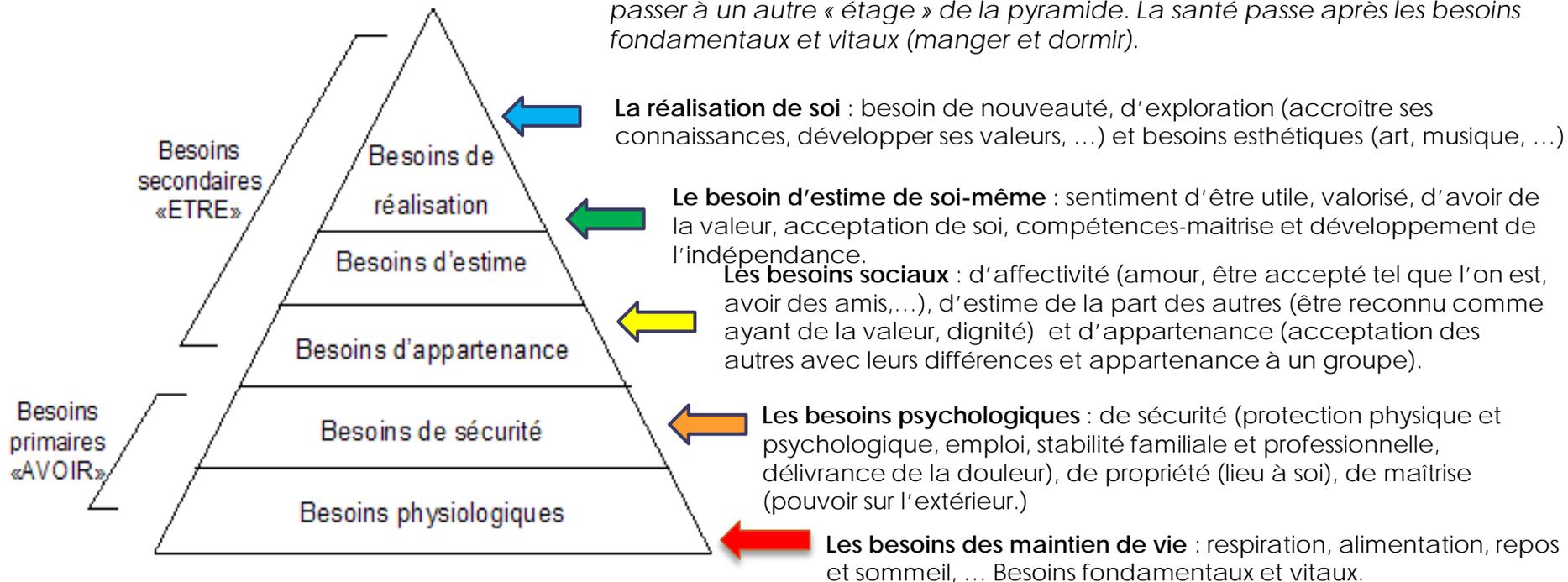


Les obstacles et freins à l'accès

- aux droits,
- aux soins,
- à la prévention.

Pourquoi la santé et la prévention en santé ne figurent-elles pas dans les priorités des personnes en situation de précarité ?

Tant que les besoins fondamentaux ne sont pas couverts, l'individu ne peut pas passer à un autre « étage » de la pyramide. La santé passe après les besoins fondamentaux et vitaux (manger et dormir).



LA PYRAMIDE DES BESOINS
SELON MASLOW

La difficulté d'accès aux droits des usagers réside :

Dans la multiplicité des champs couverts par les droits

Dans les interactions entre les droits nationaux et supranationaux en particulier européens

Dans la difficulté de compréhension des procédures d'accès et de recours aux droits

Dans les blocages nés de l'histoire personnelle, familiale et collective des personnes accueillies

C'est l'addition de ces 4 éléments qui rend délicates les démarches d'accès aux droits.

Les obstacles et freins liés à la précarité

Obstacles liés à l'environnement et aux conditions de vie

- Logement / hébergement (à la rue, squat, inadapté, insalubre, indigne, saturnisme infantile), précarité énergétique
- Sols et sites pollués,
- Isolement social
- Conditions de travail (pénibilité, travail saisonnier, pauvre,...) ;
- Conditions liées aux revenus (chômage, perte d'emploi, RSA)
- Pas ou peu de dépistages, de vaccinations,
- Problèmes liés à l'alimentation (insécurité alimentaire, malnutrition, surcharge pondérale, ...)

Les obstacles et freins liés à la précarité

Obstacles liés à la culture, à la langue

- Difficultés d'accès au système de santé pour les populations migrantes /immigrantes – étrangères et gens du voyage :
 - barrière de la langue, de la culture, des coutumes, des représentations,
 - illettrisme, analphabétisation, incompréhension du langage médical, modes de vie, dérives sectaires,
 - d'appréhension de la médecine, du corps, des pathologies, selon les coutumes,
- Discriminations.

Les obstacles et freins liés à la précarité

Obstacles psychologiques

- Réticence des personnes à aller vers le système de santé et renoncement aux soins.
- Problématiques liées à la disqualification sociale, à la souffrance psychologique,
- Rapport au temps différent (immédiateté, « distendu », ...)
- Peur du système de soins (d'être dénoncé,, de la maladie annoncée, ...), honte de son statut social (CMU, RSA, chômeur,...) ou honte de sa maladie (stigmatisation dans une catégorie : patients « addicts », patients VIH, ...),
- Manque de confiance en soi, en l'autre, en l'avenir, en la société, dans le système de santé, le manque d'estime de soi (dénier de soi, de sa valeur personnelle, de son corps, ...).
- Peurs des dépistages, des examens complémentaires (investigations supplémentaires sur le corps, examens invasifs, ...), ne voit pas l'intérêt, problématique de la culture dans les approches
- Méfiance et non confiance dans le corps médical
- Mauvaise interprétation des messages de prévention,
- Méconnaissance des consignes de prévention

Les obstacles et freins à l'accès aux droits et aux soins pour les personnes en situation de précarité

Obstacles liés à l'accès aux droits

• Méconnaissances :

- des droits (pas ou peu d'informations, d'explications),
- des démarches administratives, absence d'accompagnement social et administratif

• Complexité du système d'ouverture de droits et de couverture sociale :

- CMU, CMU-C, accès à une complémentaire santé (ACS), AME, ...
- Difficultés de réunir toutes les pièces justificatives ou absence de ces pièces
- Absence de parcours de soins coordonné et de médecins traitant
- Manque de visibilité, d'appréhension, de repérage, d'intérêt du système

Les obstacles et freins à l'accès aux droits et aux soins pour les personnes en situation de précarité

Obstacles liés au système de santé, aux conséquences politiques, aux conditions administratives

- **Relatifs au mode d'intervention des professionnels de santé, des établissements sanitaires :**
 - Difficulté de coordination entre les acteurs de la santé, du social et du médico-social, au niveau de la prise en charge (errance médicale et consommation itérative de médicaments),
 - Refus de soins de certains professionnels de santé,
 - Difficultés de sorties d'hospitalisation des patients vers les établissements d'aval (SSR, LHSS, ACT, EHPAD, ...),
 - Absence de construction d'un véritable parcours de soins coordonnés lié pour partie au refus de soins, pour partie du fait de la non stabilité du diagnostic (mode de l'urgence),

- **Relatifs aux personnes précaires**
 - Retard aux soins, Pathologies graves et lourdes
 - Manque de visibilité et de repérage du rôle respectif des différents acteurs
 - Problématique d'accès aux soins, de maintien dans le soin, d'observance des traitements et de suivi médical liés aux conditions administratives, aux coûts financiers, au renoncement aux soins.

