

#3

PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS



PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

POUR LA SANTÉ DE 6 MILLIONS
DE PERSONNES EN OCCITANIE

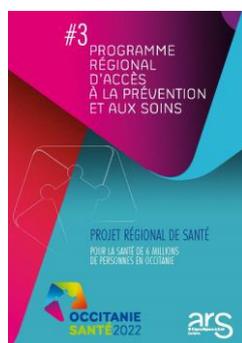


OCCITANIE
SANTÉ 2022

ars
●● Agence Régionale de Santé
Occitanie

#3

PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PLUS DÉMUNIS 2018 - 2022



CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE 2018 - 2027



SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2018 - 2022

ARS OCCITANIE

PRS

**PROGRAMME RÉGIONAL
D'ACCÈS À LA PRÉVENTION
ET AUX SOINS**

SOMMAIRE

I. CONTEXTE ET ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC TERRITORIAL	2
PRAPS OCCITANIE.	3
EN OCCITANIE, UNE PERSONNE SUR SIX VIT EN SITUATION DE PAUVRETÉ.....	3
LES PERSONNES LES PLUS DÉFAVORISÉES ONT UN ÉTAT DE SANTÉ PLUS DÉGRADÉ.....	5
LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ : UNE ACCUMULATION DES FACTEURS DE RISQUES POUR LES PERSONNES LES PLUS DÉFAVORISÉES.....	6
DÉFAVORISATION, RECOURS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION : L'EXISTENCE D'UN GRADIENT SOCIAL DE SANTÉ.....	7
ANALYSE DE L'IMPACT DU GRADIENT SOCIAL SUR LE RECOURS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION.....	8
LES DISPOSITIFS D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS POUR LES PLUS DÉMUNIS : UNE RÉPONSE PARTIELLEMENT EFFICACE... ..	10
II. SIX ENJEUX TRANSVERSAUX POUR GUIDER NOS CHOIX	13
III. DES PRIORITÉS AUX ACTIONS	16
1. FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	20
2. RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS.....	21
3. CONTRIBUER À UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	23
4. ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES CHEZ LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ.....	24
5. ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE RDRD AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	26
IV. MODALITÉS DE GOUVERNANCE	29
V. SUIVI ET ÉVALUATION	30
ANNEXES	33

I. CONTEXTE ET ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC TERRITORIAL

PRAPS OCCITANIE	3
EN OCCITANIE, UNE PERSONNE SUR SIX VIT EN SITUATION DE PAUVRETÉ	3
LES PERSONNES LES PLUS DÉFAVORISÉES ONT UN ÉTAT DE SANTÉ PLUS DÉGRADÉ	5
LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ : UNE ACCUMULATION DES FACTEURS DE RISQUES POUR LES PERSONNES LES PLUS DÉFAVORISÉES	6
DÉFAVORISATION, RECOURS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION : L'EXISTENCE D'UN GRADIENT SOCIAL DE SANTÉ	7
ANALYSE DE L'IMPACT DU GRADIENT SOCIAL SUR LE RECOURS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION	8
LES DISPOSITIFS D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS POUR LES PLUS DÉMUNIS : UNE RÉPONSE PARTIELLEMENT EFFICACE	10

I. CONTEXTE ET ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC TERRITORIAL

PRAPS OCCITANIE

Issues de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions, quatre générations de Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention aux Soins (PRAPS) ont successivement été mises en œuvre. Conforté par la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 et par celle du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le PRAPS, partie intégrante du Projet Régional de Santé (PRS), constitue pour l'ARS la feuille de route pour permettre aux personnes les plus éloignées de notre système de santé d'y accéder.

Le PRAPS doit s'appuyer sur la coordination des partenaires autour de ces problématiques et répondre à une logique de territorialisation.

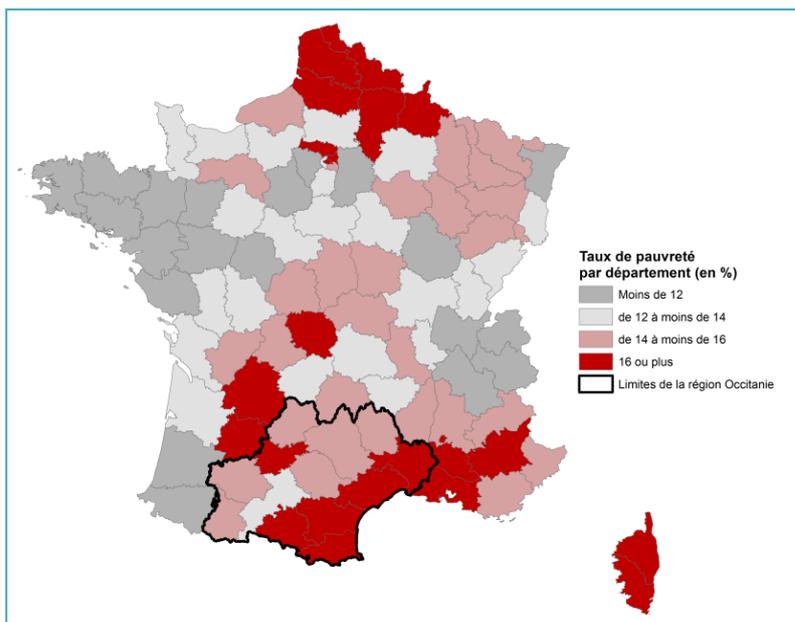
La cinquième génération de « PRAPS » constitue un enjeu fort pour la nouvelle région Occitanie afin de répondre aux besoins des populations, au plus près de leurs lieux de vie, en prenant en compte la disparité des territoires ainsi que la précarité très présente dans certains départements.

EN OCCITANIE, UNE PERSONNE SUR SIX VIT EN SITUATION DE PAUVRETÉ

La précarité recouvre différentes réalités en fonction des définitions utilisées et selon que l'on évoque les sans-abris, les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes au chômage de longue durée, les personnes en dessous du seuil de pauvreté, etc. Un gradient social existe ainsi parmi les plus pauvres au même titre que dans la population générale.

Une approche de la situation des populations les plus démunies à partir des données concernant les personnes en dessous du seuil de pauvreté (1 000 euros mensuels) place la région Occitanie au 4^{ème} rang des régions métropolitaines présentant les taux de pauvreté les plus élevés, au 3^{ème} rang pour la pauvreté des moins de 30 ans et au 2^{ème} rang pour la pauvreté des 75 ans ou plus (après la Corse). Ce sont plus de 900 000 personnes qui vivent en dessous du seuil de pauvreté sur cette région et qui constituent le public cible du PRAPS 2018-2022.

