

PRAPS



PROJET  
RÉGIONAL  
DE SANTÉ

Midi-Pyrénées

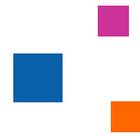
# Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

2012 / 2017



[www.sante.midi-pyrenees.fr](http://www.sante.midi-pyrenees.fr)

**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Midi-Pyrénées



## Préambule

p. 40

## Contexte

p. 42

1. La fragilité financière dans la région
2. Les inégalités sociales de santé en Midi-Pyrénées
3. L'accès aux droits et aux soins
4. Les dispositifs spécifiques

## Priorité

1

### Développer la prévention

p. 61

#### Actions

- 1.1 En partenariat avec l'Assurance maladie, conforter l'action des Centres d'examens de santé (CES)
- 1.2 Promouvoir l'accès et le recours au dépistage organisé du cancer du sein
- 1.3 Favoriser l'accès et le recours aux centres de dépistage des infections sexuellement transmissibles, aux centres de lutte antituberculeuse et aux centres de vaccination
- 1.4 Développer des actions de proximité nutrition santé

## Priorité

2

### Améliorer l'accessibilité aux droits et aux soins

p. 63

#### Actions

- 2.1 Une expérimentation autour de la promotion de l'ACS et de la CMU-C
- 2.2 Déployer le tiers-payant
- 2.3 Développer l'information en direction des usagers citoyens
- 2.4 Assurer un suivi de l'accès aux soins

## Priorité

3

### Structurer et renforcer les dispositifs spécifiques d'accès aux droits, à la prévention et aux soins

p. 65

#### Actions

- 3.1 Conforter l'action des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)
- 3.2 Structurer dans les territoires de santé une offre en matière de soins dentaires
- 3.3 Structurer dans les territoires de santé l'offre en matière de lits Halte soins santé
- 3.4 Évaluer les appartements de coordination thérapeutique (ACT)
- 3.5 Assurer dans les territoires la formation à la « médiation santé » des intervenants de proximité
- 3.6 Contribuer au déploiement d'un service régional de médecine de main d'œuvre
- 3.7 Assurer le suivi de l'expérimentation « Un chez soi d'abord » (Housing first)

## Priorité

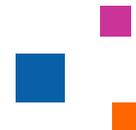
4

### Prendre en compte la souffrance psychique au sein de la population en situation de précarité

p. 69

#### Actions

- 4.1 Éviter la "psychiatisation" systématique des symptômes de la souffrance psychosociale, en s'appuyant sur des pratiques de l'aller vers et de l'accompagnement global
- 4.2 Renforcer le repérage des situations de mal être, d'isolement en sensibilisant et formant les professionnels (équipes sociales, personnels de santé dont libéraux ...) à détecter la souffrance psychique et à mieux y répondre



## Les finalités du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis 2012 / 2017

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme un « *état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

En 1986, la charte d'Ottawa a défini la promotion de la santé comme moyen de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour ce faire, un certain nombre de préalables sont requis :

- Se loger,
- Accéder à l'éducation,
- Se nourrir convenablement,
- Disposer d'un certain revenu,
- Bénéficier d'un écosystème stable,
- Compter sur un apport durable de ressources,
- Avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Ces éléments rappelés montrent l'indispensable travail partenarial et inter-institutionnel autour des questions de santé. Les inégalités sociales de santé sont plus le résultat des conditions de vie, de travail, de la qualité des liens sociaux, du niveau d'éducation que des conditions d'accès à notre système de santé.

Toutefois, le Projet régional de santé doit rechercher à travers ses schémas et programmes à réduire les inégalités sociales de santé. Le PRAPS en constitue l'un des outils, mais pas le seul. Il est centré sur les populations les plus démunies et les plus éloignées du système de santé. Il s'adresse aux populations dites en situation de précarité et/ou en situation d'exclusion, qui nécessitent au-delà du droit commun des dispositifs spécifiques pour accéder à notre système de santé.

### Le PRAPS : un cadre réglementaire rénové

Issus de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions, trois Programmes régionaux d'accès à la prévention aux soins (PRAPS) ont successivement été mis en œuvre (2000-2003 ; 2003-2006 ; 2007-2009). La loi Hôpital patients santé territoire (HPST) du 21 juillet 2009 en a fait un programme spécifique du Projet régional de santé.

Fondé sur le principe de faire accéder au droit commun les populations qui en sont le plus éloignées et ce, en adaptant les dispositifs de soins et de prévention, le PRAPS doit également s'appuyer sur la coordination des partenaires autour de ces problématiques et répondre à une logique de territorialisation. La loi de Lutte Contre les Exclusions a également inscrit dans le Code de la santé publique, la mission sociale des établissements de santé à travers notamment la création des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

### Trois PRAPS en Midi-Pyrénées : quel bilan ?

Deux bilans ont été réalisés dans la région, l'un en 2003 lorsqu'il s'est agi de préparer le PRAPS 2 et un second en 2009 qui avait pour but de redéfinir des axes stratégiques pour la période 2009/2012.

La première évaluation en 2003 a mis en évidence un nombre significatif d'avancées au regard des orientations stratégiques, avec toutefois des axes d'amélioration à poursuivre.

Outre un diagnostic régional partagé, le PRAPS première génération a permis de mobiliser les acteurs institutionnels et les professionnels de terrain autour de cette priorité.

A l'analyse des actions emblématiques : accompagnement, médiation, permanence, consultation santé, il ressortait :

- Une amélioration indiscutable de l'accès à la santé, un développement du partenariat de proximité et une prise en compte effective de la souffrance psycho sociale.
- Les professionnels des structures pointaient l'effet positif de ces actions en termes de repérage des problèmes de santé et d'appréhension des parcours de vie.

Dans le même temps, l'évaluation du dispositif PASS avait mis en évidence la mobilisation des établissements de santé sur cette thématique et l'opportunité dont ils s'étaient saisis pour renforcer leur intervention sociale.

Parmi les axes d'amélioration pointés par les évaluateurs, figuraient :

- La participation des usagers,
- La territorialisation des actions avec la question du milieu rural, trop souvent oubliée,
- Un partenariat à renforcer et à formaliser,
- La pérennisation et la généralisation des expériences de terrain.

Le bilan de 2009 s'est attaché à analyser les actions dont l'objectif prioritaire était la prise en compte de la souffrance psycho-sociale et à faire le bilan des actions pour l'accès aux droits, aux soins et à la prévention.

Deux questions majeures ont été mises en évidence dans le rapport :

- L'accès à la santé en milieu rural demeurerait un point faible du programme, et la persistance de cette constatation doit nous amener à une vigilance particulière de la programmation territoriale.
- La souffrance psycho-sociale restait une priorité et ce, malgré les actions initiées dès le démarrage du programme, d'où la nécessité de renforcer, de consolider et sans doute de diversifier les dispositifs.

## **Le pilotage du PRAPS**

La démarche d'élaboration du PRAPS a été guidée par le principe de transversalité, privilégiant cette dimension plutôt que celle d'un traitement de la question de l'accès à la prévention et aux soins au moyen d'une approche populationnelle des publics précaires.

Le PRAPS sera piloté par l'Agence régionale de santé Midi-Pyrénées en charge :

- D'assurer la déclinaison du programme dans le respect des finalités et objectifs énoncés,
- D'assurer l'interface et l'articulation du PRAPS avec les schémas du PRS,
- D'accompagner dans les territoires et localement la mise en œuvre du PRAPS,
- D'assurer un suivi et d'évaluer le programme.

En appui, un comité de pilotage régional est constitué. Il associera :

- Les services de l'Etat (DRJSCS, DREAL, DRAAF, Rectorat, ...)
- Les organismes de Sécurité sociale (CAF, CPAM, MSA, RSI, CARSAT)
- La Mutualité française ;
- Les collectivités territoriales ;
- Les représentants des usagers.

Un groupe de travail constitué à partir de représentants de la Commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la PMI a contribué à l'élaboration de ce document.



## 1. La fragilité financière dans la région

L'année 2009 a été marquée en Midi-Pyrénées par une forte augmentation de la précarité, avec une population disposant de ressources inférieures au seuil de bas revenus<sup>1</sup> de 6% de plus qu'en 2008. Cette tendance s'est confirmée en 2010 avec une augmentation de 1,6 %.

En 2010, ce sont 382 342 personnes de moins de 65 ans, allocataires de la CAF (Caisse d'Allocations Familiales) ou de la MSA (Mutualité Sociale Agricole) qui vivent sous ce seuil de bas revenus. Ils représentent 16,6% des moins de 65 ans contre 16,4% en 2009 et 15,7 % en 2008.

### Allocataires\* et population à bas revenus

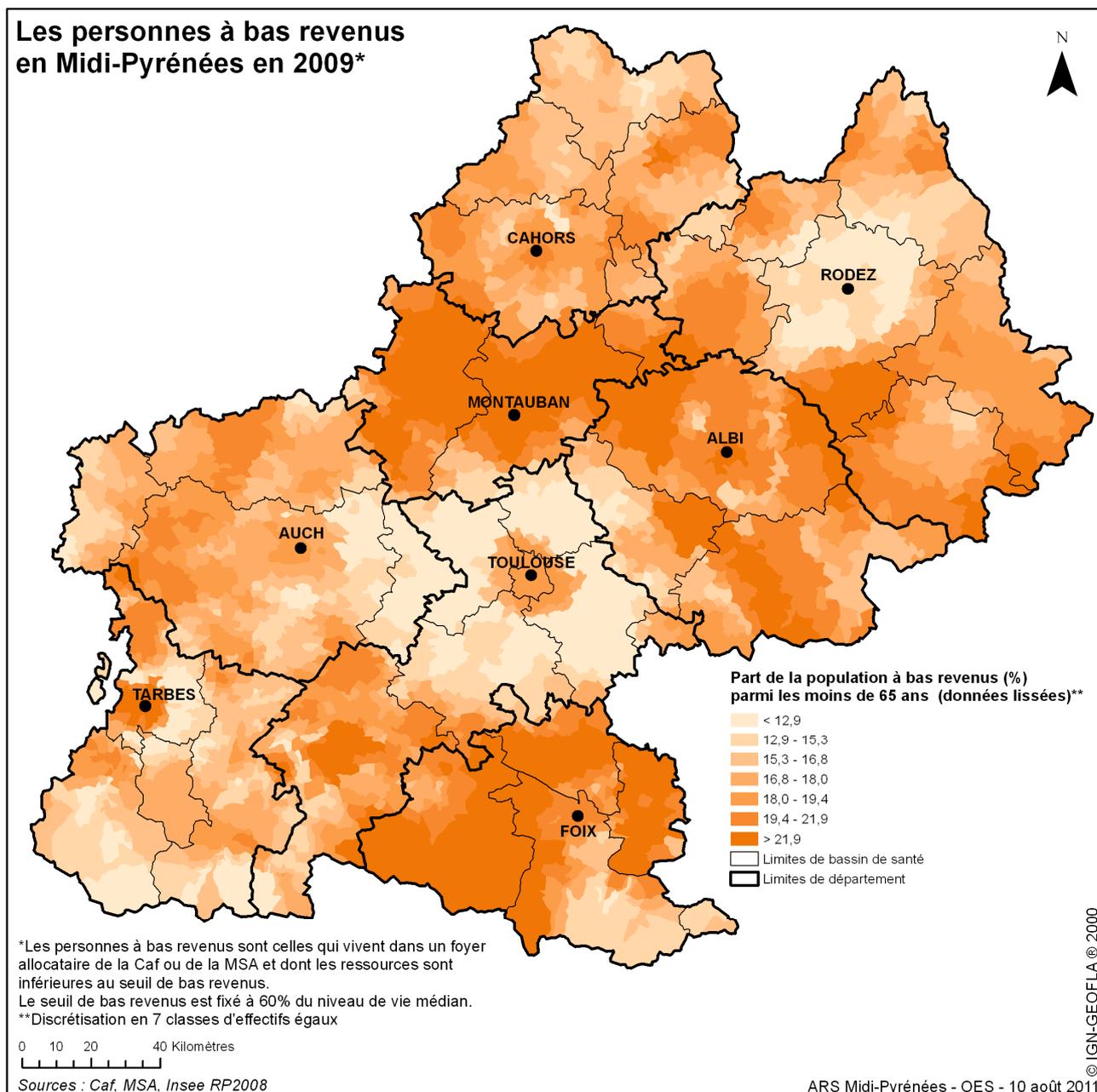
	Bas revenus à 60 % en 2008 (903€)			Bas revenus à 60 % en 2009 (942€)			Bas revenus à 60 % en 2010 (956€)		
	Allocataires	Population couverte	Population couverte parmi les moins de 65 ans	Allocataires	Population couverte	Population couverte parmi les moins de 65 ans	Allocataires	Population couverte	Population couverte parmi les moins de 65 ans
Ariège	10 405	23 586	20,2%	11 078	25 002	21,1%	10 956	24 872	21,0%
Aveyron	13 726	33 081	15,8%	14 237	34 512	16,4%	14 558	35 198	16,6%
Haute-Garonne	67 718	143 095	13,7%	72 737	152 671	14,4%	75 062	157 736	14,8%
Gers	8 958	21 327	15,2%	9 478	22 116	15,5%	9 752	22 724	15,8%
Lot	9 357	21 304	16,4%	9 648	22 054	16,8%	9 774	22 379	17,0%
Hautes-Pyrénées	13 233	28 865	16,3%	13 751	30 146	17,0%	13 589	29 836	16,8%
Tarn	22 427	52 475	18,0%	23 771	55 446	19,9%	22 983	54 974	18,7%
Tarn-et-Garonne	15 164	38 040	20,0%	16 439	40 375	20,9%	16 381	40 623	20,7%
Midi-Pyrénées	160 988	361 773	<b>15,7%</b>	171 139	382 322	<b>16,4%</b>	173 055	388 342	<b>16,6%</b>