- **Relatifs à l'évolution des politiques de santé et au système de santé**
 - Conséquences des politiques publiques ne favorisant pas l'égalité de santé (réformes, remboursements de médicaments, dépassement d'honoraires, ...),
 - Difficultés d'accès aux soins dentaires, optiques, auditifs, prothèses liés aux coûts des soins et de leur faible prise en charge (reste à payer important, ...)
 - Inadaptation des messages de prévention,
 - Réduction de la mission d'accompagnement d'accès au système de soins

ANNEXE N 5



Le diagnostic

Rappel sur le contexte économique et social de la région du Languedoc-Roussillon

Croissance démographique la plus forte de France.

Le dynamisme démographique sensible sur le littoral, dans les principales agglomérations (Montpellier, Nîmes et Perpignan).

Chômage

Taux de chômage régional : 13,1% au 31/12/2011 contre 9,4% en France.

Les séniors ont été touchés (+18%), puis les jeunes.

Le chômage de longue durée continue à s'amplifier

RSA

Progression du nombre d'allocataires du RSA en 2011 de + 2,5%.

(Près de 10% de la population régionale est couverte par le RSA).

Faisant suite à la crise économique de 2008 et à ses conséquences sociales en terme de travail, de logement, de revenus, les éléments suivants sont relevés :

- Aggravation des difficultés sociales
- Augmentation du surendettement et du nombre de ménages percevant des minimas sociaux.
- Pertes d'emplois et augmentation du chômage.
- Basculement d'une frange de la population jusqu'alors protégée, sur des situations de précarité et même de pauvreté.

Données régionales

Libellés	Aude	Gard	Hérault	Lozère	P.O.	Région LR
Précarité financière (2010)						
Part de la population couverte par les minima sociaux - Tous les minima pour les plus de 20 ans	10,60%	9,90%	9,80%	8,30%	11,50%	10,20%
RSA (0-64 ans)	13,10%	12,30%	11,30%	4,90%	13,90%	12,10%
AAH (0-59 ans)	4,30%	2,90%	3,40%	5,50%	3,90%	3,50%
ASI (0-59 ans)	0,30%	0,50%	0,30%	0,30%	0,40%	0,40%
Foyers fiscaux non imposables	56,70%	53,20%	51,70%	54,30%	55	53,40%
Hébergement d'urgence et réinsertion sociale (2010)						
Nombre établissements (CHRS et autres établissements)	4	17	25	3	11	60
Densité d'hébergement *	67,9	81,6	94	60,2	110,6	88,9
Accès aux soins (2011)						
% de la population totale bénéficiaire de la CMU-C	8,90%	9,90%	9,20%	3,90%	9,70%	9,30%
Densité médicale (2011)						
Densité médicale des généralistes	116	120	145	91	140	132
Densité médicale des spécialistes	74	87	140	38	105	108

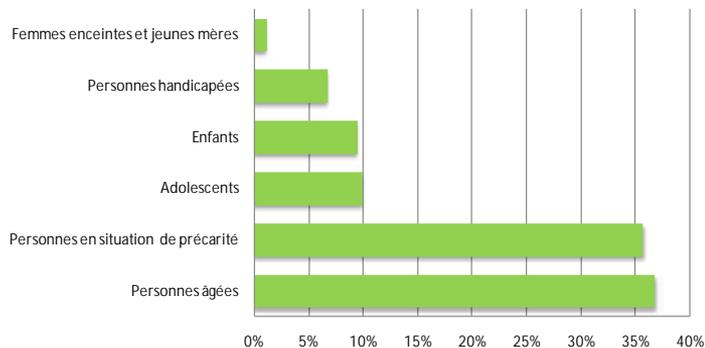
* Densité d'hébergement : Pour 100 000 personnes de 15 à 64 ans (INSEE - RP 2008)

(Source : Outil GEOSS - POSS-LR)

Précarité et santé : une inquiétude des maires (enquête ARS auprès des maires)

Population posant des problèmes de santé

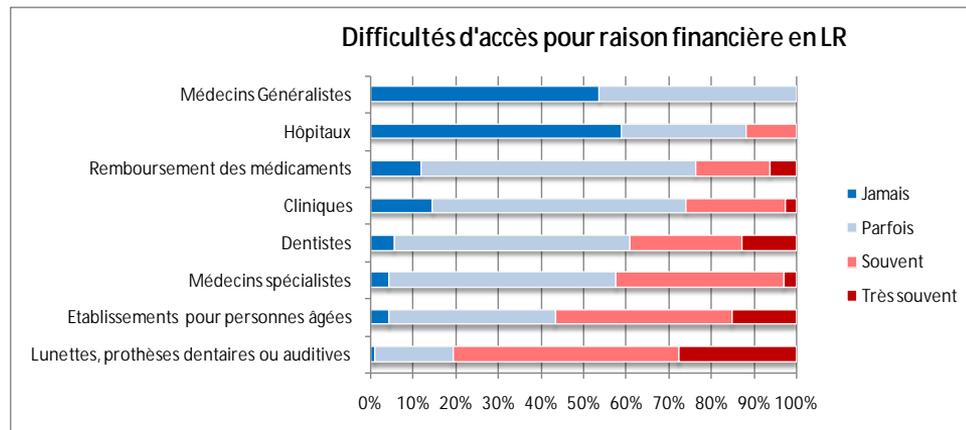
Réponses des maires pondérées par la population de la commune



92 % des 1 545 maires du Languedoc-Roussillon positionnent en tête de leurs préoccupations les personnes âgées et les personnes en situation de précarité.

Accessibilité financière aux soins en Languedoc-Roussillon

Réponses des maires pondérées par la population de la commune



Selon les maires, les quatre principales difficultés des populations en termes d'accessibilité financière se situent sur les thèmes suivants (par ordre hiérarchique) :

- Lunettes, prothèses dentaires ou auditives (80%),
- Etablissements pour personnes âgées (60%),
- Médecins spécialistes (40%),
- Dentistes (40%).