■ **Figure 1**
 Les taux de pauvreté par département en 2013 en France métropolitaine



Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2013

À l'échelle des départements, il existe de fortes disparités : la Haute-Garonne a un taux de pauvreté inférieur à la moyenne nationale mais compte en valeur absolue le nombre de personnes sous le seuil de pauvreté le plus important (152 000 personnes), l'Aude est le deuxième département le plus pauvre de France, les Pyrénées-Orientales le troisième, le Gard le cinquième et l'Hérault le neuvième. Les espaces ruraux éloignés des centres d'emplois ainsi que les villes-centres des grands pôles urbains sont les zones les plus concernées par la pauvreté.

Ces réelles différences entre les départements et les territoires de la région Occitanie doivent être prises en compte et nécessitent de définir comme territoires prioritaires d'intervention : l'Aude, les Pyrénées-Orientales, le Gard, l'Hérault et la métropole toulousaine.

■ **Tableau 1**
 La pauvreté des ménages dans les départements de la région Occitanie

	Taux de pauvreté Ensemble (%)	Taux de pauvreté des moins de 30 ans (%)	Taux de pauvreté des 75 ans ou plus (%)	Estimation du nombre de personnes vivant au-dessous du seuil de pauvreté*
Ariège	18,0	28,2	13,2	26 000
Aude	21,4	32,7	16,1	75 000
Aveyron	14,7	22,5	13,8	39 000
Gard	20,3	30,4	12,1	146 000
Haute-Garonne	12,4	22,3	9,1	152 000
Gers	14,8	23,3	16,0	27 000
Hérault	19,6	31,2	12,3	208 000
Lot	15,6	23,9	12,9	26 000
Lozère	15,7	21,8	16,9	11 000
Hautes-Pyrénées	14,3	26,5	11,2	32 000
Pyrénées-Orientales	21,0	34,3	14,3	95 000
Tarn	15,1	26,1	10,9	57 000
Tarn-et-Garonne	16,8	26,1	14,6	42 000
Occitanie	17,0	27,2	12,5	936 000

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2013

*Il s'agit d'une approximation. Le taux de pauvreté des ménages est appliqué au nombre de personnes dans les ménages fiscaux.

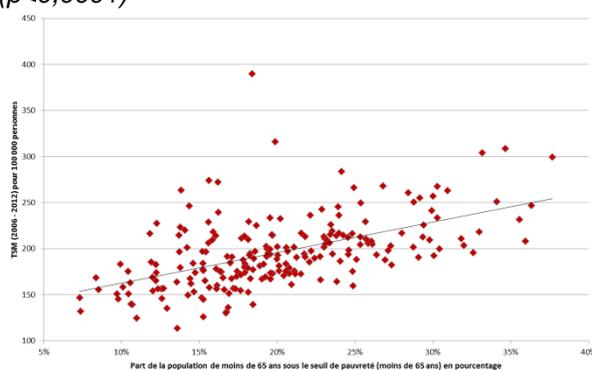
LES PERSONNES LES PLUS DÉFAVORISÉES ONT UN ÉTAT DE SANTÉ PLUS DÉGRADÉ

Il existe une corrélation forte entre la part de la population de moins de 65 ans sous le seuil de pauvreté et la mortalité prématurée (mortalité avant 65 ans). Les bassins de vie présentant un taux élevé de mortalité prématurée sont ceux présentant un taux élevé de pauvreté. La corrélation est d'autant plus forte si l'on restreint l'analyse aux bassins de vie les plus peuplés (plus de 50 000 habitants) (Figure 2).

▪ **Figure 2**
Taux standardisés de mortalité (TSM) prématurée (mortalité avant 65 ans, 2006-2012) et part de la population de moins de 65 ans sous le seuil de pauvreté en 2014 dans les bassins de vie de la région Occitanie

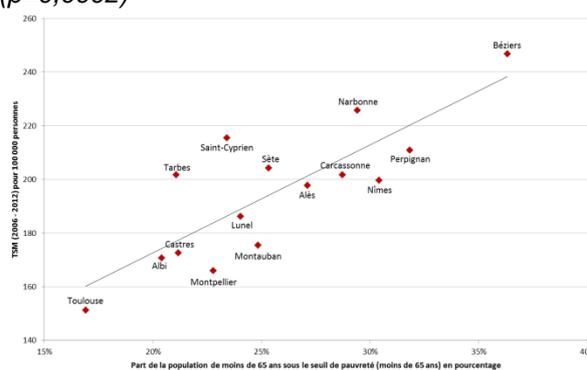
Ensemble des bassins de vie

coefficient de corrélation de Pearson = 0,54
($p < 0,0001$)



Bassins de vie de plus de 50 000 habitants

coefficient de corrélation de Pearson = 0,82
($p = 0,0002$)



Sources : Inserm CépiDC, Insee – base régionale précarité 2014

LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ : UNE ACCUMULATION DES FACTEURS DE RISQUES POUR LES PERSONNES LES PLUS DÉFAVORISÉES

Au-delà de ce constat, l'enjeu majeur est de mieux comprendre le lien qui existe entre pauvreté et état de santé. Plusieurs dimensions susceptibles d'agir sur la santé existent, allant de l'individu jusqu'aux conditions socioéconomiques, culturelles, environnementales, à l'échelle de la société. En épidémiologie sociale, on distingue classiquement dans les déterminants de la santé, les comportements dits « individuels », les déterminants socio-économiques (incluant les facteurs dits matérialistes - expositions physiques, chimiques, spatiales -, les facteurs psychosociaux - contraintes organisationnelles, hiérarchiques -) et le système de soins. Or, la distribution de ces facteurs est socialement différenciée, ce qui se caractérise par des conduites à risques, une exposition aux risques environnementaux et professionnels plus fréquente et un recours plus faible aux services de santé et aux soins dans les catégories moins favorisées.