Sources : CAF, MSA, Insee « Une approche de la précarité en Midi-Pyrénées », tableaux de bord données 2009 et 2010

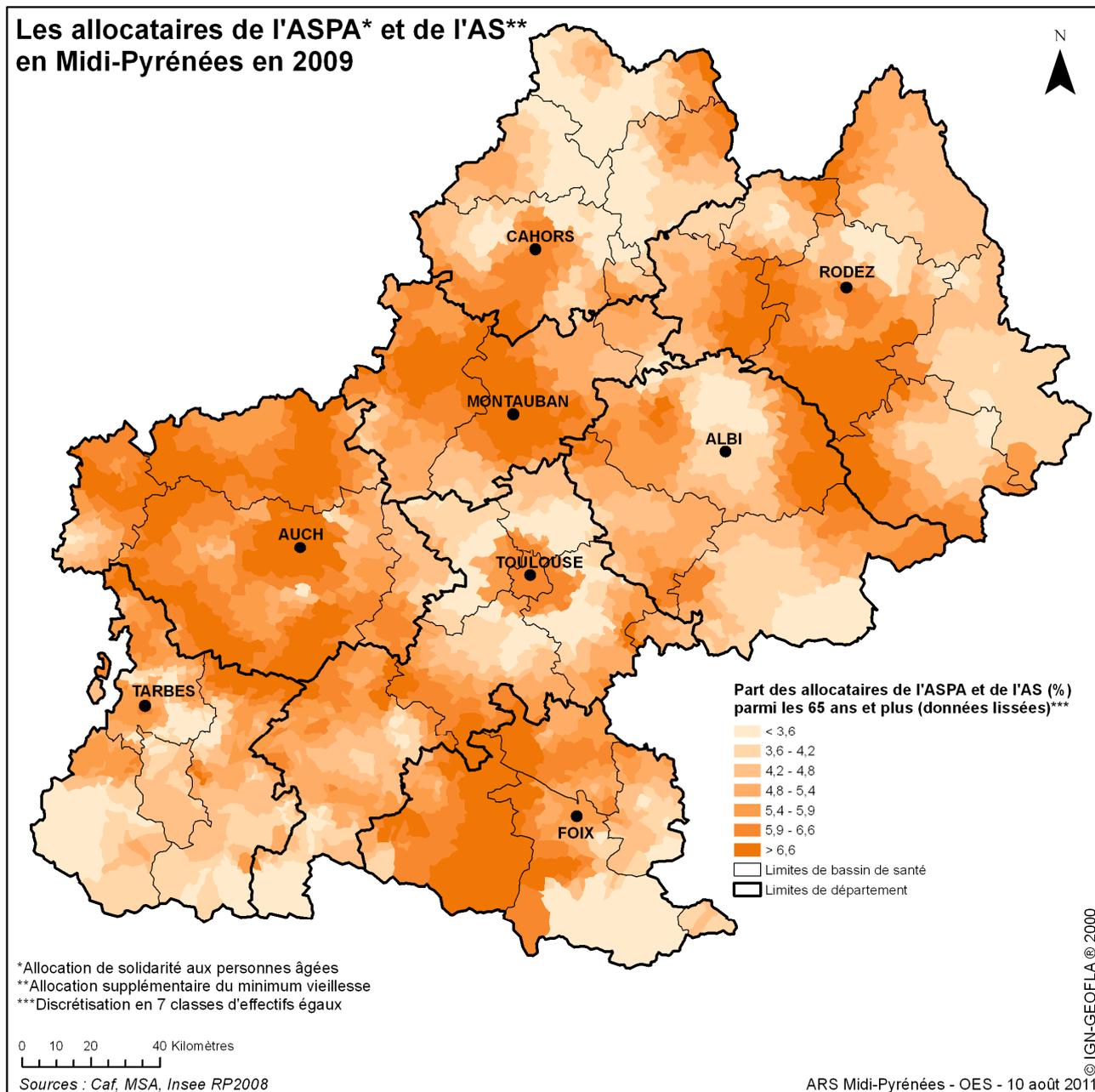
\*allocataire : personne au titre de laquelle est ouvert un dossier de prestations (familiales, sociales, liées au logement)

<sup>1</sup> Ce seuil, établi nationalement, est fixé depuis 2006 à 60 % du niveau de vie médian, il s'élève en 2010 à 956 euros par mois et par unité de consommation.

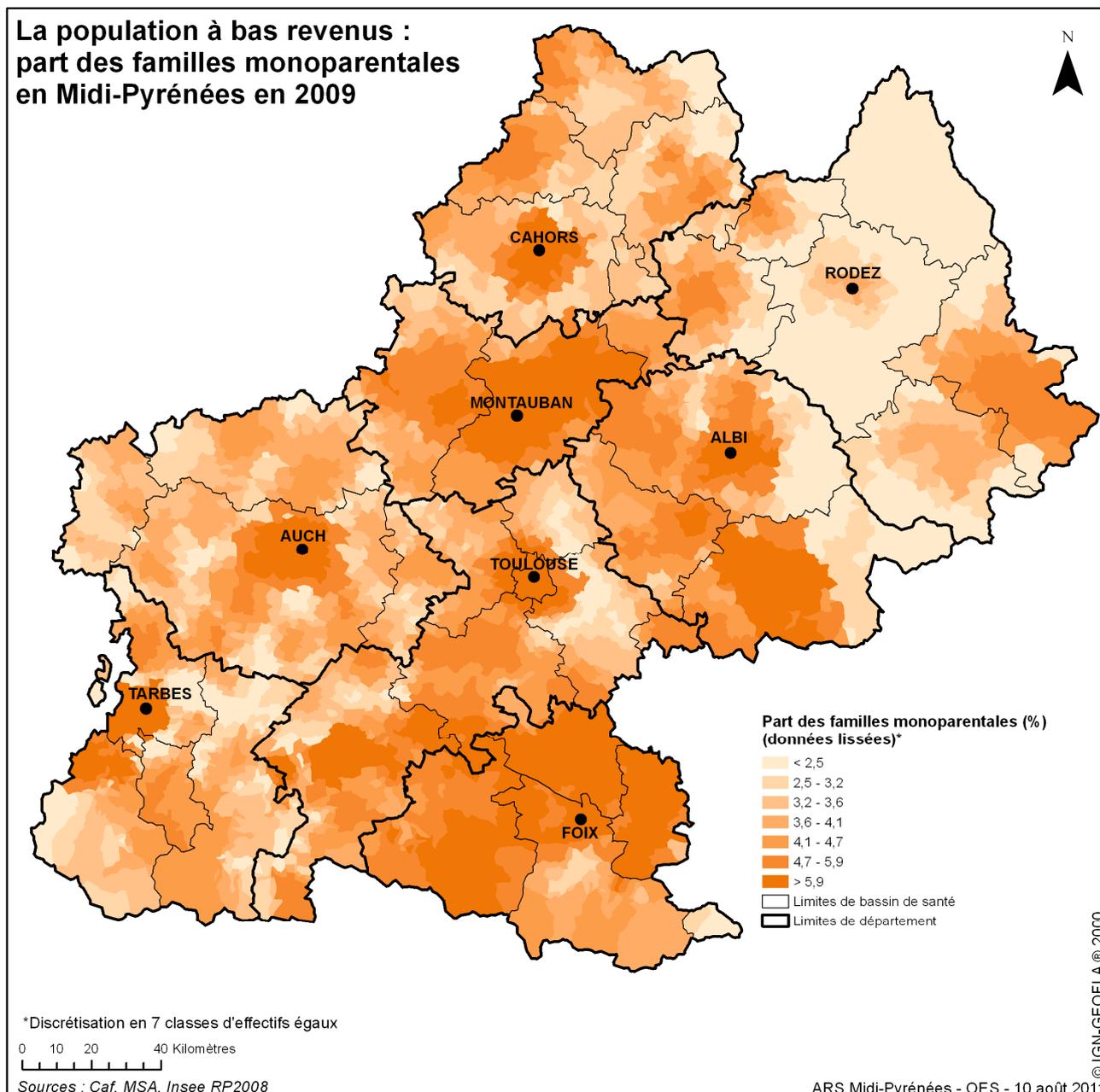
L'Ariège et le Tarn-et-Garonne affichent des taux de précarité financière nettement supérieurs à la moyenne régionale : dans ces deux départements et parmi les moins de 65 ans, plus d'une personne sur cinq vit dans un foyer disposant de revenus inférieurs au seuil de bas revenus :



Pour appréhender la situation des personnes âgées, une cartographie des titulaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et de l'allocation supplémentaire (ex FNS) identifie à nouveau l'Ariège et le Tarn-et-Garonne comme zones géographiques présentant une vulnérabilité. Toutefois, le Gers et l'Aveyron dévoilent également à travers cet item des fragilités spécifiques :



Un travail de même nature sur les familles monoparentales à bas revenus montre une concentration périurbaine de ces populations avec toujours une surreprésentation des départements de l'Ariège et du Tarn-et-Garonne :

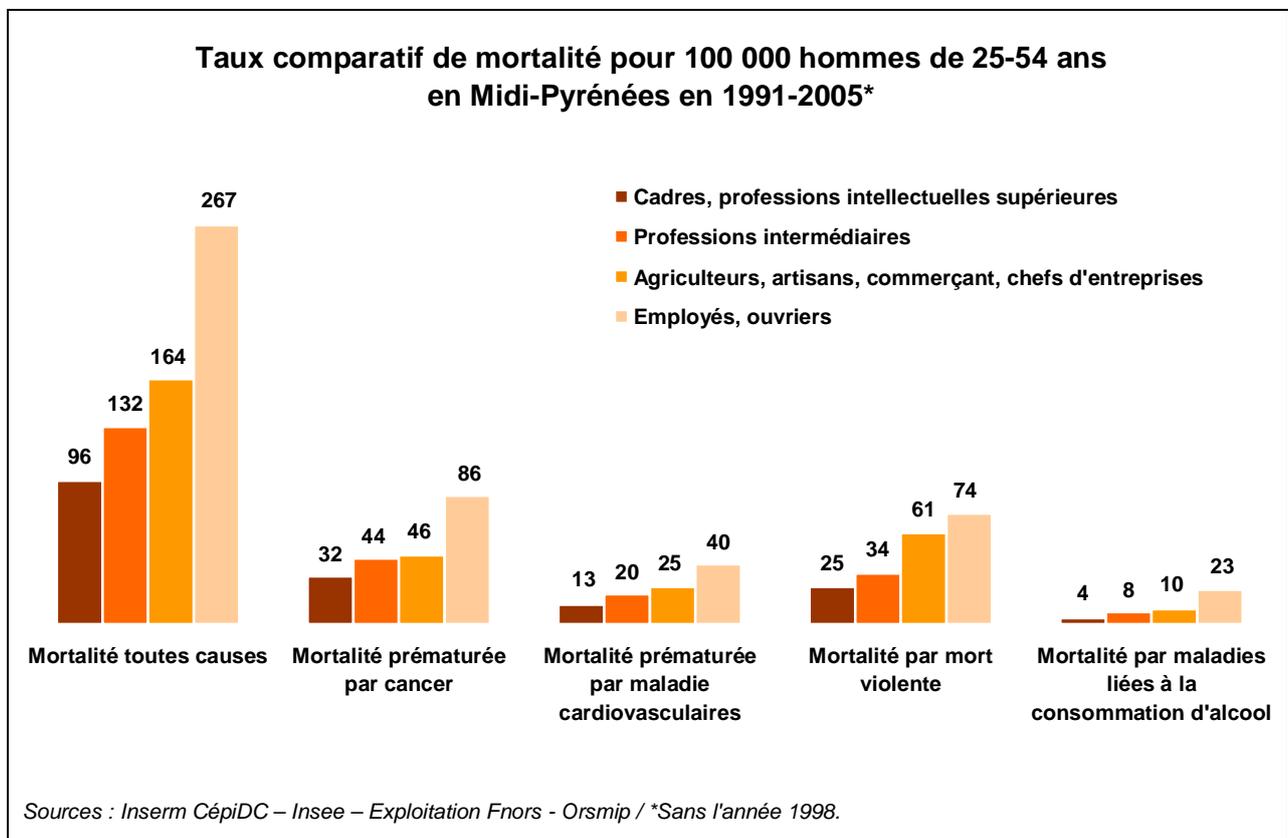


Malgré un système de santé performant, un accès aux soins garanti par un système de protection sociale et d'assurance maladie, on constate certes une progression de l'espérance de vie mais aussi la persistance des inégalités sociales de santé, l'exemple le plus saisissant (France entière) étant pour les hommes à l'âge de 35 ans, le delta de 7 ans d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier.