28 zones urbaines sensibles (ZUS*) représentant 18% de la population

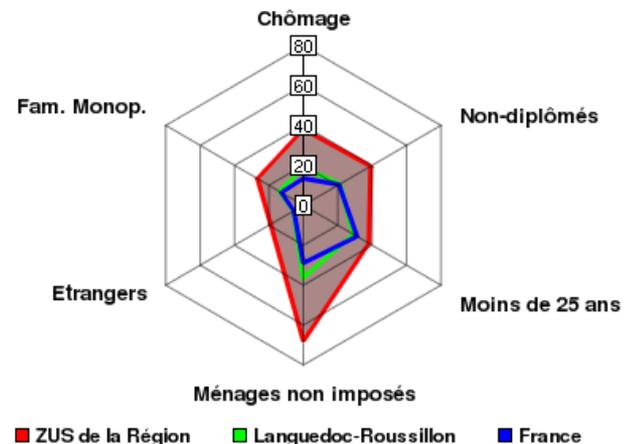
ZUS	Communes d'implantation	Population totale de la ZUS
Les Escanaux, oronelle	Bagnols-sur-Cèze	4 180
Centre	Beaucaire	4 430
Les Gobelins, Cité Monfort, St Martin	Lodève	2 650
Cité de la Roquette, L'Abrivado, La Brèche	Lunel	3 260
Sabatot	Saint-Gilles	1 810
La Moulinelle	Beaucaire	2 790
La Conte	Carcassonne	2 320
Le Viguiet St Jacques	Carcassonne	2 050
St Jean, St Pierre	Narbonne	6 560
Chemin bas d'Avignon	Nîmes	6 580
Mas de Mingue	Nîmes	2190
ZUP Pissevin, Valdegour	Nîmes	16030
Le Faubourg, Centre	Béziers	1 550
Les Arènes, La Devèze	Béziers	14 940
Pintat, Les Oiseaux	Béziers	1 900
Gély-Figuerolles	Montpellier	2 170
La Paillade	Montpellier	15 460
Les Cévennes	Montpellier	5 980
Pas du Loup, Val de Croze, Paul Valéry	Montpellier	4 780
Petit Bard, Pergola	Montpellier	5 040
La Peyrade	Frontignan	2 400
Quartier Nord	Frontignan	2 800
Presqu'île de Thau	Sète	4 320
Le Vernet	Perpignan	11 720
St Jacques	Perpignan	7 270
Les Cévennes	Alès	2 220
Pré-St-Jean	Alès	3 200
Trescol	Grand-Combe	960
Ensemble des ZUS		141 560

Source : Insee - RP 1999

En Languedoc-Roussillon : 28 ZUS sont réparties entre 15 villes, 18% de la population totale des villes où elles sont implantées et 18,88% des jeunes de 15 à 24 ans.

Dans les ZUS, 17,4% de la population est nationalité étrangère (8,1% pour les villes).

L'INSEE estime que les immigrés composent plus de 20% de la population des ZUS de notre région.



© 2012 [SG-CIV](#) - Réalisation : [ELOGYS](#) - Cartographie : [GEOSIGNAL](#) - [Informations légales](#)

* **Définition** : Les zones urbaines sensibles (ZUS) sont des territoires infra-urbains définis par les pouvoirs publics pour être la cible prioritaire de la politique de la ville, en fonction des considérations locales liées aux difficultés que connaissent les habitants de ces territoires.

Taux d'équipement de l'hébergement d'urgence et de stabilisation

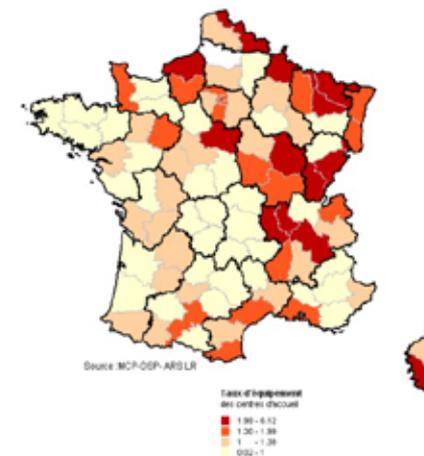
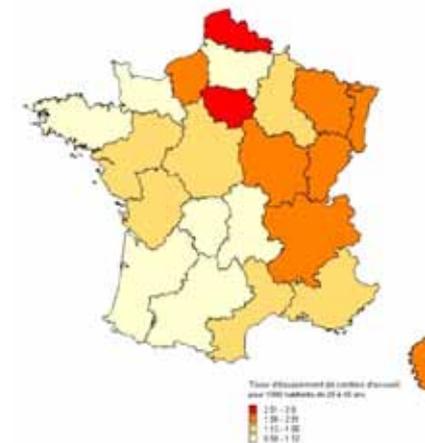
Capacités offertes en hébergement et en logement adapté par type d'établissement au 01/01/2011

Libellés	Région LR	France
Nombre de places en CHRS	1 071	38 980
Autres centres d'accueil (*)	389	20 470
Maisons relais (places financées)	670	7 323
Taux d'équipement en places d'hébergement pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans	1.29	1.75

Source : DRJSCS LR – FINESS au 01/01/2011

(*) = centres d'hébergement d'urgence, de stabilisation et de veille sociale et autres non conventionnés au titre de l'aide sociale de l'Etat

Le taux d'équipement en hébergement des populations précaires, la région se situe au dessous de la moyenne nationale avec une forte disparité entre départements



INEGALITES DE SANTE EN LANGUEDOC-ROUSSILLON

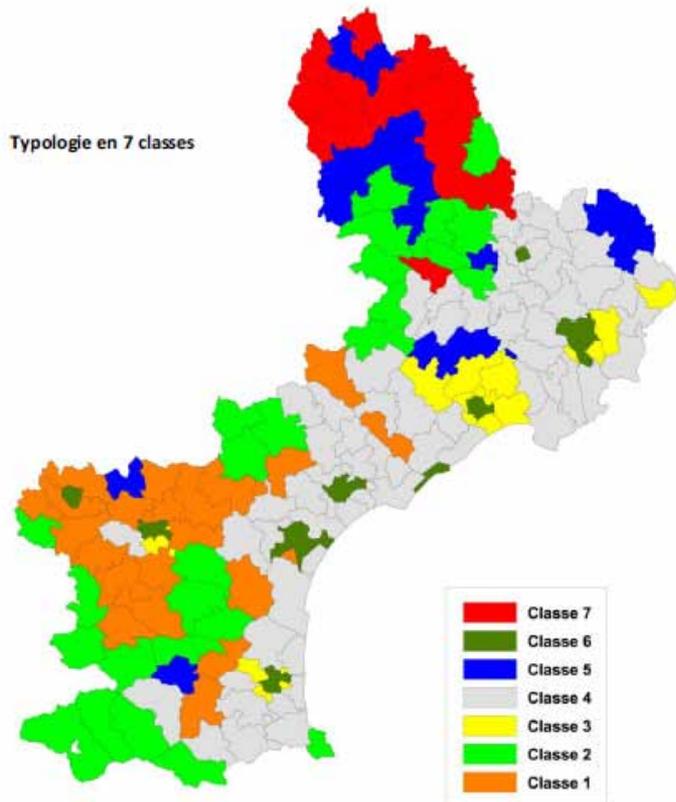
Légende de la typologie cantonale

- **Classe 1** : Cantons ruraux, plutôt âgés, densité de professionnels de santé faible, offre en établissements pour personnes âgées inférieures à la moyenne.
- **Classe 2** : Cantons ruraux isolés, agricoles, population âgée et vivant seule, peu de foyers imposables, densité en infirmiers élevé.
- **Classe 3** : Cantons périurbains, denses, jeunes, plus de cadres, plus de chômeurs de longue durée, peu de précarité, densité de professionnels de santé élevée.
- **Classe 4** : Cantons du littoral et de la plaine moyennement denses, fortes proportion des personnes précaires, et de personnes au chômage, densité moyenne en omnipraticiens et forte en infirmiers.
- **Classe 5** : Cantons ruraux, peu âgés, peu de demandeurs d'emploi, peu de précarité, pauvres en professionnels de santé, offre d'hébergement en personnes âgées importante.
- **Classe 6** : Cantons urbains, nombreuses personnes vivant seules, cadres et employés, part élevée de logements sociaux, chômage et précarité forte, offre en professionnels de santé élevée, offre d'hébergement pour personnes âgées plus faible.
- **Classe 7** : Cantons ruraux isolés du nord de la région, agricoles, âgés, moins de personnes âgées vivant seules, forte proportion de foyers non imposables, faible densité médicale et nombreux établissements pour personnes âgées.
- L'analyse des indicateurs sociodémographiques, d'offre de soins et d'état de santé de la population au niveau cantonal confirme l'existence de fortes disparités au sein de la région et d'inégalités importantes de santé.