▪ **Tableau 2**
Quelques déterminants de santé au regard des catégories socio-professionnelles

	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Ouvriers (ouvriers ou ouvriers qualifiés)
Tabac¹		
Tabagisme quotidien	18,9%	37,8%
Surpoids-obésité des élèves de CM2 selon le groupe socioprofessionnel des parents²		
Surcharge pondérale (%)	12,7%	21,5%
Obésité (%)	1,4%	5,5%
Expositions professionnelles³		
Être exposé à au moins trois produits chimiques (%)	2,7%	31,8%
Bruit de niveau d'exposition sonore supérieur à 85 db(A) (%)	5,5%	46,8%

Sources :

¹Baromètre santé 2014, Inpes [2]

²DREES-DGESCO, enquête nationale de santé auprès des élèves de CM2 [3]

³DGT-DARES, enquête SUMER 2010 [4]

DÉFAVORISATION, RECOURS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION : L'EXISTENCE D'UN GRADIENT SOCIAL DE SANTÉ

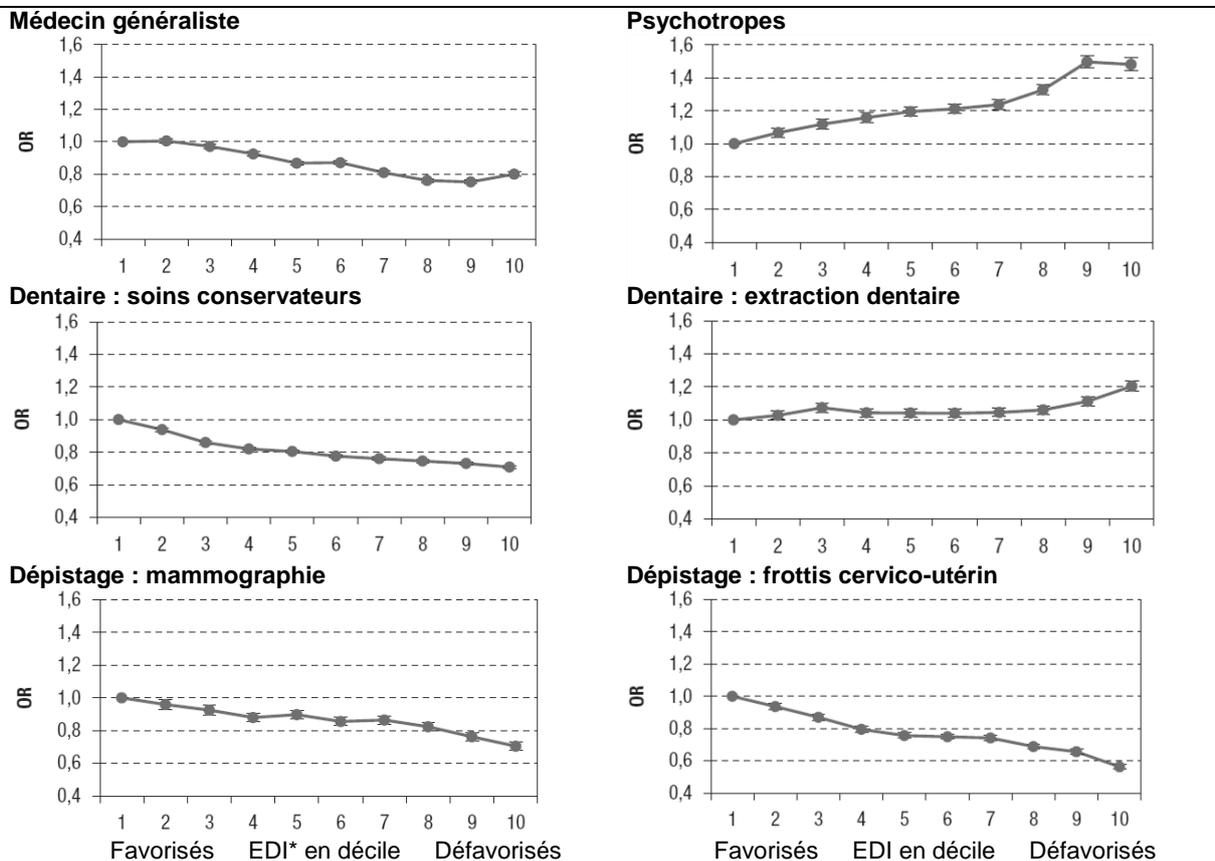
Sans en être le déterminant essentiel de l'état de santé, le système de soins et de prévention représente un déterminant important du niveau de santé des populations et participe aussi à la persistance voire à l'aggravation des inégalités sociales de santé. La transformation du système de soins est cependant un des leviers utilisables par les institutions pour réduire ces inégalités. Ainsi, l'analyse des systèmes de compensation centrés sur la précarité, sur la limitation des inégalités sociales de santé paraît primordiale pour l'action publique.

À ce titre, un travail spécifique a été conduit en Occitanie (région ex-Midi-Pyrénées) pour mesurer les niveaux de recours aux soins au regard du niveau de défavorisation et de pauvreté de la population. Pour pallier l'absence de données socio-économiques individuelles dans les bases de données médico-administratives, un indicateur écologique de défavorisation, l'EDI (European Deprivation Index), est utilisé, discrétisé en 10 classes, de la situation la plus favorable EDI 1 à la situation la plus défavorable EDI 10.

Les indicateurs présentés ici (Figure 3), décrivent des marqueurs du recours aux soins ou à la prévention, notamment pour les personnes en situation de pauvreté. Leur analyse, détaillée ci-dessous, permet de mettre en avant l'effet de systèmes de compensation dans la limitation des inégalités de santé (notamment pour l'accès aux médecins généralistes ou le dépistage du cancer du sein) ou inversement l'impact du gradient social sur l'accès aux soins (exemple de la consommation de psychotropes ou recours à l'extraction dentaire).

■ Figure 3

Gradient social de recours aux soins pour chacun des indicateurs étudiés, ex-région Midi-Pyrénées, 2012
Odds ratios (en fonction de l'indice de défavorisation (EDI) ajustés sur l'âge, le sexe et l'ALD)



Source : Bull Epidémiol Hebd. 2016;(1):2-8 [6]
EDI : European Deprivation Index (indicateur de défavorisation) [5]

ANALYSE DE L'IMPACT DU GRADIENT SOCIAL SUR LE RECOURS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION

ACCÈS AUX SOINS PRIMAIRES, LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Plus les personnes vivent dans une zone défavorisée, plus le recours au médecin généraliste dans l'année est faible. Cette association prend la forme d'un gradient qui s'atténue un peu dans les zones les plus défavorisées (deux derniers déciles) qui concentrent aussi le plus grand nombre de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C). La CMU-C pourrait ainsi compenser en partie le gradient social de recours primaire aux soins. À l'inverse, l'offre de soins en médecine générale ne permet pas de réduire ce gradient : en effet, l'offre augmente avec le niveau de défavorisation du fait d'un meilleur accès théorique aux médecins généralistes en ville, là où se concentrent les plus fortes zones de défavorisation et de pauvreté [7].

ACCÈS A LA PRÉVENTION, LES DÉPISTAGES DES CANCERS

Un gradient social dans le recours au dépistage du cancer du sein, comme du cancer du col de l'utérus, est observé. Les taux de recours aux dépistages décroissent fortement avec le niveau de défavorisation.