Pour notre région, même si les indicateurs de santé traduisent une situation sanitaire relativement favorable au regard de l'ensemble des régions de France, les inégalités sociales de santé (ISS) y sont également bien présentes.

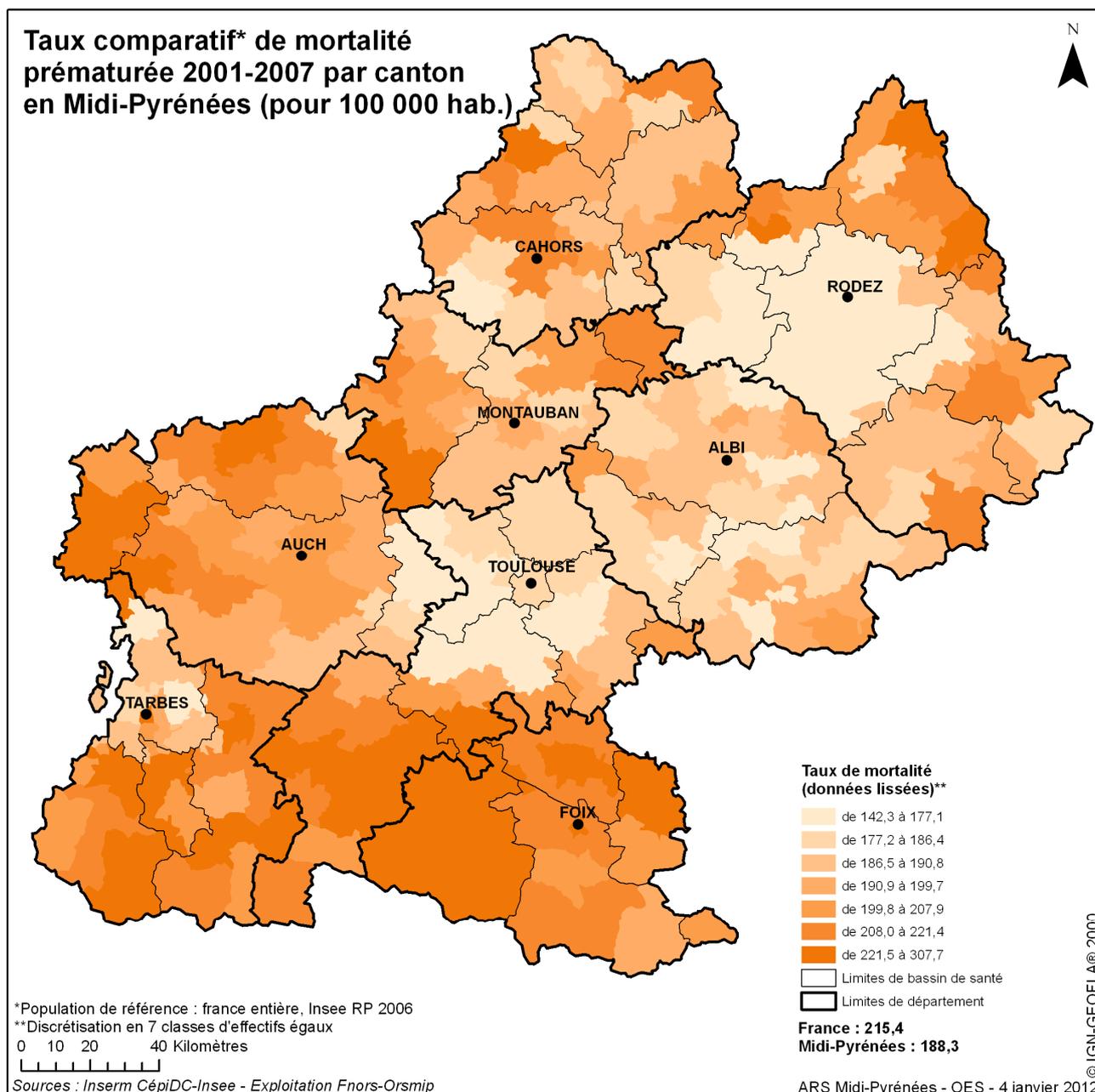
### L'espérance de vie :

Ainsi, sur la période 1997-2005, la mortalité des hommes de 25-54 ans chez les ouvriers-employés était 2,8 fois plus élevée que chez les cadres et les professions intellectuelles supérieures (3,0 en moyenne nationale).



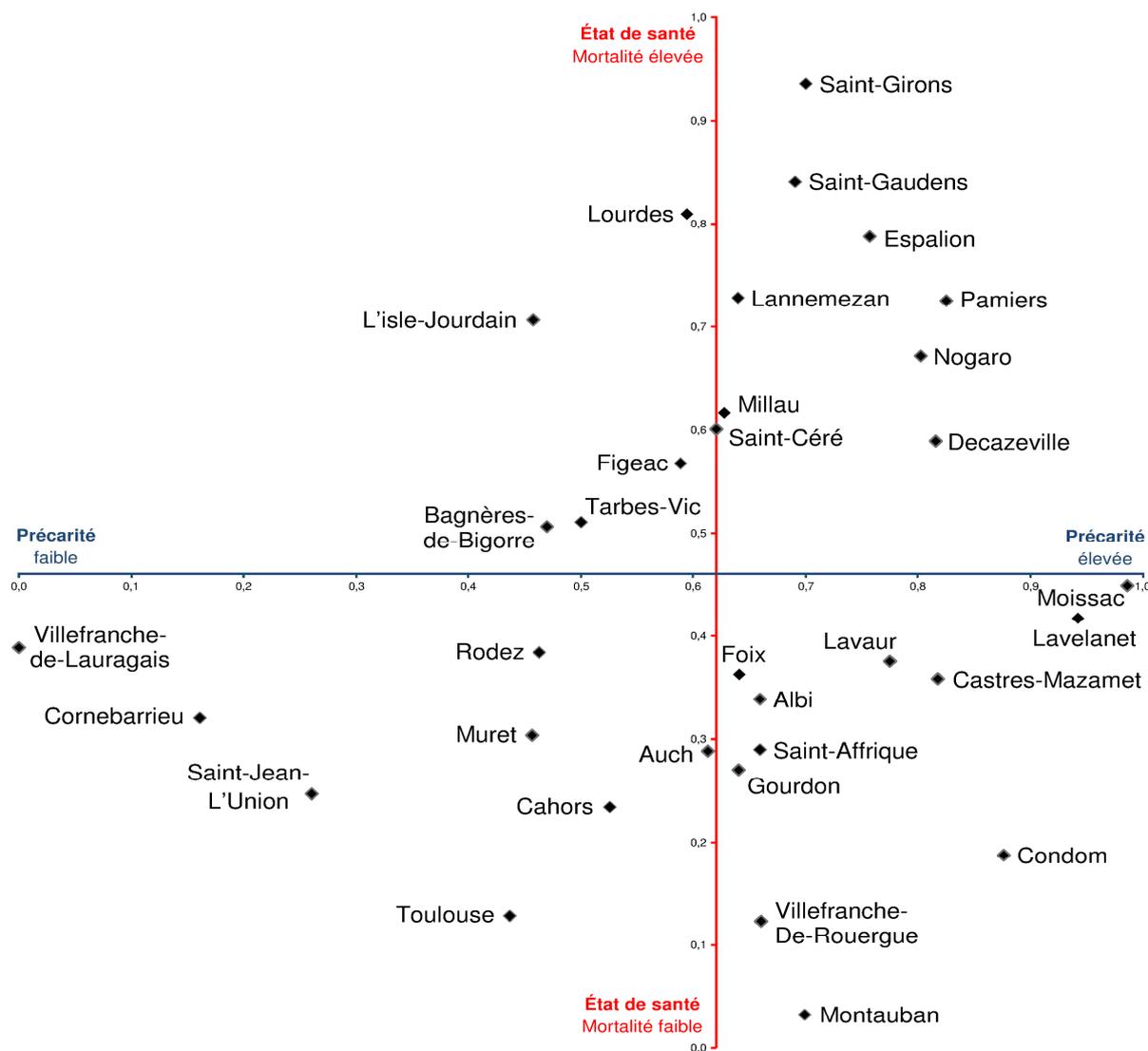
## Les disparités territoriales :

Si l'on observe par canton les taux de mortalité prématurée (décès survenus avant 65 ans) les zones de « surmortalité prématurée » apparaissent essentiellement dans le Piémont pyrénéen (ouest de l'Ariège, sud de la Haute-Garonne et ouest des Hautes-Pyrénées). On constate aussi des taux particulièrement élevés dans des zones plus limitées situées à l'ouest du Gers et du Tarn-et-Garonne mais aussi pour les villes de Tarbes et de Pamiers :



Pour affiner ce constat, et à partir des données disponibles dans les bassins de santé de la région, chaque bassin de santé a été positionné sur le graphique ci-dessous au regard de deux indicateurs : « précarité » et état de santé.

### Les bassins de santé de Midi-Pyrénées : positionnement selon un indicateur de « précarité » et un indicateur d'état de santé\*



Sources : ARS – ORS Midi-Pyrénées / Tableau de bord des bassins de santé – Document de travail - décembre 2011.

**\*Méthodologie :**

L'analyse proposée s'inspire des travaux sur l'Indice de Développement Humain (IDH) réalisés par le Conseil régional d'Île-de-France et par le Conseil régional du Nord-Pas-de-Calais.

A partir de données disponibles par bassin de santé (les données du Tableau de bord), les 4 indicateurs suivants sont retenus :

Indicateur<sub>1</sub> : Pourcentage dans la population des personnes âgées de 15 ans ou plus, hors du système scolaire, sans diplôme (Insee RP 2007) ;

Indicateur<sub>2</sub> : Revenu annuel moyen par foyer fiscal (Insee – DGFiP 2008) ;

Indicateur<sub>3</sub> : Taux standardisé de mortalité 2006-2008, pour les hommes (Inserm – CépiDC) ;

Indicateur<sub>4</sub> : Taux standardisé de mortalité 2006-2008, pour les femmes (Inserm – CépiDC).

Les indicateurs sont normalisés à partir de leur distance à un taux plancher (Min) et un taux plafond (Max), qui sont définis comme la valeur minimale ou maximale observée au sein des bassins de santé. Les indicateurs sont calculés de la façon suivante :

$$\text{Indicateur}_i = (\text{valeur mesurée}_i - \text{Min}_i) / (\text{Max}_i - \text{Min}_i), \quad i=\{1,3,4\}$$

$$\text{Indicateur}_i = 1 - (\text{valeur mesurée}_i - \text{Min}_i) / (\text{Max}_i - \text{Min}_i), \quad i=2$$

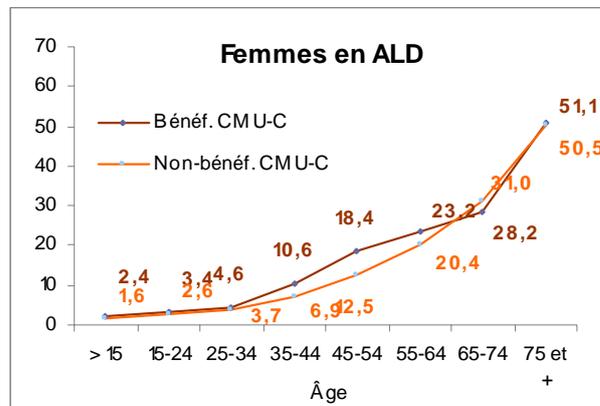
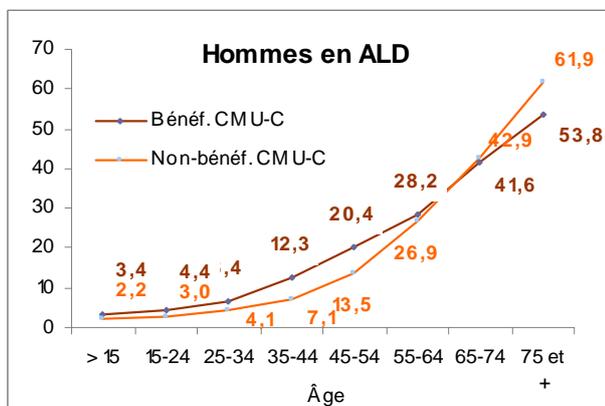
Puis, ces quatre indicateurs sont regroupés deux à deux pour former deux indicateurs synthétiques :

Un indicateur de « précarité » : moyenne des indicateurs 1 et 2 normalisés ;

Un indicateur d'état de santé : moyenne des indicateurs 3 et 4 normalisés.

## Une surreprésentation des ALD (Affection de Longue Durée) parmi les bénéficiaires de la CMU-C (Couverture maladie universelle Complémentaire) :

A âge et sexe identiques, et jusqu'à l'âge de 65 ans, le taux des bénéficiaires de la CMU-C qui sont en ALD est toujours supérieur à celui observé dans le reste de la population.