INEGALITES DE SANTE EN LANGUEDOC-ROUSSILLON

La carte présentée ci-contre met en évidence les inégalités suivantes :

- un littoral et une plaine avec une population précaire importante et en surmortalité,
- des zones urbaines denses et contrastées, alliant population de niveau sociodémographique favorisée et précarité, surmortalité prématurée,
- des cantons périurbains a priori favorisés mais avec des chômeurs de longue durée, en sous mortalité prématurée,
- un arrière-pays plus rural dans lequel s'individualisent 4 classes de cantons ayant de forts contrastes : population âgées plus ou moins importante, précarité variable, densité en professionnel parfois élevée ou basse, surmortalité ou sous mortalité, ...



Traitement : ORS-LR

Les dispositifs financés par l'ARS :

Financement par les MIGAC

- **PASS** – Permanence d'Accès aux Soins de Santé (17 établissements sanitaires publics)
- **PASS Psychiatrie** (2 établissements sanitaires : 1 public + 1 privé)
- **Forfait précarité** (18 établissements sanitaires : 9 privés + 9 publics)
- **CDAG intra-hospitalière** (6 établissements sanitaires publics)
- **Addictologie** : ELSA- Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (10 établissements sanitaires publics) et consultations en addictologie (10 établissements sanitaires publics et 1 privé)
- **UCSA** – Unité de Consultation et Soins Ambulatoires dans les établissements pénitentiaires(6 établissements sanitaires publics)
- **MDA** – Maison des Adolescents : financée en partie par MIGAC
- **Education thérapeutique** (7 établissements publics et 2 établissements privés)

Financement par la DAF - Dotation Annuelle de financement (SSR ou Psychiatrie)

- **PASS** (6 établissements sanitaires)
- **EMPP** – Equipe Mobile de Psychiatrie Précarité (9 établissements sanitaires publics)
- **SMPR** – Service Médico-psychologique régional (1 établissement)

Financement par la DAF et par les tarifs

- **Service social hospitalier**

Les structures financées par l'ARS

Financement par l'ONDAM Médico-social

- **LHSS** – Lit Halte Soins Santé (36 places)
- **ACT** – Appartements de Coordination Thérapeutique (83 places autorisées mais 82 financées)
- **CSAPA** – Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (19 structures)
- **CAARUD** – Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des risques chez les Usagers de Drogues (7 structures)

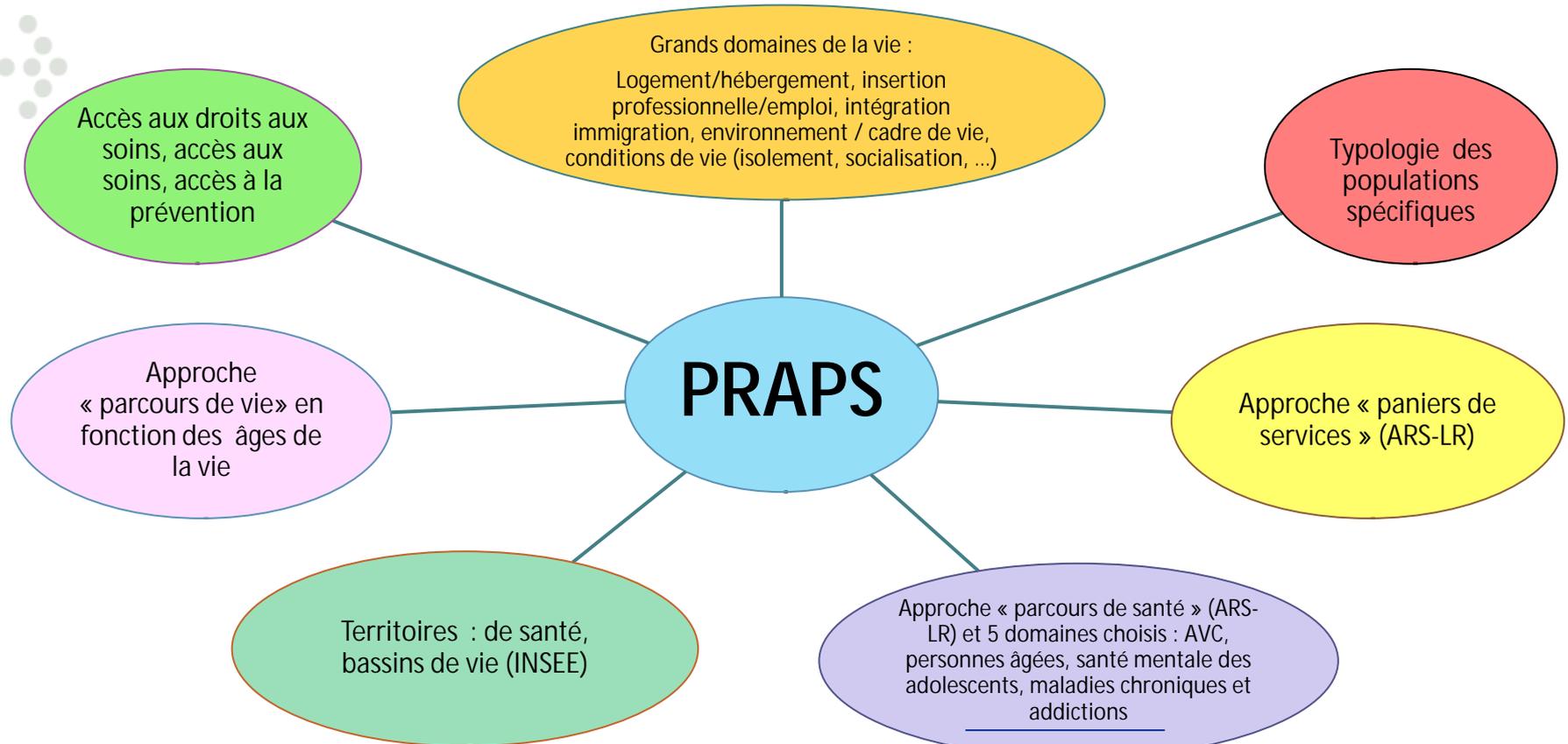
Les structures d'actions recentralisées en région