Ces gradients ne sont pas réduits par la prise en compte du fait de bénéficier de la CMU-C ou de l'offre de médecins généralistes. On peut supposer que les campagnes de dépistage organisé du cancer du sein contribuent à réduire le gradient social qui est moins marqué que pour le cancer du col de l'utérus.

SOINS DENTAIRES CONSERVATEURS ET EXTRACTIONS DENTAIRES

Pour le recours aux soins dentaires conservateurs, le recours décroît régulièrement avec le niveau de défavorisation. À l'inverse, le recours à l'extraction dentaire augmente légèrement et en particulier pour les deux déciles les plus défavorisés. Si elles ont en commun d'être des soins dentaires, il s'agit de consommations totalement différentes :

- En effet, le recours à un chirurgien-dentiste pour des soins conservateurs peut s'apparenter à un recours de prévention. Ce recours diminue avec la défavorisation. Ce gradient est moins marqué chez les bénéficiaires de la CMU-C, en faveur d'un effet de rattrapage des inégalités d'accès à ce type de soins en direction des plus pauvres.
- À l'inverse, le recours au chirurgien-dentiste pour une extraction dentaire signe un recours tardif aux soins, en lien probable avec un état dentaire plus dégradé, plus fréquemment retrouvé chez les plus pauvres (deux derniers déciles). Or, chez ces derniers, le fait de bénéficier de la CMU-C est plus fréquent et pourrait favoriser ce recours. On observe en effet que les bénéficiaires de la CMU-C ont un recours à l'extraction dentaire de 70 % supérieur au recours des autres assurés. Là encore le fait de bénéficier de la CMU-C permet un rattrapage voire un comportement spécifique avec un recours aux soins, mais tardif.

Dans les deux cas l'offre de soins, ici la disponibilité des chirurgiens-dentistes, n'influence aucun des deux recours, suggérant que les phénomènes observés ne sont pas un problème d'offre [8].

PSYCHOTROPES

Le lien entre difficultés socioéconomiques et santé mentale est bien connu et un gradient social de recours aux médicaments psychotropes est observé, cette prescription augmentant avec la défavorisation. Même si rien ne permet de l'affirmer, un sur-recours traduisant une tendance à la médicalisation de problèmes sociaux ne peut pas être exclu pour expliquer ce gradient [9].

EN SYNTHÈSE

L'analyse de l'ensemble des indicateurs d'accès aux soins et à la prévention met en évidence une corrélation entre les niveaux de défavorisation et la fréquence du recours aux soins et à la prévention.

Cette corrélation prend le plus souvent la forme d'un gradient qui suit le niveau de défavorisation et qui est plus ou moins marqué selon les indicateurs analysés.

Il semble ne pas se limiter à la frange la plus défavorisée de la population.

Pour certains indicateurs comme le recours primaire aux soins ou les soins dentaires, certains dispositifs de compensation telle que la CMU-C semblent pouvoir atténuer cette relation.

Les gradients sociaux de santé traversent l'ensemble des territoires de la région. L'accessibilité à l'offre de soins propres à chaque territoire ne semble pas avoir d'influence significative sur le gradient. [8].

LES DISPOSITIFS D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS POUR LES PLUS DÉMUNIS : UNE RÉPONSE PARTIELLEMENT EFFICACE

Les personnes en situation de précarité ne présentent pas de pathologies spécifiques, en revanche, leur état de santé est plus détérioré que pour le reste de la population, ce constat se retrouvant 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 personnes en situation de précarité, 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, sont chargées de repérer les personnes en difficulté, d'assurer leur prise en charge ambulatoire et l'ouverture de leurs droits sociaux. En 2015, les PASS d'Occitanie ont accueilli 14 500 personnes (12 900 en 2014) et ont enregistré près de 34 000 passages. L'activité est en constante hausse.

Une dotation spécifique en 2014 a permis la mise en place d'une **PASS Régionale**, portée par deux établissements de santé, à Toulouse et à Béziers. Celle-ci a pour mission de coordonner l'activité des PASS, d'harmoniser les pratiques et les organisations et de développer les échanges.

Par ailleurs, des dispositifs médico-sociaux de prise en charge de la souffrance psychique et somatique ont été développés : les **Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)**, les **Lits Halte Soins Santé (LHSS)**, les **Lits d'Accueil Médicalisé (LAM)** et les **ACT « un chez soi d'abord »**.

Les ACT proposent un hébergement temporaire à des personnes en situation de fragilité sociale, présentant une pathologie chronique invalidante et nécessitant des soins (SIDA, Hépatite, cancer ...).

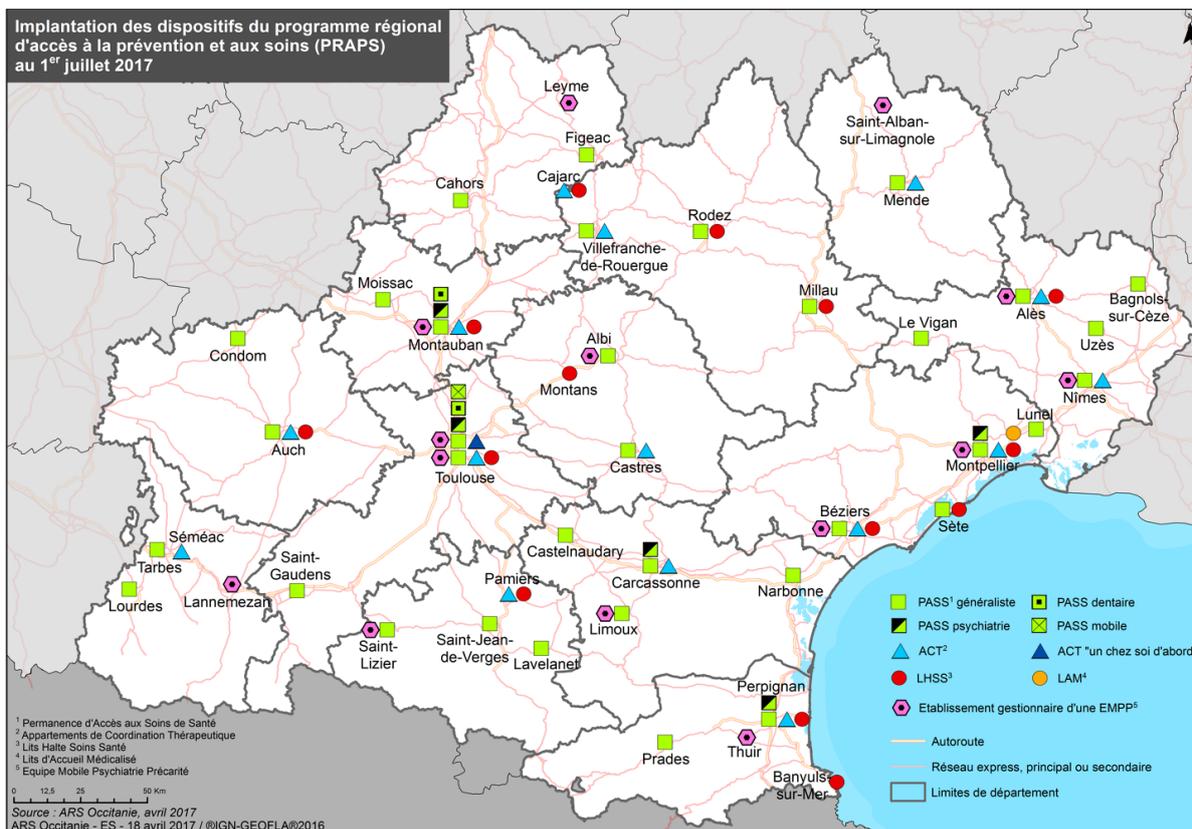
Les LHSS sont chargés d'offrir une prise en charge médico-sociale aux personnes sans domicile et dont l'état de santé, sans nécessiter une hospitalisation, n'est pas compatible avec la vie à la rue.