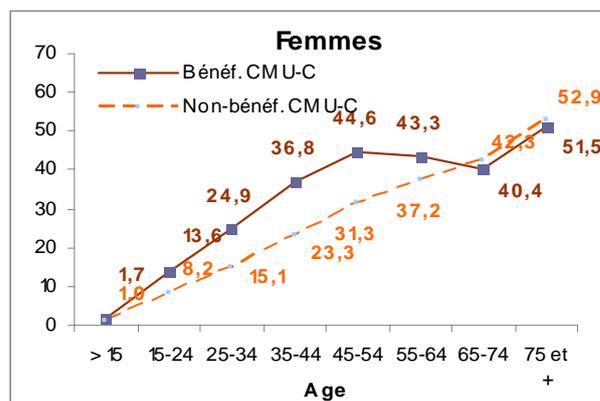
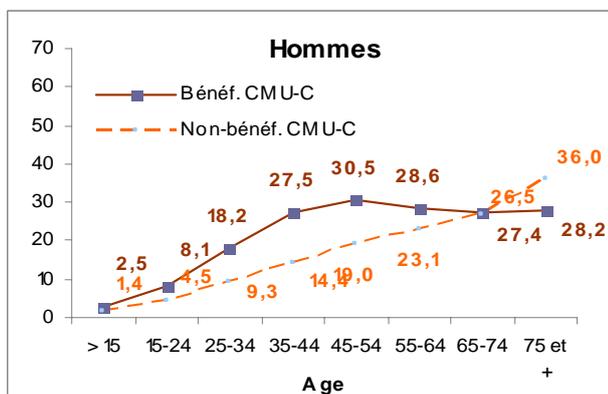


Source : SIAM-ERASME Régional, année 2010 – ARS Midi-Pyrénées

## La précarité, facteur aggravant de la consommation de psychotropes : focus sur les bénéficiaires de la CMU-C (Couverture maladie universelle Complémentaire) :

En 2010, la consommation de psychotropes en Midi-Pyrénées a concerné près d'une personne sur cinq. L'analyse des données laisse apparaître :

- Une nette surconsommation de psychotropes pour les bénéficiaires de la CMU-C entre 15 et 64 ans, chez les hommes comme chez les femmes. L'écart est particulièrement net entre 35 et 54 ans mais il existe déjà dès l'âge de 15 ans.



Source : SIAM-ERASME Régional, année 2010 – ARS Midi-Pyrénées

- Plus de consommateurs réguliers : le taux des bénéficiaires de la CMU-C que l'on peut considérer comme des consommateurs réguliers (ayant eu au moins 4 remboursements dans l'année) apparaît toujours plus élevé.

Les premiers résultats de l'analyse des facteurs associés à cette consommation font largement apparaître l'influence de la précarité. Si le contexte de prescription et les éléments diagnostics sont absents de l'étude (ORSMIP - Octobre 2011) et ne permettent pas d'apprécier le bien-fondé de ces consommations ni même d'estimer si elles sont problématiques, ces indicateurs objectivent combien la souffrance psychique s'inscrit dans le champ des inégalités sociales de santé. C'est un symptôme majeur de la précarité qui ne peut être ignoré dans la mise en place des dispositifs de prise en charge médico-sociale.

### La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) :

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) constitue pour les plus modestes une protection complémentaire gratuite, accordée sous conditions de ressources. Elle dispense le bénéficiaire de toute avance de frais.

Au 15 juin 2011, 172 205 personnes en bénéficiaient dans la région soit 7,3 % de la population de moins de 65 ans, avec toujours une surreprésentation significative des départements de l'Ariège et de Tarn-et-Garonne avec respectivement 10 et 9,5% de la population de moins de 65 ans. Au-delà de ce constat départemental, la cartographie des bénéficiaires montre en infra départemental, des taux significatifs dans les zones péri-urbaines des chefs-lieux de département (excepté Rodez).

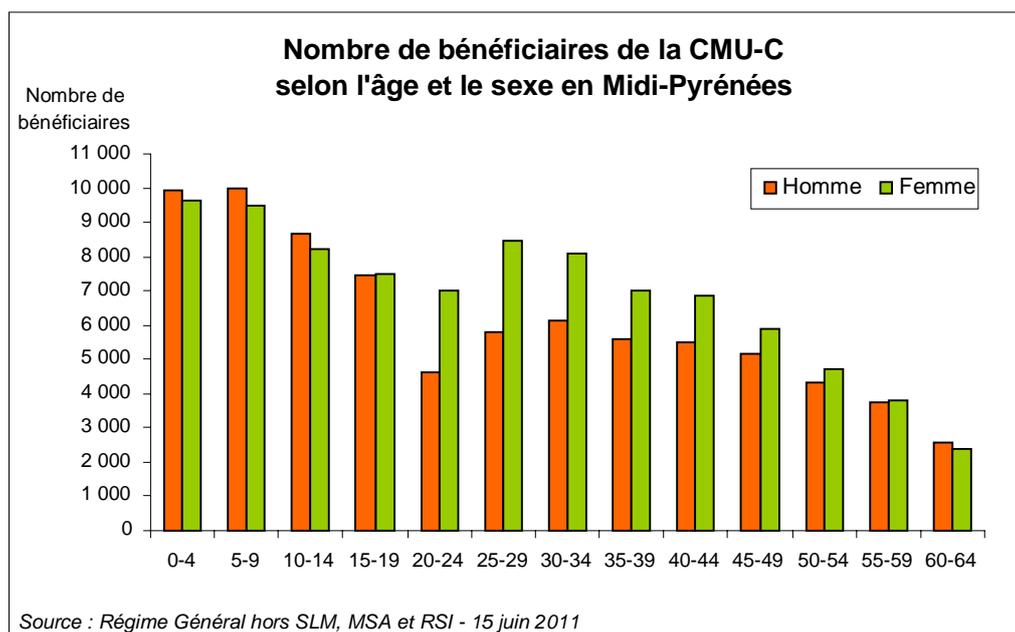
### Les bénéficiaires de la CMU-C au 15 juin 2011

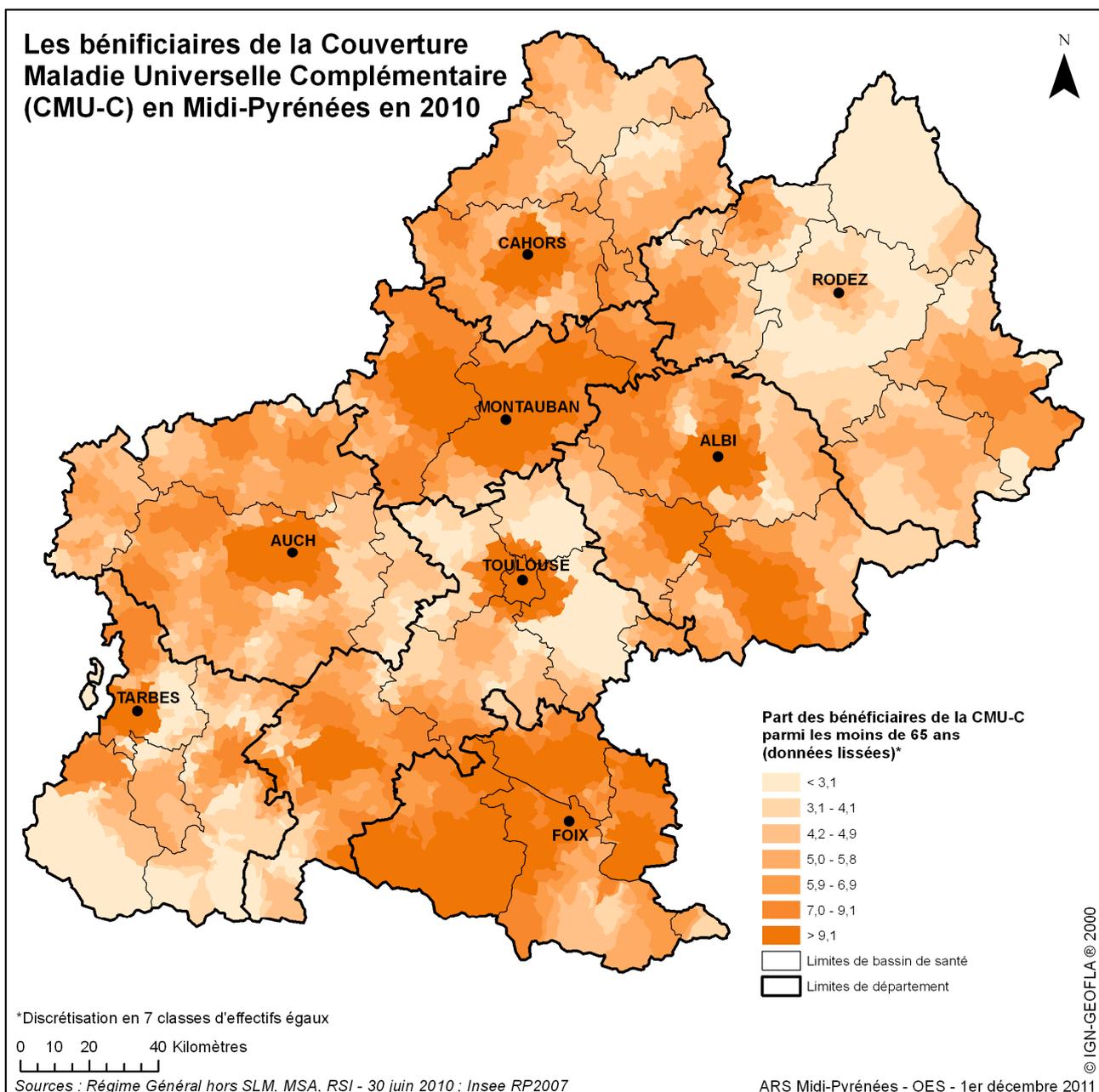
	Nombre de bénéficiaires	Pourcentage de bénéficiaires parmi la population de moins de 65 ans	Revenu fiscal par unité de consommation (en euros) 1 <sup>er</sup> décile	Evolution de la part des bénéficiaires parmi la population des moins de 65 ans par rapport à 2010 (en point)
Ariège	11 897	10,0 %	5 756	+ 0,5
Aveyron	9 905	4,6 %	6 922	+ 0,1
Haute-Garonne	77 509	7,3 %	7 342	+ 0,7
Gers	9 029	6,2 %	6 868	+ 0,5
Lot	8 395	6,3 %	6 766	+ 0,5
Hautes-Pyrénées	12 981	7,1 %	7 183	+ 0,3
Tarn	24 037	8,1 %	6 449	+ 0,9
Tarn-et-Garonne	18 452	9,5 %	5 792	+ 0,5
Midi-Pyrénées	<b>172 205</b>	<b>7,3 %</b>	<b>6 850</b>	<b>+ 0,5</b>
France Métropolitaine*	3 637 234	7,1 %	6 786	-

Sources : Régime Général hors SLM, MSA et RSI – 15 juin 2011/Insee RP 2008/Insee Revenus fiscaux 2009

\*Pour les données France métropolitaine : Fond CMU-CNAMTS, MSA, RSI – Données 2010, moyenne sur 12 mois

Si l'on observe l'âge et le sexe des bénéficiaires de la CMU-C, c'est sans surprise avant 65 ans que se situe la majorité d'entre eux (les prestations vieillesse prenant à minima le relais à 65 ans) et l'on constate une surreprésentation des femmes à l'âge adulte.





## L'aide à la complémentaire santé

Ce dispositif mis en place depuis 2005 permet d'alléger la charge financière liée à l'acquisition d'une complémentaire santé pour les personnes disposant de revenus légèrement supérieurs aux seuils CMU-C. (plafond CMU-C majoré de 26% en 2011, de 35% au 1er janvier 2012).

La demande d'aide complémentaire santé est à déposer auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie qui vérifie les droits et délivre une attestation de droit à l'aide complémentaire santé, le montant de l'aide accordée variant selon l'âge de l'assuré (de 100 à 500 euros). L'assuré doit alors présenter cette attestation à l'organisme de protection complémentaire de son choix et il bénéficie de la réduction sur le montant de la cotisation du contrat choisi.

Les organismes d'Assurance maladie du régime général sont incités par la CNAMTS à financer sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale, une aide supplémentaire à l'acquisition d'une complémentaire santé. En Midi-Pyrénées, sept CPAM sur huit octroient cette aide complémentaire, dont le montant varie selon les caisses.

Le taux d'utilisation des attestations est élevé, puisqu'il est estimé que 85% des bénéficiaires font l'acquisition grâce à cette aide financière, d'une complémentaire santé (*Rapport d'activité 2010 - Fonds CMU*).

L'ACS est un dispositif sous utilisé : en 2011, les CPAM de la région ont délivré environ 22 000 attestations couvrant 33 266 bénéficiaires, alors qu'on peut estimer a minima la cible potentielle du dispositif à 100 000 personnes en Midi-Pyrénées. (Cible nationale estimée à 3,5 % de la population par le rapport HCAAM de 2007 rapportée à celle de Midi-Pyrénées). Cette estimation devrait être révisée au regard de l'augmentation significative de la majoration du plafond CMU-C pour l'obtention de l'ACS au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Plusieurs pistes d'explications :

- La complexité du dossier de demande, et la nécessité de la renouveler chaque année ;
- Le difficile choix d'une complémentaire santé, entre le coût du reste à charge pour l'acquisition de la complémentaire santé et l'offre proposée ;
- Les restes à charge importants en matière de soins dentaires et optiques même après l'acquisition de la complémentaire.