Actions de recentralisation

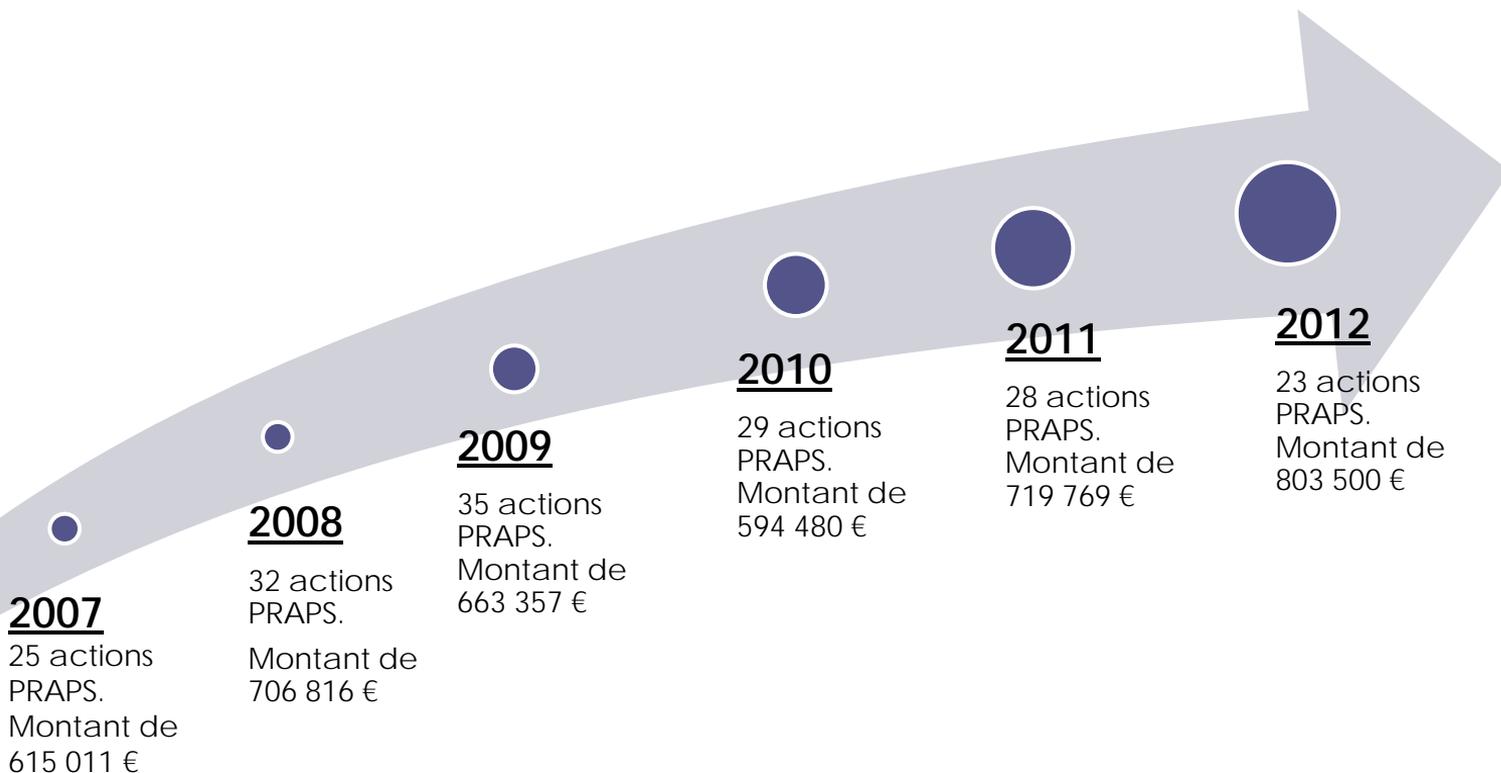
- **CLAT** - Centre de Lutte contre la Tuberculose (9 structures)
- **CV** - Centre de vaccinations (14 structures)
- **CIDDIST-CDAG** – Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles - Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit extrahospitalière (10 structures)

Dépistages organisés des cancers du sein et colorectal (4 structures)

Le PRAPS : à l'intersection des plusieurs variables



Bilan des actions réalisées, financées depuis 2007



ANNEXE N 6

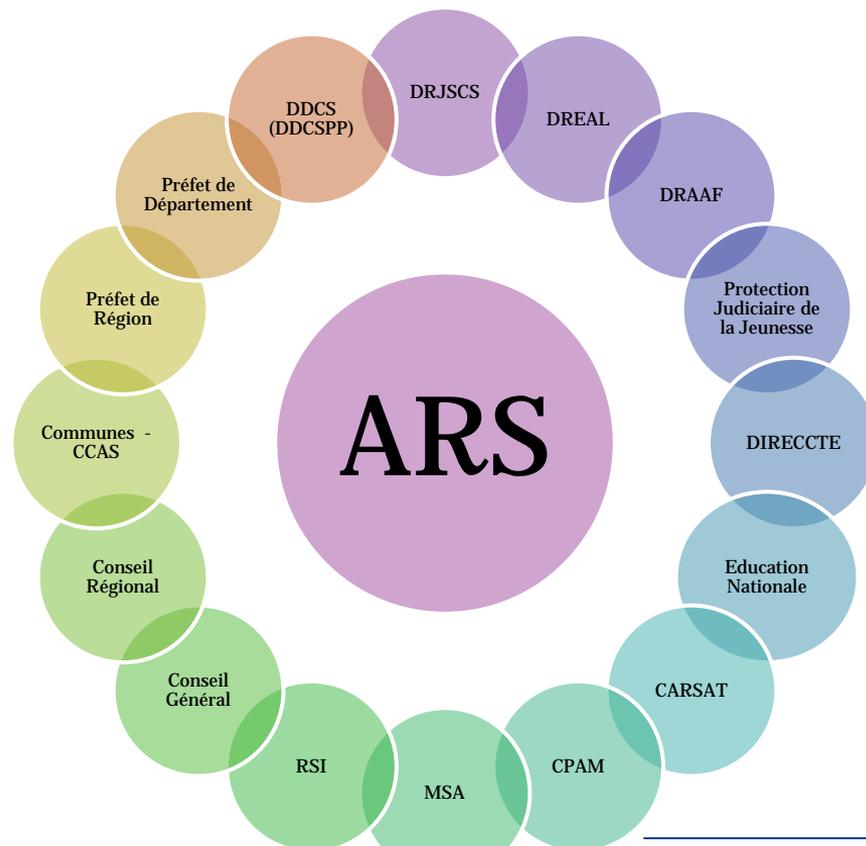


L'intersectorialité

Le PRAPS et l'intersectorialité - La coordination des politiques publiques

Coordination des politiques publiques sur un ensemble de thématiques touchant à :

- l'emploi,
- l'éducation,
- l'emploi,
- la ville,
- la santé,
- le logement,
- l'environnement
- certaines catégories de populations (personnes âgées, personnes handicapées, jeunes, ...)



ANNEXE N° 7



Les territoires de santé de
Languedoc-Roussillon

Le territoire de l'Aude



Démographie : 349 500 habitants en 2008.
 Part des jeunes dans la population (15-24 ans) : 10,5%.
 Indice de vieillissement : 96,2
 Croissance démographique : 1,4% par an

Indicateurs de la précarité et minimas sociaux :

Département marqué par la précarité. Taux de pauvreté le plus important en LR.

- Taux de chômage : 12,9 % (1er trim. 2011).
- Taux de pauvreté : 20% pour 908 euros (/ unité de conso. chiffres 2007).
- Intensité de la pauvreté 20%.
- Taux de pauvreté des jeunes de 20 à 24 ans : 24,7%

Taux d'équipements particulièrement bas :

- * Taux d'équipements en logements sociaux : 8,8 %
- Nombre de CHRS : 5
- Nombre de places en CHRS (urgence et insertion): 123 (chiffres au 31/12/2009)
- * Nombre de places en hébergements d'urgence et de stabilisation : 23 (chiffres au 31/12/2009)
- * Taux d'équipement en stabilisation pour 100 000 habitants : 2,0
- * Taux d'équipement en CHRS (urgence et insertion) pour 100 000 habitants : 35,2
- * Taux d'équipement en maison-relais pour 100 000 habitants : 16
- * Taux d'équipement CADA pour 100 000 habitants : 24,6
- Nombre de CUCS : 2 - Nombre de ZUS : 3 - Nombre de quartiers prioritaires : 10 (29 254 habitants).