Pérennisés en 2012 à la suite d'une expérience de deux ans et dans le prolongement de l'activité des LHSS, les LAM sont destinés à la prise en charge de toute personne à la rue présentant des pathologies lourdes la privant d'autonomie. Ils répondent à l'absence de structures adaptées pour des prises en charge complexes.

Le dispositif « Housing first », programme expérimental dans un premier temps, est intégré au droit commun au 1^{er} janvier 2017 sous l'appellation « ACT un chez soi d'abord ». Ce dispositif vise à favoriser l'accès et le maintien dans un logement ordinaire de personnes sans-abri atteintes de troubles psychiques sévères. Une équipe pluridisciplinaire accompagne les usagers.

Enfin, les **Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)** 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 de ces populations et ont vocation à soutenir les équipes sociales de première ligne qui sont confrontées à des situations de vulnérabilité et de fragilité psychique.

▪ **Figure 4 :**
Implantation des dispositifs spécifiques du PRAPS en
région Occitanie
au 1^{er} juillet 2017



II. SIX ENJEUX TRANSVERSAUX POUR GUIDER NOS CHOIX

LA TERRITORIALISATION	13
L' « ALLER-VERS », DONT LA MÉDIATION SANTÉ ET L'INTERPRÉTARIAT	13
LA MOBILISATION ET LA COORDINATION DES ACTEURS ET DES SECTEURS	13
L'ACCOMPAGNEMENT VERS ET DANS LE DROIT COMMUN	14
LA PARTICIPATION DES USAGERS	14
L'INFORMATION ET LA FORMATION DES PROFESSIONNELS	14

II. SIX ENJEUX TRANSVERSAUX POUR GUIDER NOS CHOIX

Six principes transversaux ont guidé la réflexion pour l'élaboration du PRAPS 2018-2022 et in fine les choix de priorités et d'actions qui seront portées par l'ARS :

1. LA TERRITORIALISATION

La question des enjeux territoriaux des politiques de santé est plus que jamais d'actualité dans ce premier PRAPS de la nouvelle grande région Occitanie. En effet, certains territoires de la région pour lesquels l'impact de la précarité est fort nécessitent une attention particulière : l'Aude, les Pyrénées-Orientales, le Gard, l'Hérault et la métropole toulousaine.

Les collectivités territoriales, de par leur connaissance des besoins des publics qu'elles reçoivent et accompagnent, et par leurs actions de proximité, peuvent jouer un rôle significatif dans la réussite de la territorialisation de la politique régionale.

La question des publics « invisibles » (travailleurs pauvres, étudiants, personnes âgées isolées ...) et de leur repérage, doit être appréhendée également dans une approche de territoire.

2. L'« ALLER-VERS », DONT LA MÉDIATION SANTÉ ET L'INTERPRÉTARIAT

Pour agir au plus près des lieux de vie des publics, les professionnels mettent en avant la nécessité d'une démarche d'« aller vers ». La médiation santé et l'interprétariat s'inscrivent dans cette dynamique. Ces deux champs d'activité sont pris en compte dans le PRAPS à travers le renforcement des compétences en matière de médiation santé (savoirs, savoir-faire et savoir-être) et le renforcement des moyens en matière d'interprétariat.

3. LA MOBILISATION ET LA COORDINATION DES ACTEURS ET DES SECTEURS

L'enjeu du PRAPS est de dépasser les approches sectorielles et de tendre vers une transversalité des actions : travailler l'articulation des acteurs et des interventions est une nécessité.

Les préventeurs (Mutuelles, MSA, ...) sont à l'origine d'initiatives (repérage, promotion et éducation à la santé, ...) à l'attention des personnes en situation de précarité, qu'il convient de relayer, lorsqu'elles sont probantes.

L'ensemble des acteurs doit aller dans la même direction et travailler en étroite collaboration, qu'il s'agisse des Conseils Départementaux (schémas ou programmes départementaux d'insertion), des communes ou des EPCI (CCAS/CIAS, services communaux de promotion de la santé), de l'Éducation Nationale, de l'Assurance Maladie (CPAM, services sociaux des CARSAT ...).

4. L'ACCOMPAGNEMENT VERS ET DANS LE DROIT COMMUN

La finalité ultime du PRAPS est de faire accéder les personnes démunies au droit commun : les actions doivent permettre d'adapter les dispositifs de santé de droit commun à ces populations. Cet objectif, largement mis en avant par l'ensemble des acteurs sollicités dans le cadre d'une large phase de concertation, passe par un accompagnement soutenu, plus précoce et étroit des personnes.

5. LA PARTICIPATION DES USAGERS

Le développement de la participation des usagers est une clé de transformation majeure du système de santé, dans une logique de renforcement de la capacité d'agir des personnes et de démocratie sanitaire.

Elle vise à associer les personnes concernées à l'élaboration et la mise en œuvre d'actions selon des modalités qui peuvent être multiples : simple information, consultation, implication, ou encore co-construction. La Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) Occitanie a contribué à la démarche de construction du PRAPS en associant les personnes accompagnées lors de groupes de réflexion et d'échanges sur les questions de santé, et en élaborant un document de synthèse.