### Les bénéficiaires potentiels de l'ACS

Attestations délivrées en 2011

	Nombre d'attestations délivrées	Nombre de bénéficiaires	Nombre moyen de bénéficiaires par attestation	Age des bénéficiaires				Nombre de refus	% Nombre de refus/total des demandes
				% des moins de 16 ans	% des 16 à 49 ans	% des 50 à 59 ans	% des plus de 60 ans		
Ariège	1 045	1 644	1,57	22%	40%	15%	23%	477	31%
Aveyron	1 546	2 558	1,65	23%	37%	15%	25%	853	36%
Haute-Garonne	8 821	13 607	1,54	25%	41%	12%	22%	3 820	30%
Gers	1 644	2 432	1,48	21%	35%	15%	29%	727	31%
Lot	1 182	1 674	1,42	22%	36%	17%	25%	532	31%
Hautes-Pyrénées	2 460	3 553	1,44	20%	37%	16%	26%	1 221	33%
Tarn	2 962	4 095	1,38	24%	45%	14%	16%	787	21%
Tarn-et-Garonne	2 265	3 703	1,63	23%	38%	16%	23%	1 249	36%
<b>Midi-Pyrénées</b>	<b>21 925</b>	<b>33 266</b>	<b>1,52</b>	<b>24%</b>	<b>40%</b>	<b>14%</b>	<b>23%</b>	<b>9 666</b>	<b>31%</b>
<b>Données cumulées 2010 Midi-Pyrénées</b>	<b>18 502</b>	<b>28 812</b>	<b>1,56</b>	<b>23%</b>	<b>41%</b>	<b>14%</b>	<b>22%</b>	<b>10 502</b>	<b>36%</b>

Sources : ACS suivi CNAMTS données MEDIAM contrôle de gestion précarité

Sources données cumulées : CNAMTS/DDO/DGDR, données cumulées du 1/01/2010 au 31/12/2010

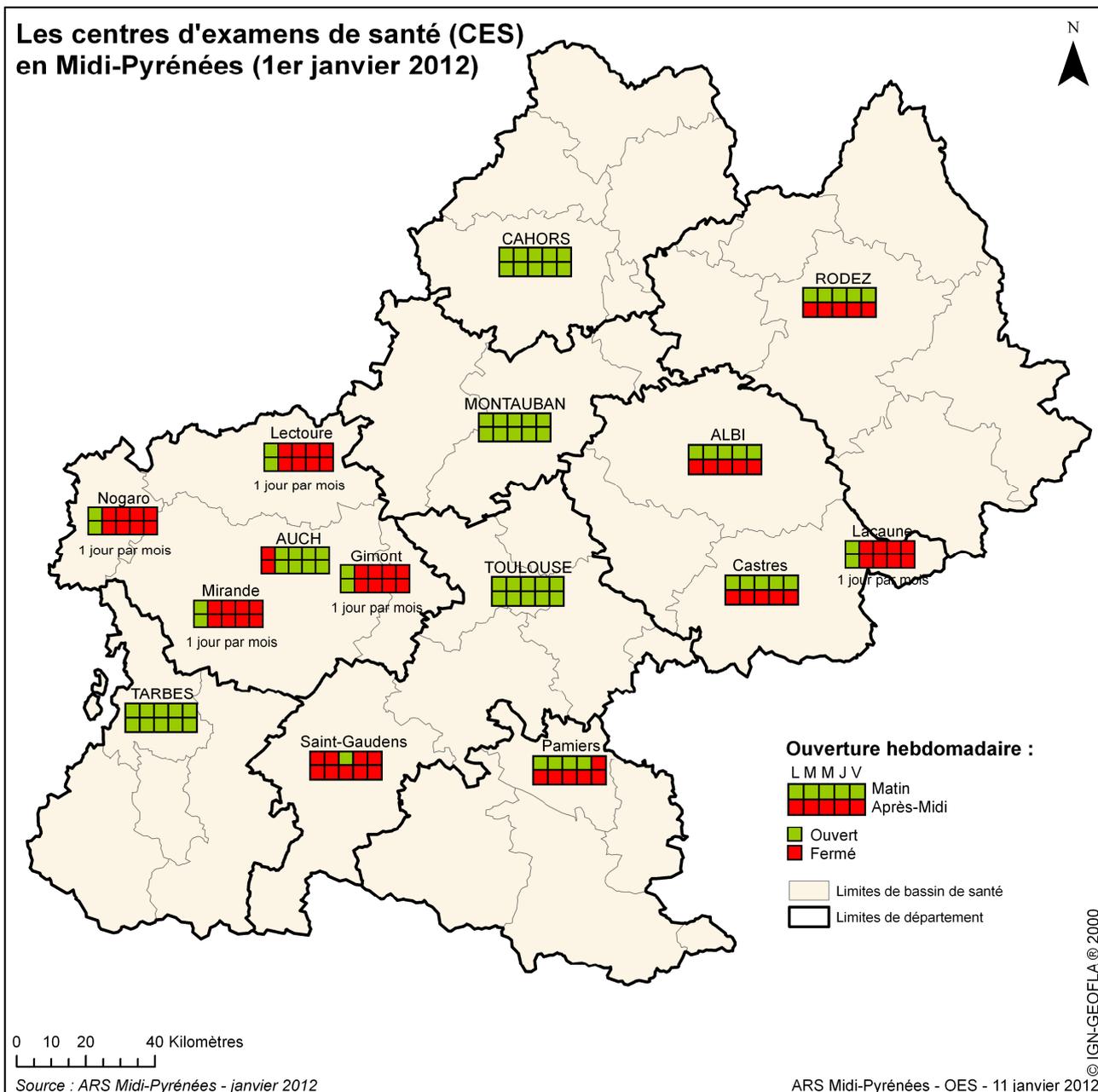
Ces données montrent une augmentation entre 2010 et 2011 de 18,5 % des attestations délivrées, et de 15,5 % des bénéficiaires. Cette évolution est liée, au moins pour partie, à l'augmentation du plafond de l'ACS en 2011 : il a été relevé au niveau du plafond CMU-C majoré de 26 % (En 2010 : plafond CMU-C majoré de 20 %). L'âge des bénéficiaires demeure stable.

### Les Centres d'exams de santé :

Lieux de dépistage et de prévention, les Centres d'Examens de Santé (CES) permettent à tous les assurés du régime général de bénéficier d'un bilan de santé gratuit. Portés par les Caisses primaires d'assurance maladie, chaque département de la région dispose a minima d'un centre. Le département du Gers présente le maillage territorial le plus développé puisque hormis Auch, des bilans peuvent être également réalisés dans 4 établissements de santé.

Les CES constituent un maillon essentiel dans l'accès aux soins des plus démunis, qui sont leur cible privilégiée. Ils ont pour mission, outre la réalisation des examens de santé, l'information et l'accompagnement des assurés les plus fragiles dans le système de santé. Leur partenariat avec les structures d'hébergement, d'insertion ou encore les missions locales est un point fort de leur action territoriale.

## Les centres d'examens de santé (CES) en Midi-Pyrénées (1er janvier 2012)



### Bilan des Centres d'Examens de Santé - Année 2011

	Nombre de bilans réalisés	Dont nombre pour les publics « précaires »	Part des bilans pour les publics précaires	Population sous le seuil de pauvreté 2009	Part des bilans parmi la population sous le seuil de pauvreté
Ariège	738	489	66%	26 445	1,85%
Aveyron	877	480	55%	42 942	1,12%
Haute-Garonne	10 390	4 391	42%	145 237	3,02%
Toulouse	9 921	nc	nc	-	-
Saint-Gaudens	469	nc	nc	-	-
Gers	1 711	1 154	67%	29 200	3,95%
Auch	1 256	881	70%	-	-
Nogaro	125	79	63%	-	-
Gimont	124	77	62%	-	-
Lectoure	122	69	57%	-	-
Mirande	85	48	57%	-	-
Lot	1 063	571	54%	27 423	2,08%
Hautes-Pyrénées	2 157	1 100	51%	32 154	3,42%
Tarn	4 168	2 147	52%	56 851	3,78%
Albi	2 113	1 041	49%	-	-
Castres	2 055	1 104	54%	-	-
Tarn-et-Garonne*	290	232	80%	40 201	0,58%
Midi-Pyrénées	21 394	13 863	65%	400 453	3,46%

Sources : Insee-RDL-2008-2009 - Régime Général de l'Assurance Maladie  
 \*absence de médecin directeur de mars à octobre 2011 / nc : non communiqué

PRS Midi-Pyrénées > PRAPS

> Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

## Le tiers payant social :

Instauré depuis 2005, le « tiers-payant social » dispense les bénéficiaires de l'ACS de l'avance des frais sur la part obligatoire, pour leurs soins réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonné. Cette procédure contribue à l'amélioration de l'accès aux soins. Les assurés bénéficiaires de ce dispositif d'aide se voient remettre par l'Assurance Maladie une attestation de tiers payant social.

Ce dispositif est conforté par la nouvelle convention médicale du 26 juillet 2011 qui rappelle que le tiers payant doit être systématiquement accordé aux bénéficiaires de l'ACS sur la part obligatoire.

Aujourd'hui, France entière, dans un quart des cas, les assurés bénéficiaires de l'ACS ne se voient pas proposer la dispense d'avance de frais. Pour situer Midi-Pyrénées au regard de l'utilisation de ce dispositif, un bilan par département sera réalisé par l'assurance maladie.

## L'accès aux professionnels de santé : secteur 1 et 2

L'accès aux soins mérite également d'être examiné au regard de la répartition de l'offre de soins entre secteur 1 et 2.

Il est rappelé que le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif conventionnel remboursé par l'assurance maladie. Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres, et il est en effet autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

La CNAMTS, dans une analyse récente, insiste sur le fait que ces dernières années, les médecins s'installent majoritairement en secteur 2 (6 sur 10 en France).

Les médecins généralistes sont dans la région à 96 % en secteur 1 : cette proportion massive indique un accès aux soins ne présentant pas de difficulté particulière à ce titre.

S'agissant des médecins spécialistes, environ 20 % sont en secteur 2. Ce résultat régional masque de fortes disparités par spécialité et par territoire de santé. C'est dans le Tarn-et-Garonne, la Haute-Garonne et le Gers que la part des médecins à honoraires libres est la plus importante. Elle est très faible dans le Lot, avec seulement 6,3%. Parmi les spécialités retenues, ce sont les ophtalmologues qui pratiquent le plus souvent des honoraires libres, jusqu'à 66% dans le Tarn-et-Garonne où l'on constate une situation analogue pour les ORL (72, 2% en secteur 2).

La répartition entre spécialités médicales et chirurgicales confirme cette analyse territoriale.

## Part des médecins à honoraires libres en Midi-Pyrénées

	Médecine générale	Spécialistes accès direct				Cardiologue	Dermatologue	ORL	Ensemble des spécialistes
		Ophthalmologue	Gynécologie médicale	Pédiatre	Psychiatre				
Ariège	1,8%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%
Aveyron	3,2%	5,6%	25,0%	12,5%	12,5%	5,9%	10,0%	11,1%	14,9%
Haute-Garonne	4,6%	42,7%	10,4%	16,3%	8,3%	7,1%	9,7%	38,7%	22,8%
Gers	5,2%	25,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	18,6%
Lot	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%
Hautes-Pyrénées	2,9%	14,3%	0,0%	0,0%	12,5%	0,0%	11,1%	0,0%	13,0%
Tarn	3,5%	9,5%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	0,0%	21,1%	10,3%
Tarn-et-Garonne	4,8%	66,7%	0,0%	0,0%	11,1%	0,0%	28,6%	72,7%	31,3%
<b>Midi-Pyrénées</b>	<b>3,9%</b>	<b>33,6%</b>	<b>11,3%</b>	<b>11,4%</b>	<b>7,7%</b>	<b>4,4%</b>	<b>8,4%</b>	<b>30,0%</b>	<b>19,4%</b>

Source : SIAM-ERASME Régional - Données régime général hors SLM - 2009

## Part des spécialités chirurgicales à honoraires libres en Midi-Pyrénées par département

	Chirurgie générale	Chirurgie urologique	Chirurgie vasculaire	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Chirurgie viscérale et digestive
Ariège	20%	0%	Pas de professionnel	0%	Pas de professionnel
Aveyron	29%	100%	0%	43%	Pas de professionnel
Haute-Garonne	58%	82%	75%	89%	38%
Gers	100%	100%	50%	0%	50%
Lot	0%	0%	100%	50%	Pas de professionnel
Hautes-Pyrénées	0%	67%	0%	20%	33%
Tarn	22%	86%	100%	69%	33%
Tarn-et-Garonne	67%	100%	Pas de professionnel	100%	100%
<b>Midi-Pyrénées</b>	<b>47%</b>	<b>81%</b>	<b>57%</b>	<b>73%</b>	<b>41%</b>

Source : SIAM-ERASME Régional 2010

## Les médecins à honoraires libres en Midi-Pyrénées : part des spécialités médicales et chirurgicales

	Ensemble des spécialistes	...dont ensemble des chirurgiens	...dont autres spécialistes
Ariège	11,1%	20,0%	8,7%
Aveyron	14,9%	38,9%	8,9%
Haute-Garonne	22,8%	73,3%	17,8%
Gers	18,6%	50,0%	12,6%
Lot	6,3%	22,2%	2,4%
Hautes-Pyrénées	13,0%	31,6%	9,6%
Tarn	10,3%	64,3%	4,5%
Tarn-et-Garonne	31,3%	88,9%	23,6%
<b>Midi-Pyrénées</b>	<b>19,4%</b>	<b>64,0%</b>	<b>14,5%</b>

Source : SIAM-ERASME Régional 2010

## Le poids des dépassements dans le total des honoraires

En France, en 2010, les dépassements représentent 12% du total des honoraires perçus par l'ensemble des médecins, mais 17% pour les spécialistes (CNAMTS, point d'information du 17 avril 2011).