Territoire de l'Aude - Dispositifs financés par l'ARS

Communes	MIG PASS	MIG Précarité	LHSS	ACT	CLAT	CV	CIDDIST-CDAG	CSAPA	CAARUD	UCSA	Dépistage du cancer
Carcassonne	1			1	1	1	1	2	1	1	1
Castelnaudary	1										
Narbonne	1				1	1	1	2	1		
Limoux	1							1			
Quillan											
TOTAL	4	0	0	1	2	2	2	5	2	1	1

Le territoire du Gard



Démographie : 696 500 habitants en 2008

- Part des jeunes dans la population (15-24 ans) : 11,8%.
- Indice de vieillissement : 74
- Croissance démographique relativement importante : 1,3% par an.

Indicateurs de la précarité et minimas sociaux : Niveau de chômage élevé et importante précarité

- Taux de chômage : 12,8 % (1er trim. 2011).
- Taux de pauvreté : 18,7% (p/ 908 euros par unité de conso. Chiffres 2007).
- Intensité de la pauvreté 21%.
- * Taux de pauvreté des jeunes de 20 à 24 ans : 22,7%
- * Habitat social insuffisant, fort poids de l'habitat indigne
- Arrivée des « néo-ruraux » âgés, de populations en difficultés économiques, sociales.
- La part des personnes âgées augmente dans certains territoires (Nord Alésien). Problème d'isolement des séniors.

Taux d'équipements :

- Nombre de CHRS : 22 au 31/12/2010
- Nombre de places en CHRS (urgence et insertion): 214 (chiffres au 31/12/2009)
- Nombre de places en hébergements d'urgence et de stabilisation : 146 (chiffres au 31/12/2009)
- Taux d'équipement en stabilisation pour 100 000 habitants : 8,2
- Taux d'équipement en CHRS (urgence et insertion) pour 100 000 habitants : 30,7
- Taux d'équipement en maison-relais pour 100 000 habitants : 23,7
- Taux d'équipement CADA pour 100 000 habitants : 20,8

Territoire du Gard - Dispositifs financés par l'ARS

Communes	MIG PASS	MIG Précarité	LHSS	ACT	CLAT	CV	CIDDIST-CDAG	CSAPA	CAARUD	UCSA	Dépistage du cancer
Alès	1		1	1	1		1	1			
Bagnols-sur-Cèze	1				1		1				
Nîmes	1	3		1	1		1	4	3	1	1 (en association Gard - Lozère)
Le Vigan	1							1			
St Gilles								1			
La Grand Combe											
Uzès	1										
TOTAL	5	3	1	2	3	1	3	7	3	1	1

Le territoire de l'Hérault



Démographie : 1 023 000 habitant en 2008

- Part des jeunes dans la population (15-24 ans) : 13,8%.
- Indice de vieillissement : 73,4.
- département connaît la plus forte croissance démographique (1,5 % par an) de la région.
- Nombre important de personnes âgées ou vieillissantes.
- Territoire au plus fort taux de natalité de la région : Flux migratoires importants entre les migrants primo-arrivants, les demandeurs d'asile et le flux migratoire national.

Indicateurs de la précarité et minimas sociaux : Département fortement marqué par la précarité et le chômage.

- * Taux de chômage : 13,6 % (1er trim. 2011).
- Taux de pauvreté : 18% (p/ 908 euros par unité de conso. (2007)
- Intensité de la pauvreté : 20%.
- * Taux de pauvreté des jeunes de 20 à 24 ans : 24,8%
- Populations quittant l'agglomération pour la périphérie pour des motifs économiques (cherté des loyers) mais isolement.
- Ecart socio-économiques marqués, précarité. Disparités économiques flagrantes entre l'urbain et le rural.

Taux d'équipements :

- * Nombre de CHR : 27
 - * Nombre de places en CHR (urgence et insertion): 437 (chiffres au 31/12/2009)
 - Nombre de places en hébergements d'urgence et de stabilisation : 149 (chiffres au 31/12/2009)
 - Taux d'équipement en stabilisation pour 100 000 habitants : 6,2
 - Taux d'équipement en CHR (urgence et insertion) pour 100 000 habitants : 42,7
 - Taux d'équipement en maison-relais pour 100 000 habitants : 23,6
 - Taux d'équipement CADA pour 100 000 habitants : 20,00
- Problématique d'accueil des demandeurs d'asile, de logement-hébergement pour les sortants de prisons, de l'accompagnement-hébergement – logement des personnes sans chez soi et grands précaires.
- Nombre de CUCS : 7 - Nombre de ZUS : 13 - Nombre de quartiers prioritaires : 21 (103 044 habitants).

Territoire de l'Hérault - Dispositifs financés par l'ARS

Communes	MIG PASS	MIG Précarité	LHSS	ACT	CLAT	CV	CIDDIST-CDAG	CSAPA	CAARUD	UCSA	Dépistage du cancer
Béziers	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Montpellier	1	2	1	2	1	1	1	3	2	1	1
Sète	1	1	1				1 (CDAG)				
Montferrier						1					
Castelnau-le-Lez								1			
Maurin								1			
Lunel	1										
TOTAL	4	4	3	2	2	3	3	6	3	2	1

Le territoire de la Lozère



Démographie : 77 000 habitants en 2008
 Part des jeunes dans la population (15-24 ans) : 10,6%.
 Indice de vieillissement : 95,6
 Croissance démographique faible (0,5%).
 Solde migratoire important (0,7%), émergence de nouvelles populations avec un mode de vie alternatif.
 Population dispersée dans des communes de petite taille.

Importance de la population handicapée accueillie en établissement médico-social (jeunes et adultes).

Indicateurs de la précarité et minimas sociaux :

- * Taux de chômage : 4,9 % (3ème trim. 2010).
- Taux de pauvreté : 17% (p/ 908 euros par unité de conso. (2007).
- Intensité de la pauvreté 17,9%.
- * Taux de pauvreté des jeunes de 20 à 24 ans : 18,1%
- **Taux d'équipements** : Fort taux d'équipements médico-sociaux.
- Nombre de CHRS : 5
- Nombre de places en CHRS (urgence et insertion): 22 (12/2009)
- Nombre de places en hébergements d'urgence et de stabilisation : 7 (12/2009)
- Taux d'équipement de stabilisation pour 100 000 habitants : 2,6
- Taux d'équipement en CHRS (urgence et insertion) pour 100 000 habitants : 28,6
- Taux d'équipement en maison-relais pour 100 000 habitants : 26
- Taux d'équipement CADA pour 100 000 habitants : 51,9
- * Le taux d'équipements en hébergement d'urgence ou CHRS est bas. Des tensions existent dans le Nord du département où il n'existe pas de places d'urgence.
- * Nombre de CUCS : 1 - Nombre de ZUS : 0 - Nombre de quartiers prioritaires : 1 (2 173 habitants)

Territoire de la Lozère - Dispositifs financés par l'ARS

Communes	MIG PASS	MIG Précarité	LHSS	ACT	CLAT	CV	CIDDIST-CDAG	CSAPA	CAARUD	UCSA	Dépistage du cancer
Mende	1				1	1	1	1		1	En association Gard - Lozère
TOTAL	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	

Le territoire des Pyrénées-Orientales



- **Démographie** : 441 500 habitants en 2008.
 - Part des jeunes dans la population (15-24 ans) : 10,9%.
 - Indice de vieillissement : 96,4
 - Croissance démographique importante (1,3% par an) due à un fort solde migratoire (1,4 %) qui se concentre notamment dans la plaine du Roussillon..
 - Forte population de travailleurs saisonniers

Indicateurs de la précarité et minimas sociaux : Département le plus marqué par la précarité, en LR. Cumul du plus fort taux de chômage et d'allocataires du RSA.