Au-delà de la recherche de la participation des usagers aux instances de pilotage du PRAPS, il conviendra de faciliter l'expression de la parole des usagers en programmant, par exemple, des rencontres sur leurs lieux de vie, notamment au sein des structures d'hébergement et des ESMS pour publics confrontés à des difficultés spécifiques.

Tout projet qui vise à rendre les usagers encore davantage acteurs de leur parcours, voire même pour certains au service des autres usagers (implication de « patients partenaires » ...), participe à cet enjeu, à la condition que cela n'accroisse pas les inégalités sociales de santé.

6. L'INFORMATION ET LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

La question de l'information et de la formation est un besoin largement partagé par les professionnels. L'adaptation de leurs pratiques aux spécificités des publics en situation de précarité est indispensable. Pour ce faire, le PRAPS veille à développer la formation initiale et continue des professionnels.

Tous les professionnels du premier recours sont potentiellement concernés avec leurs compétences respectives, s'ils disposent des outils nécessaires pour repérer et orienter des situations (ex. : grossesses, vieillissement précoce physique et/ou cognitif ...).

EN SYNTHÈSE :

Au regard des éléments de contexte régionaux et des six principes transversaux de réflexion précédemment cités, une phase de concertation régionale (consultation interne à l'ARS Occitanie, avec les délégations départementales de l'ARS, et une large consultation externe auprès des partenaires institutionnels et associatifs de la région) a permis de dégager 5 grandes priorités d'actions :

- Faciliter l'accès aux droits des personnes en situation de précarité,
- Renforcer les dispositifs spécifiques d'accès à la prévention et aux soins,
- Contribuer à une meilleure prise en compte de la santé mentale des personnes en situation de précarité,
- Accompagner vers et dans le droit commun et favoriser la prise en charge des maladies chroniques chez les personnes en situation de précarité,
- Adapter l'offre de prévention, de dépistage et de Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) aux personnes en situation de précarité.

III. DES PRIORITÉS AUX ACTIONS

1. FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS DES PERSONNES
EN SITUATION DE PRÉCARITÉ 20
2. RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES
D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS 21
3. CONTRIBUER À UNE MEILLEURE PRISE EN
COMPTE DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES
EN SITUATION DE PRÉCARITÉ 23
4. ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN
ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES
CHRONIQUES CHEZ LES PERSONNES
EN SITUATION DE PRÉCARITÉ 24
5. ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION,
DE DÉPISTAGE ET DE RDRD AUX PERSONNES
EN SITUATION DE PRÉCARITÉ 26

III. DES PRIORITÉS AUX ACTIONS

Les 5 grandes priorités d'actions sont ensuite déclinées en objectifs opérationnels et actions structurantes qui représentent l'architecture globale du PRAPS. Les actions structurantes ont fait l'objet de fiches-actions jointes en annexe.

Priorités d'actions		Objectifs opérationnels	Actions structurantes	
1. Faciliter l'accès aux droits des personnes en situation de précarité	1.1	Favoriser l'accessibilité à l'information sur les droits pour les personnes en situation de précarité	1.1.1	Mettre en place et/ou poursuivre les dispositifs collectifs d'information sur l'accès aux droits et aux soins dans les structures accueillant les personnes en situation de précarité
			1.1.2	Mettre à disposition l'information sur l'accès aux droits et aux soins par l'intermédiaire notamment des MSAP
	1.2	Développer un travail intersectoriel et partenarial	1.2.1	Mettre en place des conventionnements entre les CPAM et les structures pour identifier un interlocuteur privilégié
			1.2.2	Organiser des réunions collectives des partenaires sur l'accès aux droits et aux soins afin d'informer les professionnels et les bénévoles
2. Renforcer les dispositifs spécifiques d'accès à la prévention et aux soins	2.1	Agir au plus près des publics sur les territoires et développer l'offre de soins	2.1.1	Organiser et structurer des permanences hors les murs des PASS, au plus près des lieux de vie, d'accueil et d'hébergement, des personnes en situation de précarité
			2.1.2	Déployer une offre de soins dentaires dans les PASS
			2.1.3	Finaliser le maillage territorial des LHSS et LAM, renforcer les ACT et structurer les PASS
	2.2	Renforcer le travail en collaboration avec les professionnels de santé	2.2.1	Organiser des permanences de professionnels de santé libéraux et d'étudiants en faculté d'odontologie dans les PASS et conventionner avec les MSP et les Centres de santé dentaire
			2.2.2	Mobiliser les URPS, les Conseils de l'ordre et la Fédération des maisons de santé pour une meilleure connaissance des dispositifs et une meilleure prise en charge des personnes en situation de précarité
	2.3	Développer la coordination des dispositifs et des structures	2.3.1	Renforcer l'usage du DMP pour les personnes en très grande précarité
			2.3.2	Créer une instance de coordination territoriale pour améliorer le parcours de soins et de prévention des personnes en situation de précarité
			2.3.3	Organiser des temps d'échanges entre les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social
	3. Contribuer à une meilleure prise en compte de la santé mentale des personnes en situation de précarité	3.1	Promouvoir « l'aller vers » les publics et les professionnels	3.1.1
3.2		Favoriser la coordination des acteurs	3.2.1	Coordonner les acteurs locaux pour l'examen des cas complexes, en veillant à la cohérence des différents dispositifs ou instances de coordination Organiser des rencontres au niveau départemental
			3.2.2	Mobiliser les établissements de santé en psychiatrie et des structures des champs social et médico-social pour une meilleure coordination territoriale du parcours de soins en santé mentale des personnes en situation de précarité, afin notamment de sécuriser leur entrée et leur sortie des dispositifs d'urgence