Dans la région en 2009, les dépassements représentaient 5,1% du total des honoraires pour l'ensemble des médecins et 8,2% pour les spécialistes.

## Poids des dépassements dans l'ensemble des honoraires perçus

	Médecine générale	Spécialistes accès direct					Cardiologue	Dermatologue	ORL	Ensemble des spécialistes
		Ophtalmologue	Gynécologie médicale	Pédiatre	Psychiatre					
Ariège	0,9%	4,3%	0,0%	////	0,0%	0,0%	1,0%	0,5%	5,6%	
Aveyron	1,0%	2,1%	11,1%	8,1%	6,2%	0,1%	9,6%	0,1%	6,9%	
Haute-Garonne	1,1%	21,5%	8,1%	7,4%	4,2%	0,1%	3,4%	23,4%	9,2%	
Gers	1,1%	10,9%	12,1%	0,0%	0,4%	0,0%	2,6%	2,3%	5,2%	
Lot	0,5%	0,1%	0,3%	0,0%	0,4%	0,1%	2,1%	1,4%	1,0%	
Hautes-Pyrénées	0,7%	8,0%	0,1%	0,2%	1,1%	0,1%	9,6%	0,4%	5,6%	
Tarn	0,9%	7,5%	0,1%	0,1%	1,3%	0,2%	1,2%	7,3%	6,3%	
Tarn-et-Garonne	1,7%	20,6%	////	0,0%	4,7%	0,0%	15,3%	12,5%	9,5%	
<b>Midi-Pyrénées</b>	<b>1,0%</b>	<b>16,3%</b>	<b>6,9%</b>	<b>5,3%</b>	<b>3,6%</b>	<b>0,1%</b>	<b>4,3%</b>	<b>16,0%</b>	<b>8,2%</b>	

Source : SIAM-ERASME Régional – Données régime général hors SLM – janvier à septembre 2009

//// : Données non affichées, moins de 3 professionnels.

Si pour les cardiologues la part des dépassements dans l'ensemble des honoraires est quasiment nulle, elle est de l'ordre de 16% pour les ophtalmologues et les ORL en moyenne dans la région. C'est en Haute-Garonne et dans le Tarn-et-Garonne que le poids des dépassements est le plus important.

## L'accès aux soins dentaires dans les établissements de santé en Midi-Pyrénées

L'état de santé bucco-dentaire étant un marqueur fort de la précarité, un état des lieux de l'offre de soins dentaires dans les établissements de santé de bassins de santé a été réalisé en décembre 2011 et 24 établissements ont été interrogés (hormis Toulouse) :

- 10 établissements de santé disposent d'un fauteuil dentaire sur la région ;
- Dans 2 établissements, les soins sont pratiqués en bloc opératoire à la demande ;
- Le Lot et le Tarn n'ont aucun dispositif spécifique.

## Accès aux soins dentaires dans les établissements de santé en Midi-Pyrénées

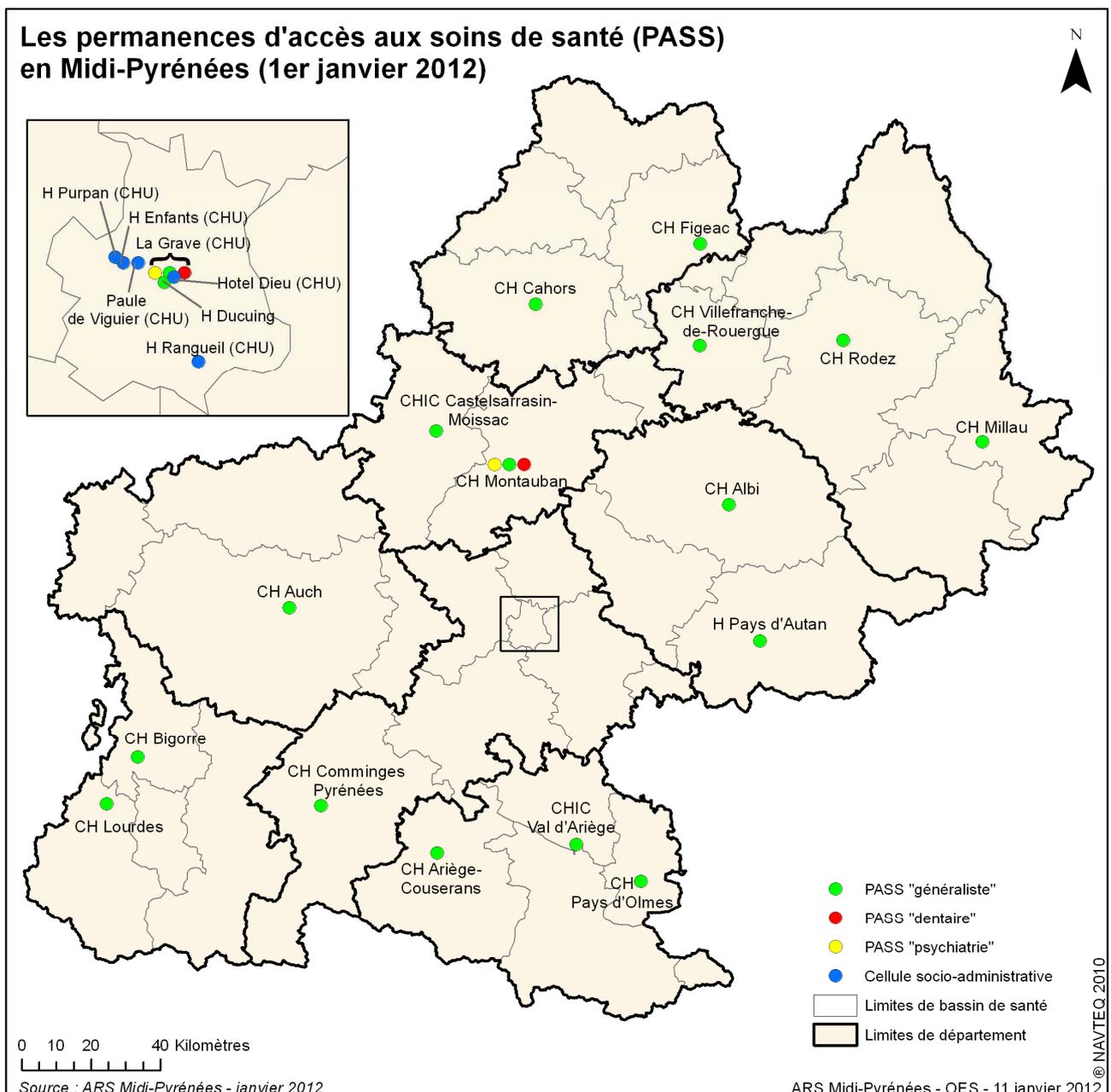
	Bassin de santé	Fauteuil dentaire	En ETP, nombre chirurgien dentiste	En ETP, nombre assistant dentaire	Nombre de ½ journées d'ouverture par semaine	Soins dentaires sous sédation (MEOPA)	Prise en charge de publics spécifiques			
							Patients atteints de troubles mentaux	Adultes handicapés	Personnes en situation de précarité	Personnes âgées
Ariège	Lavelanet	Soins en bloc opératoire	A la demande	0	Fonction du besoin	Non		X		
	St Girons	Oui	0,20	0,20	2	Non		X	X	X
Aveyron	Millau	Oui	0,08	0	3 heures par semaine (2 fois 1h30)	Oui			nc	
	Rodez	Oui	0,10	0,10	1	Non			X	X
Haute-Garonne	Saint-Gaudens	Soins en bloc opératoire	0,05	0	1	Oui				X
Gers	Auch	Oui	0,10	0	1	Non	X			
Hautes-Pyrénées	Lannemezan	Oui	0,50	0,50	5,5	Oui	X			X
	Lourdes	Oui	0,20	0,10	1	Oui				X
	Bagnères-de-Bigorre	Oui	0,40	0,50	4	Oui		X	X	X
	Tarbes-Vic	Oui	0,10	0	1	Non				X
	Tarbes-Vic	Oui	0,45	0,70	4,5	Non		X	X	X
Tarn-et-Garonne	Montauban	Oui	0,80	0,70	8	Non		X	X	X

Source : Enquête ARS Midi-Pyrénées décembre 2011  
nc : non communiqué

Les personnes en situation de précarité ne présentent pas de pathologies spécifiques, elles ont en règle générale un état de santé plus détérioré que le reste de la population. Ce constat se retrouve de façon plus marquée pour les plus pauvres et les plus exclus : les personnes sans chez soi, les immigrés, les étrangers en situation irrégulière... Devant cette situation, reflétant notamment les difficultés d'accès au droit commun, des dispositifs spécifiques, au croisement de la santé et du social, ont vu le jour depuis une quinzaine d'années.

#### Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) :

Situées massivement dans les établissements de santé publics, les 18 PASS « généralistes » sont présentes dans tous les départements avec souvent, excepté pour le Gers, deux points d'entrée sur le territoire de santé. Seuls les départements de Haute-Garonne et de Tarn-et-Garonne disposent d'une PASS psychiatrie et d'une PASS dentaire. Sur la ville de Toulouse, une équipe mobile, constitué d'infirmier(e)s, participe au coté de la veille sociale à la prise en charge des publics à la rue.



En 2010, les PASS de la région ont accueilli près de 9 000 personnes, la Haute-Garonne représentant 61% des effectifs.

C'est une majorité d'hommes (60%) qui constitue le public des PASS, peu de personnes âgées de plus de 60 ans, mais un nombre significatif de jeunes avec 30% de moins de 25 ans dont 13% de mineurs dont l'afflux essentiel est en Haute-Garonne. Près de la moitié de la population accueillie est sans résidence stable, 53% sont des étrangers et presque 6 personnes sur 10 n'ont pas de droits ouverts à l'Assurance maladie.

### Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) et les Lits Halte Soins Santé (LHSS) :

Par ailleurs, des dispositifs médico-sociaux de prise en charge de la souffrance psychique et somatique ont vu le jour respectivement en 2002 et 2005 avec les Appartements de coordination thérapeutique (ACT), et les Lits halte soins santé (LHSS).

Les ACT proposent un hébergement temporaire (durée maximale de 6 mois) à des personnes en situation de fragilité sociale, présentant une pathologie chronique invalidante et nécessitant des soins (SIDA, Hépatite, cancer ...). Seuls les départements de la Haute-Garonne, des Hautes-Pyrénées et du Tarn disposent à ce jour d'une offre de soins en ACT.

Les LHSS sont chargés d'offrir une prise en charge médico-sociale aux personnes sans domicile et dont l'état de santé, sans nécessiter une hospitalisation, n'est pas compatible avec la vie à la rue. Les LHSS sont présents dans la majorité des départements puisque seuls le Gers et les Hautes-Pyrénées en sont dépourvus.

En 2010 et 2011, les LHSS ont reçu en moyenne 360 demandes d'admission par an, dont 70 % pour la Haute-Garonne. Environ 240 personnes ont pu être prises en charge chaque année. Les refus d'admission sont motivés, soit par le manque de place pour 61 cas en 2010 et 44 en 2011, soit par l'inadéquation de la demande.

Régionalement, la durée moyenne de séjour est de 46,5 jours en 2011 (48,5 en 2010), masquant de très fortes disparités entre les structures puisque la durée moyenne de séjour varie de 19 jours dans la Haute-Garonne à 89 jours dans le Lot.

Les motifs d'admission les plus souvent cités par les structures sont :

- Les pathologies traumatiques ou orthopédiques (post-opératoires) ;
- L'altération de l'état général ;
- Les troubles cardio-vasculaires ;
- La toxicomanie : mise en place d'un traitement ;
- Les troubles neuropsychiatriques liés à l'alcool ;
- Les troubles psychiatriques isolés (mise en place d'un traitement).

### Les dispositifs de prise en charge de la souffrance psychique/somatique

	Nombre de places LHSS (Lits Halte Soins Santé)	Nombre de places ACT (Appartement de Coordination Thérapeutique)
Ariège	4	0
Aveyron	6	0
Haute-Garonne	14	56
Gers	0	0
Lot	4	0
Hautes-Pyrénées	0	7
Tarn	1	4
Tarn-et-Garonne	5	0
Midi-Pyrénées	34	67

Source : ARS Midi-Pyrénées - juin 2012

### Les équipes mobiles psychiatrie précarité :

Les équipes mobiles psychiatrie précarité sont chargées de favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion et souffrant de troubles psychiques. Elles interviennent auprès des populations et ont vocation à soutenir les équipes sociales de première ligne qui sont confrontées à des situations de vulnérabilité et de fragilité psychique.