- * Taux de chômage : 13,3 % (1er trim. 2011).
- Taux de pauvreté : 19,8% pour 908 euros (p/ unité de conso. (2007).
- Intensité de la pauvreté 19,8%.
- Taux de pauvreté des jeunes de 20 à 24 ans : 25,3%
- Importance de la précarité et de la pauvreté sur Perpignan, dans le Conflent et les Fenouillèdes.

• **Taux d'équipements** : Taux d'équipements le plus élevé de la région.

- * Nombre de CHRS : 14
- * Nombre de places en CHRS (urgence et insertion) : 205 (12/2009)
- * Nombre de places en hébergements d'urgence et de stabilisation : 94 (12/2009)
- Taux d'équipements de stabilisation pour 100 000 habitants : 5,7
- Taux d'équipements en CHRS (urgence et insertion) pour 100 000 habitants : 46,4.
- Taux d'équipements en maison-relais pour 100 000 habitants : 17,7
- Taux d'équipements CADA pour 100 000 habitants : 19,3
- Répartition territoriale de l'offre d'hébergement est jugée cohérente.
- Nombre de CUGS : 2 - Nombre de ZUS : 2 - Nombre de quartiers prioritaires : 8 (34 669 habitants).

Territoire des Pyrénées Orientales - Dispositifs financés par l'ARS

Communes	MIG PASS	MIG Précarité	LHSS	ACT	CLAT	CV	CIDDIST-CDAG	CSAPA	CAARUD	UCSA	Dépistage du cancer
Perpignan	1	2	1	1	1	1	1 (CDAG) + 1 (CIDDIST)	1	1	1	1
Banyuls-sur-Mer			1								
Thuir	1							1			
Prades	1										
TOTAL	3	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1

ANNEXE N 8



Rappel de quelques notions

PASS - Permanences d'accès aux soins de santé

Article L 6112-6 du Code de la Santé Publique

- a « Dans le cadre du PRAPS, les établissements qui assurent le service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé visant à faciliter l'accès des personnes en situation de précarité au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ».

Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 N 736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies, décrit les objectifs et les modalités d'organisation des PASS :

- a « Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social ».

- a « Ainsi l'objectif poursuivi consiste à mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation, de soins ».



LHSS - Lits Halte Soins Santé

- à Les Lits Halte Soins Santé sont des établissements médico-sociaux qui relèvent du 9^o du I de l'article 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Leur mise en œuvre législative relève de la Circulaire du 7 février 2006.
- à Les personnes concernées sont les personnes sans domicile fixe devant recevoir des soins, quelle que soit leur situation administrative, que leurs droits à l'assurance maladie soient ouverts ou pas, dont l'état ne nécessite pas d'hospitalisation ou de prise en charge spécialisée.
- à Les LHSS ne se substituent pas à l'hôpital et ne sont pas dédiés à une pathologie donnée.
- à La durée prévisionnelle du séjour ne doit pas excéder deux mois, mais elle reste conditionnée à l'évolution de l'état de santé de la personne accueillie.



CMU - Couverture Maladie Universelle

CMU-C - Couverture complémentaire santé gratuite

La création de la Couverture Maladie Universelle a été instaurée par la Loi N 99-641 du 27 juillet 1999.

- a A la date du 1er janvier 2000, toute personne résidant en France de façon stable et régulière peut bénéficier :
 - * d'une couverture de base, gratuite si ses ressources sont inférieures à un certain plafond par foyer fiscal,
 - * d'une couverture complémentaire santé gratuite (CMU-C), si ses ressources annuelles ne dépassent pas un plafond fixé par décret.

- a Les personnes qui, malgré leurs faibles ressources ne sont pas ou plus bénéficiaires de la CMU-C gratuite peuvent prétendre, lorsque leurs ressources n'excèdent pas de plus de 20% le plafond de la CMU-C à l'aide au paiement d'une complémentaire santé appelée ACS.



ACS - Aide pour une Complémentaire Santé

- à L'ACS permet de bénéficier de la dispense d'avance de frais sur la partie prise en charge par l'Assurance Maladie lors des consultations médicales dans le cadre du parcours de soins coordonnés.
- à L'Aide pour une Complémentaire Santé vise à atténuer l'effet de seuil de la CMU complémentaire. Elle consiste à une aide financière au paiement d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé.
- à Cette aide varie en fonction du nombre de bénéficiaires et de leur âge. Cette aide se présente sous la forme d'un chèque santé par individu composant le foyer et selon son âge.
- à Cette aide s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 20%.
- à « Les conditions de stabilité et de régularité de la résidence sont examinées dans les mêmes conditions que pour la CMU complémentaire par l'organisme d'Assurance Maladie du demandeur. En cas d'accord, celle-ci remet une attestation-chèque au demandeur et à ses bénéficiaires âgés de plus de 16 ans. L'intéressé peut bénéficier ainsi d'une réduction sur le montant du contrat nouvellement choisi ou déjà souscrit ».

AME - Aide Médicale Etat

- à L'Aide Médicale Etat est destinée à permettre, sous conditions de ressources, l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière qui ne disposent d'aucune couverture sociale, à condition de résider en France depuis plus de 3 mois.

- à Trois conditions sont à remplir :
 - * justification de l'identité ainsi que des personnes à charge,
 - * résidence en France de façon stable (de manière ininterrompue) depuis plus de 3 mois,
 - * ressources ne devant pas dépasser un certain plafond, défini en fonction de la composition du foyer et du lieu de résidence. Les conditions de ressources sont les mêmes que pour l'obtention de la CMU-C.

- à A noter qu'au 1er Mars 2011, un forfait de 30 euros par an sera demandé pour l'obtention de l'AME.

RSA - Revenu de solidarité active

- à La Loi du 4 décembre 2008 créé le revenu de solidarité active et le contrat unique d'insertion (CUI).
- à Cette prestation est destinée à remplacer au 1er juin 2009 les prestations suivantes : le Revenu Minimum d'Insertion, l'Allocation Parent Isolé, la prime forfaitaire de retour à l'emploi et la prime de retour à l'emploi.
- à Le montant du RSA comprend une partie fixe (somme forfaitaire : RSA socle) et une partie variable, en fonction des revenus professionnels de la personne (RSA activité).
- à Le bénéficiaire du RSA a droit à un accompagnement social et professionnel adapté à ses besoins et organisé par un référent unique.
- à La loi met en place un contrat unique d'insertion, au 1er janvier 2010, il prendra la forme d'un CDI ou CDD de 6 mois minimum, renouvelable pour une durée totale de 24 mois ou de 5 ans pour les salariés de plus de 50 ans.