4. Accompagner vers et dans le droit commun et favoriser la prise en charge des maladies chroniques chez les personnes en situation de précarité	4.1	Faciliter l'accès à la médecine de ville	4.1.1	Informers les professionnels du premier recours des outils disponibles de repérage et d'orientation des personnes en situation de précarité
			4.1.2	Favoriser la prise en charge globale des personnes en situation de précarité ayant vécu à la rue et présentant des pathologies liées à un vieillissement précoce, afin de les accompagner vers le droit commun
			4.1.3	Mettre à disposition des professionnels de santé libéraux une offre d'interprétariat en santé
			4.1.4	Soutenir la médiation en santé
	4.2	Promouvoir les programmes d'ETP auprès des personnes en situation de précarité	4.2.1	Inciter les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social à orienter les personnes en situation de précarité souffrant de maladies chroniques vers les programmes d'ETP
			4.2.2	Adapter et mettre en place des programmes d'ETP de proximité sur les thèmes prioritaires (diabète de type II, obésité et nutrition, affections cardiovasculaires et affections respiratoires) afin d'augmenter la part des personnes en situation de précarité dans les publics participant à des programmes d'ETP
4.2.3			Mettre en place systématiquement le score EPICES dans les programmes d'ETP afin de repérer la participation des personnes en situation de précarité aux programmes	
5. Adapter l'offre de prévention, de dépistage et de RdRD aux personnes en situation de précarité	5.1	Favoriser le recours aux dispositifs de prévention CV, CLAT, CeGIDD, CPEF des personnes en situation de précarité	5.1.1	Regrouper géographiquement les dispositifs (CV, CLAT, CeGIDD, CPEF) sur le même site et travailler la coordination des interventions
			5.1.2	Faire intervenir les équipes sur les lieux de vie des populations et organiser des permanences dans les structures accueillant les personnes en situation de précarité
	5.2	Améliorer le recours au dépistage organisé des cancers (sein, colorectal, col de l'utérus) via les structures en charge du dépistage organisé	5.2.1	Déployer sur quelques territoires repérés au moyen des indicateurs de défavorisation, des actions de promotion du dépistage organisé auprès des publics en situation de précarité et repérer les actions probantes
			5.2.2	Mobiliser les professionnels de santé, les « personnes relais » identifiées, les centres de santé, les MSP et les CES pour la promotion du dépistage organisé au niveau de chaque département
	5.3	Favoriser les pratiques de prévention chez les personnes en situation de précarité	5.3.1	Permettre aux plus exclus d'accéder à des espaces d'hygiène
			5.3.2	Améliorer les connaissances des repères nutritionnels et leur mise en pratique chez les personnes en situation de précarité
	5.4	Favoriser la prévention, la prise en charge des conduites addictives et la RdRD auprès des personnes en situation de précarité	5.4.1	Mettre en place des modules de sensibilisation sur les risques des conduites addictives auprès des personnes en situation de précarité
			5.4.2	Accompagner les professionnels dans l'acquisition d'une posture pro-active et éducative en matière de prévention, de RdRD et de prise en charge des conduites addictives et des pathologies infectieuses Mettre en œuvre la coordination des acteurs et des actions

1. PRIORITÉ D'ACTION N°1 : FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

De nombreux obstacles à l'accès aux droits des personnes en situation de précarité subsistent, expliquant en partie des renoncements aux soins et contribuant pour une part, au maintien d'inégalités sociales de santé. Ces difficultés d'accès aux droits sont liées à la fois, à une ignorance et une méconnaissance des droits et du système de protection sociale, à la complexité et la lourdeur des démarches administratives (délais de traitement, format dématérialisé des démarches...), ainsi qu'à des représentations et à différentes formes de renoncement.

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) développent un nouveau dispositif, les Plateformes d'Intervention Départementales pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS), qui vise à détecter les renoncements aux soins et à assurer un accompagnement complet des assurés sociaux. Les agents des PFIDASS suivent personnellement les dossiers et accompagnent l'assuré jusqu'à la réalisation des soins (information sur les droits, aide dans la recherche d'une complémentaire santé, étude de devis, etc.). Les Centres d'Examen de Santé (CES), également portés par les CPAM, sont des lieux de dépistage et de prévention. Ils permettent à tous les assurés du régime général de bénéficier d'un bilan de santé gratuit.

Un travail de sensibilisation sur les droits en matière de santé auprès des personnes elles-mêmes et des professionnels qui les accompagnent ainsi qu'une simplification des démarches permettra d'améliorer l'accès aux droits des personnes en situation de précarité.

ACTIONS EN DIRECTION DES PUBLICS :

- L'information en direction des publics demeure une priorité, la mise en place de séances sur les droits et la santé sur les lieux de vie par les CPAM est prévue (*fiche-action n°1.1.1 en annexe*).
- En s'appuyant sur les Maisons de Services Au Public (MSAP), la mise à disposition d'informations sur les droits est programmée (*fiche-action n°1.1.2 en annexe*).

ACTIONS EN DIRECTION DES PROFESSIONNELS :

- Pour faciliter l'accès au droit commun, l'appui des PFIDASS sera recherché au travers par exemple d'un conventionnement avec les PASS et les structures et par une généralisation des conventionnements entre l'Assurance Maladie et les structures accueillant les personnes en situation de précarité (*fiche-action n°1.2.1 en annexe*).
- L'information collective et régulière des partenaires du territoire sur les actualités réglementaires et l'offre de services de l'Assurance Maladie est à déployer sur tous les départements (*fiche-action n°1.2.2 en annexe*).

2. PRIORITÉ D'ACTION N°2 : RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

Les différents dispositifs spécifiques (PASS, LHSS, ACT et LAM) poursuivent une même finalité : faire accéder les populations en situation de précarité au droit commun.

En Occitanie :

- 43 PASS sont présentes sur les 13 départements, adossées à 37 établissements de santé (35 PASS généralistes, 5 PASS psychiatriques, 2 PASS dentaires, 1 PASS mobile). Le maillage territorial est satisfaisant pour les soins généralistes : les PASS sont présentes sur tous les départements avec au minimum deux dispositifs par département (excepté la Lozère). Des manques sont repérés à la fois pour les PASS dentaires (2 pour toute la région) et les PASS psychiatriques (au nombre de 5).
- 93 places de LHSS sont réparties sur 10 départements : Lot, Tarn, Tarn-et-Garonne, Aveyron, Gers, Haute-Garonne, Ariège, Pyrénées-Orientales, Hérault et Gard. Les départements de l'Aude, des Hautes-Pyrénées et de la Lozère ne disposent pas de LHSS.
- 211 places d'ACT sont réparties sur les 13 départements. Chaque département dispose d'au moins une structure porteuse d'ACT.
- Une unité de 20 LAM est présente à Montpellier.
- 100 places d'ACT « Un chez soi d'abord » fonctionnent à Toulouse.

Structurer et renforcer ces dispositifs est toujours une nécessité : les territoires de la région Occitanie en sont inégalement pourvus et ils doivent s'inscrire dans une démarche d'« allers vers » les publics. Les PASS doivent aussi renforcer l'offre en soins dentaires, la santé bucco-dentaire est un des marqueurs forts de la précarité et ce, dès le plus jeune âge. Les retentissements sur l'état de santé, l'image et l'estime de soi en sont le corolaire. Le non-recours au soin ou un recours tardif sont plurifactoriels ; le frein financier notamment pour les prothèses est souvent mis en avant, le refus de soins de certains professionnels également.

Enfin, la coordination entre les dispositifs et la connaissance de ceux-ci par les professionnels libéraux est à développer.