Six départements sur 8 en sont pourvus, seuls le Gers et l'Aveyron n'en disposent pas. Les équipes sont rattachées aux établissements de santé autorisés en psychiatrie.

### Les Ateliers santé ville (ASV) :

Enfin, sur les questions de santé dans le cadre des quartiers prioritaires de la politique de la ville, les Ateliers santé ville (ASV) constituent un cadre opérationnel pour travailler sur les zones géographiques, objets des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS), et pour favoriser la complémentarité des interventions et leur cohérence.

### Les dispositifs d'animation territoriale et de mise en réseau des partenaires

	ASV (Atelier Santé Ville)	CUCS (Contrats Urbains de Cohésion Sociale)	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
Ariège	0	0	1
Aveyron	0	0	0
Haute-Garonne	4	1	1
Gers	0	0	0
Lot	1	1	1
Hautes-Pyrénées	2	2	1
Tarn	3	5	1
Tarn-et-Garonne	1	1	1
Midi-Pyrénées	11	10	6

Source : ARS Midi-Pyrénées - 2011

### Les actions de prévention :

Cet état des lieux des dispositifs pérennes d'accès aux soins, aux droits et à la prévention mérite d'être complété au regard des actions de prévention financées par l'Agence sur les territoires de santé. L'appel à projet prévention lancé par l'ARS en 2011, concerne cinq priorités retenues par la commission spécialisée prévention de la CRSA, à savoir :

- Promotion de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique ;
- Prévention des conduites addictives ;
- Promotion de la santé chez les jeunes ;
- Préservation de l'autonomie de la personne âgée ;
- Santé et grande précarité.

Si la réduction des inégalités sociales de santé constitue l'objectif prioritaire de l'ensemble des actions retenues par l'agence, celles financées sur la thématique Santé Précarité relèvent pour plus de la moitié de la question de l'accès aux droits aux soins et à la prévention des plus démunis, et pour plus d'un tiers à celle de la prise en charge de la souffrance psycho-sociale. Une action régionale d'interprétariat a été reconduite.

A l'exception du Tarn-et-Garonne et du Lot, tous les départements ont un dispositif spécifique d'accès aux droits, aux soins et à la prévention. S'agissant de la prise en compte de la souffrance psycho-sociale, hormis le Gers, tous les départements disposent au moins d'un programme à ce titre.

## Perspectives

L'approche retenue, comme un principe guidant la démarche dans l'élaboration du PRAPS est celle de la transversalité. Cette approche transversale a été privilégiée à une approche populationnelle.

Au regard des éléments de contexte régional, des bilans des précédentes générations de programmes, la territorialisation des actions demeure un enjeu majeur avec particulièrement la question des interventions en milieu rural. Le maillage territorial des dispositifs devra être recherché, et des interventions au plus près des populations mises en œuvre.

Quatre priorités définissent l'action de l'Agence régionale de santé pour les 5 ans à venir :

1. Développer la prévention.
2. Améliorer l'accessibilité aux droits et aux soins.
3. Structurer et renforcer les dispositifs spécifiques d'accès aux droits, à la prévention et aux soins.
4. Prendre en compte la souffrance psychique.

## Priorité

1

Développer  
la prévention

Force est de constater que les populations les plus précaires sont le plus souvent moins réceptives que les classes sociales plus aisées, aux messages de prévention en santé publique. L'évaluation du dernier Plan National Nutrition Santé (PNNS), ou l'analyse de la participation des catégories socioprofessionnelles les plus modestes au dépistage organisé du cancer du sein et colorectal confirment cette analyse, et doivent interroger sur le contenu des messages et au-delà, sur les actions à mettre en œuvre dans ces domaines.

## Action

1.1

En partenariat avec l'Assurance maladie,  
conforter l'action des Centres d'examens de santé (CES)

Point fort des dispositifs de prévention, puisqu'ils proposent des bilans de santé gratuits aux assurés sociaux et notamment aux plus fragiles, la présence au plus près des populations des centres qui réalisent ces examens est un des facteurs favorisant le recours à ces structures. Aussi et à l'instar du département du Gers, le déploiement d'une antenne de Centre d'examens de santé par bassin de santé sera recherché. Un bilan annuel régional de l'activité des Centre d'examens de santé sera réalisé.

Une campagne de promotion des bilans de santé et des Centre d'Examens de Santé sera engagée : missions, conditions d'accès, implantation ...

La même démarche en s'appuyant sur le bilan de santé précarité proposé par la Mutualité sociale agricole (MSA) et sur le bilan de prévention proposé par le Régime social des indépendants (RSI) sera retenue pour les assurés de ces deux régimes.

Le partenariat des Centre d'examens de santé avec notamment les Missions locales, les Centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS), les Centres communaux d'action sociale (CCAS), les équipes d'animation des bassins de santé seront mis en œuvre ou confortés par le biais de conventions.

Il sera proposé aux jeunes en mission locale un parcours de promotion de la santé s'appuyant sur le bilan de santé des CES avec suivi ultérieur si besoin.

En partenariat avec les mutuelles étudiantes, gestionnaires du régime de sécurité sociale des étudiants et les Centre d'examens de santé, un bilan de santé gratuit sera proposé chaque année à tous les étudiants bénéficiant de la CMU-C.

#### Action

1.2

### Promouvoir l'accès et le recours au dépistage organisé du cancer du sein

L'ARS demandera à travers le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui sera signé avec la structure régionale de gestion du dépistage organisé, de formuler des propositions d'actions, par bassin ou territoire de santé, pour favoriser l'accès des personnes en situation de précarité à ce type de prévention.

La médecine de main d'œuvre sera sensibilisée pour la promotion du dépistage organisé.

#### Action

1.3

### Favoriser l'accès et le recours aux centres de dépistage des infections sexuellement transmissibles, aux centres de lutte antituberculeuse et aux centres de vaccination

Une analyse annuelle des indicateurs d'activité et de performance de ces centres, a conduit à la définition de priorités régionales pour rendre le dispositif plus efficient au regard particulièrement de l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé. L'ARS contractualisera avec les opérateurs pour :

- Systématiser les dépistages ciblés en direction de publics prioritaires (milieu carcéral, foyers d'hébergement, Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile...);
- Faire intervenir des équipes de vaccination sur les lieux de vie des populations ;
- Favoriser les liens avec les PASS du secteur. Ces activités peuvent être assurées par des établissements de santé autorisés en psychiatrie ayant développé un projet et une pratique addictologique spécifiques.

#### Action

1.4

### Développer des actions de proximité nutrition santé

Chaque contrat local de santé prévoira un volet nutrition et activité physique. Il sera déployé par contrat une équipe pluri-professionnelle (diététicien, psychologue, éducateur médico-sportif), chargée du repérage, du dépistage et de la prise en charge des personnes en situation de surpoids ou d'obésité. L'équipe assurera également la coordination des actions menées dans le domaine alimentation /activité physique auprès des populations (scolaires, femmes enceintes, adultes ...).

Au sein des municipalités labellisées « ville active PNNS », l'agence demandera le déploiement d'actions en direction des publics précaires avec notamment des dispositifs type « jardins partagés ».

Des actions de sensibilisation/formation sur la nutrition seront organisées en direction du personnel, (professionnels et bénévoles) au contact des personnes en situation de précarité et notamment dans le cadre de l'aide alimentaire (banque alimentaire, restos du cœur, épiceries sociales...). Les besoins de formation seront recensés au préalable.

## Priorité

2

Améliorer l'accessibilité  
aux droits et aux soins

Les obstacles, notamment financiers, à l'accès aux soins participent toujours, pour une part, à la construction des inégalités sociales de santé. La CMU-C a constitué une étape déterminante pour l'accès aux droits des populations les plus éloignées de notre système de santé, mais un dispositif tel que l'aide à la complémentaire santé (ACS) peine à prendre l'ampleur souhaitée par le législateur. Le renoncement aux soins, y compris pour les bénéficiaires de la CMU-C, relève de plusieurs facteurs. Les raisons financières sont souvent évoquées, mais la méconnaissance des droits ou encore les obstacles en relation avec le professionnel de santé y participent aussi.

Le régime général de l'Assurance maladie a constitué, sur l'année 2012 et sur ces thématiques, un groupe de travail régional, chargé autour de 4 axes de travail, d'établir un diagnostic, de repérer les pratiques des organismes et d'élaborer un programme d'actions. Les quatre objectifs de travail sont :

- Améliorer l'accès aux droits des populations éligibles à l'AME, la CMU-C et l'ACS ;
- Optimiser le recours effectif à certains dispositifs offerts aux populations bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS ;
- Optimiser leur accès aux soins ;
- Optimiser leur recours à la prévention.

Seul un travail partenarial étroit avec l'Assurance maladie et la Mutualité française permettra d'améliorer l'accès aux droits et aux soins, et dans ce cadre, la promotion concertée et coordonnée de l'Aide à la complémentaire santé (ACS) constitue un objectif prioritaire.

## Action

2.1

Une expérimentation autour de la promotion  
de l'ACS et de la CMU-C

Ce projet de recherche-action sera mis en œuvre conjointement par l'ARS et l'Assurance maladie, en collaboration avec la Mutualité française. Il vise à améliorer le recours à leurs droits des populations potentiellement éligibles à l'ACS et à la CMU-C.

Les partenariats du régime général avec notamment les Conseils généraux et les Caisses d'allocations familiales, devraient permettre de repérer et sensibiliser une part des publics potentiellement éligibles à la l'ACS et à la CMU-C. En complémentarité des actions déployées par l'Assurance maladie, la recherche-action proposerait, sur des zones géographiques bien identifiées, un accompagnement vers l'ouverture des droits en s'appuyant sur des structures qui accueillent naturellement les publics précaires (Établissement de santé, Centre communal d'action sociale, associations caritatives ...).

L'expérimentation vise à identifier les situations de non recours, mais aussi à tester l'efficacité d'actions d'accompagnement ciblées et individualisées en direction des publics.

## Action

### 2.2

## Déployer le tiers-payant

Il est indéniable que l'avance des frais notamment chez le médecin généraliste constitue pour les populations précaires un frein financier, qui pourrait expliquer entre autres un recours inapproprié aux urgences (pendant les périodes d'ouverture des cabinets libéraux et pour des pathologies ne présentant ni gravité ni un caractère d'urgence).

La mise en œuvre du tiers-payant social (seule la part obligatoire est prise en charge) constitue une avancée significative, mais la généralisation d'un tiers-payant intégral chez le médecin traitant pour les bénéficiaires de l'ACS serait de nature à faciliter l'accès des plus précaires aux soins du premier recours.

Dans un premier temps, le tiers-payant intégral sera déployé pour tous les assurés dans les Maisons médicales de garde. Structures de soins, complémentaires aux services d'urgence, elles proposent, dans un lieu aménagé et sécurisé, une permanence des soins en dehors de l'ouverture des cabinets médicaux, c'est-à-dire les soirs de semaine, les week-ends et jours fériés.

Les Maisons de santé pluri-professionnelles constitueront une deuxième étape, avant d'envisager un déploiement régional sur l'ensemble des médecins généralistes.

## Action

### 2.3

## Développer l'information en direction des usagers citoyens

Une campagne d'information en direction des usagers notamment sur la question du refus de soins et du dépassement d'honoraires, sera organisée. Cette campagne prendra la forme d'une plaquette d'information qui sera à disposition des usagers dans les structures sociales, les cabinets médicaux, les pharmacies, les centres de santé. Il s'agit d'informer l'utilisateur sur ses droits, l'aider à partir d'exemples à caractériser ce qu'est un refus de soins. Enfin, il s'agit de le guider quant aux démarches qu'il peut entreprendre s'il est confronté à un refus de soins ou à des dépassements d'honoraires abusifs. Les informations données par le site de l'Assurance maladie ([www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)) notamment en matière de dépassement d'honoraires, seront également rappelées.

Cette campagne s'adressera également aux associations d'usagers et de consommateurs. Elle s'appuiera sur leurs réseaux pour diffuser l'information.

## Action

### 2.4

## Assurer un suivi de l'accès aux soins

L'objectif est de compléter l'état des lieux des dépassements d'honoraires :

- Les signalements de dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires de la CMU-C seront recensés par l'ARS pour s'assurer qu'ils sont proposés avec tact et mesure. En effet, obstacle supplémentaire pour l'accès aux soins, le dépassement d'honoraires même si la loi prévoit qu'il ne peut être facturé aux bénéficiaires de la CMU-C, a eu tendance à se banaliser, y compris pour ces populations.
- Un état des lieux prévu en 2013 permettra d'identifier les territoires ou les bassins de santé, dans lesquels la proportion de professionnels de santé en secteur 2 peut constituer un obstacle majeur à l'accès aux soins. Cet état des lieux tiendra compte de l'offre de soins dans les établissements de santé publics et privés.
- Ce diagnostic sera présenté à un comité de veille constitué de représentants de l'Assurance maladie, des URPS, des Conseils des ordres professionnels, des usagers et de l'ARS. Des actions adéquates seront définies par le comité de veille.