RSA jeunes

- à A partir du 1er Septembre 2010, le RSA est accessible aux jeunes âgés de 18 à 25 ans sans enfant à charge, avec une condition préalable d'activité professionnelle. Ces allocataires bénéficient du RSA non majoré, et peuvent prétendre au RSA socle et au RSA activité.
- à Mais le bilan de cette mise en œuvre est mitigé du au fait que les conditions d'accès sont drastiques pour pouvoir prétendre à cette mesure.

ASV - Ateliers Santé Ville

● Suite à la Loi de lutte contre les exclusions et de la mise en œuvre des PRAPS, les Ateliers Santé Ville ont été mis en place en 2000 pour renforcer le volet santé des Contrats de ville et décliner ainsi localement les PRAPS.

« L'Atelier Santé Ville (ASV) constitue le point de convergence entre le volet santé de la politique de la ville et le volet santé de la loi contre les exclusions. Il est l'interface permettant de décliner le PRAPS ».

La Circulaire N° DGS /SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire établit les liaisons entre le PRAPS et les ateliers santé ville (ASV) ainsi qu'un bon nombre de thèmes en lien avec le PRAPS (RMI, santé mentale, politique de la ville prévention, CMU, AME, PASS, éducation pour la santé, ...).

Cette circulaire énonce les objectifs des ASV :

- a accroître la cohérence et l'efficacité de l'action locale en matière de santé, par la mise en place d'une coordination des acteurs présents sur le territoire,
- a éclairer les acteurs et les décideurs sur la forme prise localement par les inégalités sociales et territoriales de santé et définir de façon concertée les réponses à apporter, ceci par la réalisation de diagnostics partagés et la programmation d'actions locales de santé publique, en mettant l'accent sur les quartiers prioritaires,
- a insérer la thématique santé dans le processus global de développement social local mis en œuvre sur le territoire du Contrat de ville, en veillant aux articulations nécessaires avec les autres composantes (l'économique, le social, l'habitat, le culturel,...),
- a initier et développer la participation des habitants sur l'identification des problèmes, la détermination des réponses, la mise en œuvre des actions et leur évaluation, ceci au titre de la démocratie sanitaire.



ASV - Ateliers Santé Ville (suite)

« Décidés par le Comité Interministériel des villes, le 14 décembre 1999, les ASV ont été conçus comme un nouvel outil au service d'une démarche participative locale et de l'articulation entre politique de santé et politique de la ville ».

La loi relative à la politique de santé publique et celle relative aux libertés et responsabilités locales, respectivement promulguées les 9 et 13 août 2004, conduisent à un réaménagement des compétences en matière de santé publique et précisent le cadre et les orientations de la politique de santé publique.

Les ASV sont les « matrices locales pour animer, adapter et renforcer les différents axes de la politique de santé publique ».

« L'ASV a été identifié comme un cadre facilitateur pour développer l'articulation entre politique de la ville et politique de santé publique. Les contrats locaux de santé peuvent représenter une opportunité pour que les villes développent leur position d'opérateurs de santé publique et soient davantage force de proposition ».

Les actions menées par les ASV d'une manière générale s'inscrivent dans l'accès à l'information, les campagnes de prévention, l'accès aux soins, l'accès aux droits, la prévention et la lutte contre les discriminations dans le domaine de la santé et les actions favorisant l'installation ou le maintien des professionnels de santé.

Les thèmes les plus cités sont : nutrition, surpoids, diabète, conduites addictives, souffrance psychique et santé mentale, hygiène bucco-dentaire.

CUCS - Contrats Urbains de Cohésion Sociale



La Circulaire du 24 mai 2006 relative à l'élaboration des futurs contrats urbains de cohésion sociale fixe les objets et la géographie d'intervention des contrats, précise les conditions d'élaboration et de définition du projet urbain de cohésion sociale. Ce texte pose le calendrier de la mise en œuvre des CUCS.

Ce texte rappelle les orientations prioritaires de l'Etat. La circulaire définit les CUCS comme le « cadre de mise en œuvre du projet de développement social et urbain en faveur des habitants des quartiers en difficulté reconnus comme prioritaires ».

Le contenu des CUCS est défini selon un « programme d'actions » ayant 5 objectifs prioritaires :

- 1 – L'accès à l'emploi et le développement économique
- 2 – L'amélioration de l'habitat et du cadre de vie
- 3 – La réussite éducative et l'égalité des chances
- 4 – La citoyenneté et la prévention de la délinquance
- 5 - L'accès à la santé.

ANNEXE N 9



Glossaire

Annexe 9 - Glossaire

AAH : Allocation pour Adultes Handicapés

ACS : Aide à la Complémentaire Santé

ACSé : Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des chances

ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique

AME : Aide Médicale État

ARS : Agence Régionale de Santé

ASS : Allocation de Solidarité Spécifique

ASS : Action sanitaire et Sociale

ASV : Allocation de Solidarité Vieillesse

ASV : Atelier Santé Ville

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCP : Commission de Coordination de la Prévention

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CG : Conseil Général

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CIV : Comité Interministériel des Villes

CIDDIST : Centre d'Informations de Dépistage, de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

CLAT : Centre de Lutte Anti-Tuberculose

CLS : Contrat Local de Santé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CMU : Couverture Maladie Universelle (de base)

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CR : Conseil Régional

CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

CSAPA : Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSP : Catégorie Socio – Professionnelle

CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale

DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DDCSPP : Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations

DIRECCTE : Direction régionale des Entreprises, de la concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DRAAF : direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt

DREAL : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement.

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

EMPP : Équipe Mobile de Psychiatrie Précarité

Annexe 9 - Glossaire

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

FNARS : Fédération Nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FIR : Fonds d'intervention Régional

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPST : Hôpital Santé Patients et Territoires

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

ISS : Inégalités Sociales de Santé

LHPST : Loi Hôpital Patient Santé et Territoire

LHSS : Lits Halte Soins Santé

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MDA : Maison Des Adolescents

MIG : Mission d'Intérêt Général

MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

MILDT : Mission Interministérielle de la Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies

MSA : Mutualité Sociale Agricole

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PASA : Pôles d'Activités et de Soins Adaptés

PDAHI : Plan Départemental de l'Accueil, Hébergement ,Insertion

PDALPD : Plan Départemental des Aides aux Logement des Personnes Défavorisées

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNNS : Programme National Nutrition et Santé

PNO : Plan National de l'Obésité

POSS-LR : Plateforme d'Observation Sanitaire et Sociale

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRGDR : Programme Régional de la Gestion du Risque

PRIPI : Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrés

PRS : Projet Régional de Santé

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

RSA : Revenu de Solidarité Active

RSI : Régime Social des Indépendants

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAVS : Service d'accompagnement à la Vie Sociale

SROS : Schéma Régional d'Organisation des soins

SROMS : Schéma Régional de l'Organisation médico-sociale

SRP : Schéma Régional de Prévention

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux

URPS : Union Régionale des Professions de Santé

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHB : virus de l'Hépatite B

VHC : virus de l'Hépatite C

ZRU : Zone de Redynamisation Urbaine

ZUS : Zone Urbaine Sensible





Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon

26-28 Parc Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel – CS 30001
34067 Montpellier Cedex 2
www.ars.languedocroussillon.sante.fr