## Priorité

3

## Structurer et renforcer les dispositifs spécifiques d'accès aux droits, à la prévention et aux soins

## Action

3.1

### Conforter l'action des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Les PASS ont pour mission de rendre effectif l'accès et la prise en charge des personnes démunies non seulement à l'hôpital, mais aussi dans les réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Ces permanences hospitalières doivent permettre un repérage des personnes en difficulté, leur prise en charge ambulatoire sans délai, la mise à jour de leurs droits sociaux avec pour objectif : la réintégration dans le système de droit commun.

Du côté des populations, il s'agit d'offrir des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention et d'orientation, voire de premiers soins et d'organiser les parcours de santé au sein de l'établissement de santé mais aussi avec la médecine de ville (Professionnels de santé libéraux et centres de santé). La PASS se doit de « mettre en réseau » les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion.

Sur les 18 PASS de la région, deux d'entre elles offrent des prises en charge en psychiatrie et des soins dentaires (Toulouse et Montauban).

L'objectif, au terme du PRAPS, est que chacune d'entre elles puisse proposer une offre de service en matière de :

- Soins généraux ;
- Soins dentaires ;
- Soins en psychiatrie.

Par ailleurs, l'objectif est aussi pour toutes les PASS d'évoluer vers un positionnement visible en interne comme en externe, en développant notamment les partenariats et finalisant des outils de suivi et d'évaluation communs.

#### Quelle structuration pour les PASS ?

- Une PASS « référente » sera désignée au niveau régional, avec pour vocation de jouer un rôle d'animation, de concertation, d'expertise et de recours pour les autres PASS de la région. L'ARS publiera à cet effet un appel à candidature fin 2012.
- Un rapport annuel d'activité standardisé, va être déployé auprès de toutes les structures existantes, à partir de 2013.
- Le partenariat avec l'Assurance maladie sera formalisé par territoire et par régime, par un protocole avec notamment des engagements sur des délais et les dates d'ouverture des droits.

## Le renforcement de l'offre de service :

- Toutes les structures seront dotées de moyens correspondant a minima à un demi-poste de travailleur social ;
- Une expérimentation avec la mise en place d'une PASS par bassin de santé sera conduite sur un des départements de la région. Une PASS mobile départementale permettrait par exemple d'assurer des permanences hebdomadaires ou bimensuelles ;
- Le rééquilibrage des moyens entre les PASS de la région sera recherché, en prenant appui notamment sur le rapport annuel d'activité standardisé ;
- Pour les soins en psychiatrie, l'ARS s'assurera que chaque PASS dispose de temps d'infirmier ou de psychologue dédié à ces thématiques. Une première étape consistera à pourvoir les établissements du chef-lieu de territoire.

### Action

3.2

## Structurer dans les territoires de santé une offre en matière de soins dentaires

L'état de santé bucco-dentaire est un marqueur fort des inégalités sociales de santé, le renoncement aux soins pour raisons financières étant le plus souvent évoqué. L'ARS veut déployer une offre de proximité pour les plus précaires :

- En s'appuyant sur les PASS dont les établissements de santé dispose d'un fauteuil dentaire. Il s'agira là de renforcer le temps de chirurgien-dentiste ;
- En déployant dans les établissements après étude de faisabilité des fauteuils dentaires ;
- En favorisant le partenariat des PASS avec des chirurgiens-dentistes libéraux en capacité de réserver un temps hebdomadaire pour accueillir les usagers de la PASS à leur cabinet.

### Action

3.3

## Structurer dans les territoires de santé l'offre en matière de Lits halte soins santé

Les Lits halte soins santé constituent pour les personnes sans domicile une alternative à l'hospitalisation. Ils offrent un accueil temporaire à des personnes à la rue, quelle que soit leur situation administrative, et dont l'état de santé ne justifie pas d'hospitalisation mais nécessite une prise en charge adaptée.

Le maillage territorial sera finalisé avec a minima un dispositif d'une capacité de 3 à 5 lits dans chaque territoire de santé. Sur la base de l'étude réalisée en 2011, et au regard notamment de l'importance des refus d'admission par manque de places, un renforcement des structures dans les départements où la situation est plus tendue (Haute-Garonne par exemple) sera opéré.

Dans sa zone géographique d'implantation, la structure établira une convention avec les établissements en soins généraux et en soins psychiatriques fixant notamment les modalités de recours aux consultations hospitalières ou à des hospitalisations pour des personnes accueillies dont l'état sanitaire l'exige.

Un rapport annuel standardisé d'activité sera mis en place. L'harmonisation des procédures et des fonctionnements sera recherchée par le déploiement d'outils tels que le projet personnalisé de prise en charge, ou des conventions avec les établissements de bassins de santé.

## Action

### 3.4

## Evaluer les appartements de coordination thérapeutique (ACT)

Ouverts à l'accueil de toute personne en situation de précarité touchée par une pathologie chronique invalidante (Sida, hépatite, cancer, sclérose en plaques...), les ACT proposent un hébergement « à titre temporaire » (durée maximale de 6 mois) mais aussi une prise en charge en matière de soins et de suivi psycho-social.

Une évaluation de ce dispositif sera conduite. Il sera également mis en place un rapport annuel d'activité standardisé.

## Action

### 3.5

## Assurer dans les territoires la formation à la « médiation santé » des intervenants de proximité

Née du besoin de renforcer les capacités du secteur associatif en matière de santé, la médiation en santé a une double vocation :

- Assurer une interface de proximité avec l'utilisateur pour faciliter son accès aux droits, aux soins et à la prévention, et favoriser l'accès au droit commun ;
- Créer un lien avec l'offre de soins pour y accompagner parfois l'utilisateur et gérer les éventuelles incompréhensions patient /soignant.

La médiation en santé vise à faciliter l'accès de l'utilisateur au droit commun, par un travail d'information, d'orientation vers les structures ressources, un suivi individuel. La médiation peut être aussi, un travail d'écoute et de soutien moral, l'organisation de séances collectives d'information et de sensibilisation, la mise en œuvre d'un partenariat avec les institutionnels, les professionnels de la santé et du social et les publics.

Pour répondre aux besoins de proximité notamment dans les territoires ruraux, l'ARS déploiera chaque année une formation à la médiation santé en direction des professionnels de terrain, travailleurs sociaux, travailleurs pairs, bénévoles des associations intervenant dans le champ de la précarité et notamment dans les quartiers des zones urbaines sensibles. Cette formation pourra aussi s'adresser aux salariés des CHRS, des centres d'hébergements d'urgence, des centres sociaux....

Un opérateur régional, recruté par appel d'offre, mènera une programmation annuelle après avoir recensé les besoins et construit un programme de formation.

## Action

### 3.6

## Contribuer au déploiement d'un service régional de médecine de main d'œuvre

Destiné aux personnes sans emploi qui ont un problème de santé, ce service mis en œuvre par Pôle Emploi vise à faciliter leur recherche d'emploi. Le but essentiel de l'examen médical de main d'œuvre est de donner un avis sur l'aptitude au travail d'un demandeur d'emploi dans le cas d'un accès immédiat au travail ou après une formation ou une rééducation professionnelle. Il peut notamment être proposé aux personnes, à la suite de l'examen, de faire une demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ou d'engager une démarche de reclassement professionnel.

Ce service n'est actif qu'en Haute-Garonne, et l'ARS contribuera à sa généralisation dans les autres départements de la région. L'action de l'ARS sur cette thématique sera principalement de proposer à Pôle emploi d'assurer sur le terrain l'interface avec les médecins généralistes susceptibles de s'inscrire dans le dispositif.

Par ailleurs, la promotion auprès des demandeurs d'emploi, des bilans de santé réalisés par les Centres d'examen de santé sera également mise en œuvre dans le cadre de ce partenariat.

## Assurer le suivi de l'expérimentation « Un chez soi d'abord » (Housing first)

Programme de recherche sur 4 sites en France, dont Toulouse, « Housing first / Un Chez soi d'abord » vise à favoriser l'accès et le maintien dans un logement ordinaire de personnes sans-abri, atteintes de troubles psychiques sévères.

Sur une période de 3 ans (2012/2014), 100 personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères (psychose/bipolarité) et sans-abri, seront, si elles le souhaitent, orientées directement vers un logement ordinaire (appartement) et accompagnées par une équipe pluridisciplinaire médico-sociale (Psychiatre, coordonnateur opérationnel, infirmier(e)s, travailleurs sociaux dont des médiateurs de santé ...). Par ailleurs, un autre groupe « témoin » présentant des pathologies identiques, mais ne bénéficiant pas de l'accès au logement autonome, est constitué et bénéficie d'un suivi.

Un ratio professionnel/patient de 1/10, un service en activité 6 jours sur 7 et 12 heures par jour et un système de garde 24 h /24 h pour les crises et les urgences, permettent d'offrir une intensité élevée de services.

## Priorité

4

## Prendre en compte la souffrance psychique au sein de la population en situation de précarité

Les interactions entre santé mentale et précarité sont complexes, et ne font pas l'objet de consensus. Toutefois, des enquêtes spécifiques menées sur les lieux de vie de population précaire ou sans-domicile attestent cependant de la surreprésentation de la maladie mentale au sein de la population en situation de précarité, particulièrement dans ses formes sévères.

Le lien entre santé mentale et précarité comporte deux dimensions :

- D'une part, la décompensation mentale d'une psychose ou d'une névrose, les troubles avérés de la personnalité participent à la précarisation des personnes en altérant leurs aptitudes sociales, économiques et relationnelles ;
- D'autre part, les situations d'exclusion et de précarité fragilisent les personnes, c'est ce que nous nommons la souffrance psycho-sociale.

Cette souffrance psycho-sociale peut, chez certaines personnes, induire une décompensation, une maladie mentale avérée, ou des troubles patents de la personnalité. Pour d'autres elle va induire de la souffrance psychique dont les manifestations sont le plus souvent imperceptibles, plutôt du côté du retrait, du bas bruit, donc souvent difficile à repérer. Elle peut aussi révéler sous la forme d'une maladie psychosomatique.

Autour de la persistance de cette question, deux objectifs opérationnels sont définis :

1. Eviter la "psychiatriation" systématique des symptômes de la souffrance psychosociale, en s'appuyant sur des pratiques de « l'aller vers » et de l'accompagnement global.
2. Améliorer le repérage des situations de mal être, d'isolement social, mais aussi des troubles psychiatriques.

## Action

4.1

## Eviter la "psychiatriation" systématique des symptômes de la souffrance psychosociale, en s'appuyant sur des pratiques de l'aller vers et de l'accompagnement global

Créées pour améliorer les réponses à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité, les Equipes mobiles en psychiatrie précarité (EMPP) s'adressent à deux types de publics :

- Les personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes,
- Les professionnels de première ligne.

Les EMPP, ont une double mission : Elles pratiquent « l'aller vers » pour les publics eux-mêmes, avec des missions de prévention, de repérage, et d'orientation dans le système de santé. Elles apportent également leur soutien aux équipes de professionnels, en améliorant leurs connaissances et en les mettant en compétence de se repérer face aux problèmes rencontrés, de les décoder et d'analyser les demandes, de mettre en œuvre les premiers stades d'écoute et de soutien.

Une évaluation régionale des équipes sera menée, et un rapport annuel d'activité sera mis en place.

Le maillage territorial de ce dispositif sera finalisé pour que chaque territoire de santé puisse disposer d'une équipe.

Les partenariats avec les PASS dont les compétences en psychiatrie ont été renforcées, seront confortés.

L'orientation et la prise en charge vers les dispositifs de droits communs et spécialisés (CSAPA, CAARUD, CMP, Consultations psychiatriques...) seront optimisées, en renforçant les collaborations entre les équipes du soin, du social et du médico-social en prolongement de l'organisation du Schéma régional d'organisation des soins en addictologie.

#### Action

4.2

### **Renforcer le repérage des situations de mal être, d'isolement en sensibilisant et formant les professionnels (équipes sociales, personnels de santé dont libéraux ...) à détecter la souffrance psychique et à mieux y répondre**

L'Agence régionale de santé par le biais d'un opérateur régional, recruté par appel d'offres, mettra en œuvre :

- Dans chaque territoire de santé des stages croisés permettant aux professionnels de la santé et du social de développer une culture commune sur la prise en charge des plus précaires, par une meilleure connaissance des pratiques respectives. Le concept s'appuie sur une démarche simple : un binôme de professionnels (sanitaire et social) est constitué, chacun à tour de rôle ira en stage dans la structure professionnelle de son coéquipier ;
- Des journées interprofessionnelles d'échange entre les professionnels de terrain 1 à 2 fois par an, dans des territoires de santé ;
- La sensibilisation des équipes d'animation des bassins de santé.



Midi-Pyrénées

**Agence régionale de santé  
Midi-Pyrénées**

10 chemin du Raisin  
31050 TOULOUSE CEDEX 9  
05 34 30 24 00

[www.ars-midipyrenees.sante.fr](http://www.ars-midipyrenees.sante.fr)