ACTIONS EN DIRECTION DES PUBLICS :

- Renforcer les missions d'« aller vers » des PASS en organisant et structurant des permanences hors les murs des PASS, au plus près des lieux de vie, d'accueil et d'hébergement des personnes en situation de précarité (fiche-action n°2.1.1 en annexe).
- En partenariat avec la faculté d'Odontologie de Toulouse, il est prévu que les étudiants en chirurgie dentaire de 6^{ème} année puissent intervenir sur les fauteuils dentaires situés au sein des établissements de santé disposant d'une PASS. L'ARS pourra soutenir l'acquisition du fauteuil. En partenariat avec la Mutualité Française Occitanie, des conventions avec les centres de santé dentaires seront mis en œuvre, pour organiser un accès aux soins dentaires dans des délais raisonnables et pour différer la facturation des soins à l'ouverture des droits sociaux. (fiche-action n°2.1.2 en annexe).
- Pour favoriser l'accès au droit commun, notamment en matière de soins généralistes et dentaires, il est prévu d'organiser des permanences de professionnels de santé libéraux dans les PASS, de conventionner avec les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP), de permettre aux étudiants en faculté d'odontologie d'assurer des permanences de soins dentaires dans les PASS et de conventionner avec les Centres de santé dentaires de la Mutualité Française Occitanie (fiche-action n°2.2.1 en annexe).

ACTIONS EN DIRECTION DES PROFESSIONNELS :

- La structuration des PASS au regard du cahier des charges national demeure un objectif, de même que la présence des dispositifs LHSS sur tous les départements et le renforcement des ACT /hébergement et ACT à domicile (fiche-action n° 2.1.3 en annexe).
- Coordonner ces dispositifs sur les territoires devient une priorité, avec la création d'une instance ad-hoc qui pourrait s'adosser sur les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) (fiche-action n°2.3.2 en annexe). Cette ambition forte fait sens pour d'autres thématiques connexes, notamment dans le cas de la filière addictions.
- L'amélioration de la connaissance des dispositifs (finalité, missions, implantation et périmètre d'intervention) et des spécificités de la prise en charge des personnes en situation de précarité par les professionnels passera par la mobilisation et l'information des Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), Conseils de l'Ordre et Fédération des maisons de santé (fiche-action n°2.2.2 en annexe).
- La prise en charge des personnes en très grande précarité, à la rue notamment, par les services d'urgence auxquels ils ont recours de façon très régulière, nécessite de la coordination : dans ce cadre, le renforcement de l'usage du Dossier Médical Partagé (DMP) est à déployer (fiche-action n°2.3.1 en annexe).
- Enfin, les temps d'échanges entre les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social demeure un axe fort de la déclinaison du PRAPS sur les territoires (fiche-action n°2.3.3 en annexe).

3. PRIORITÉ D'ACTION N°3 : CONTRIBUER À UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Les interactions entre santé mentale et précarité sont complexes. Des enquêtes spécifiques menées sur les lieux de vie des populations précaires 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 altérant leurs aptitudes sociales, économiques et relationnelles.
- D'autre part, les situations d'exclusion et de précarité fragilisent les personnes, c'est ce qui est appelé souffrance psychosociale.

Cette souffrance psychosociale 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 se révéler sous la forme d'une maladie psychosomatique.

Cette question constitue la problématique de santé à laquelle les structures en charge d'accueillir et/ou d'héberger les personnes en situation de précarité sont le plus souvent confrontées et particulièrement en difficulté pour apporter les réponses adaptées.

À ce titre, les EMPP constituent le dispositif à même de répondre aux besoins des populations et des professionnels sociaux. Ce dispositif mérite donc d'être poursuivi, renforcé ou créé sur les territoires du fait de leur double mission :

- Aller au-devant des personnes afin de faciliter la prévention, le repérage des besoins et l'orientation vers les dispositifs de soins.
- Créer du lien entre les secteurs de la psychiatrie et les équipes sociales et médico-sociales pour faciliter la coordination de la prise en charge. L'amélioration de la coordination favorise une continuité dans le parcours de soin en psychiatrie des personnes en situation de précarité.

La région Occitanie compte 14 EMPP, réparties sur 11 départements. Le Gers et l'Aveyron n'en sont pas pourvus ; les départements du Gard, de la Haute-Garonne et de l'Hérault disposent de 2 EMPP.

ACTIONS EN DIRECTION DES PUBLICS :

- Renforcer le rôle et les missions des EMPP pour une meilleure adaptation aux publics rencontrés et aux terrains d'action ainsi qu'une meilleure accessibilité et visibilité par les partenaires, cette action s'appuiera sur une évaluation régionale, la coordination régionale du dispositif pourrait être confiée à la PASS Régionale (fiche-action n°3.1.1 en annexe).

ACTIONS EN DIRECTION DES PROFESSIONNELS :

- La coordination des acteurs locaux pour l'examen de cas complexes en veillant à la cohérence des différents dispositifs ou instances de coordination est à initier ; les rencontres au niveau départemental sur cette thématique et les stages croisés entre la santé et le social sont à développer (fiche-action n°3.2.1 en annexe).
- Enfin la mobilisation des établissements de santé en psychiatrie et des structures des champs social et médico-social pour le parcours de soins en santé mentale des personnes en situation de précarité est à mettre en place (fiche-action n°3.2.2 en annexe).

4. PRIORITÉ D'ACTION N°4 : ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES CHEZ LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de précarité sont nombreuses, notamment concernant les soins de premier recours et les soins spécialisés. Le rapport au corps et à la santé des personnes en situation de précarité engendre des renoncements aux soins et/ou un recours tardif aux soins, qui lorsqu'il a lieu, se fait via les services hospitaliers plutôt que la médecine générale.

Ce recours à la médecine générale est encore plus complexe pour les migrants et l'absence d'interprétariat en santé se révèle un frein majeur pour accéder au droit commun. Il peut être facilité par les médiateurs en santé, qui peuvent assurer l'interface avec les professionnels de santé mais aussi rentrent dans une relation de confiance avec la personne pour l'interroger sur sa santé et l'amener vers les soins.

Par ailleurs, les personnes précaires ayant vécu à la rue présentent une usure et un vieillissement prématuré : leurs conditions de vie accélèrent le processus de vieillissement. Les personnes précaires vieillissantes ne trouvent pas d'hébergement pérenne pouvant répondre à leurs besoins sanitaires et sociaux : les dispositifs de droit commun type EHPAD ne s'appliquent pas à ces personnes (considérées comme « trop jeunes », elles ne remplissent pas les conditions d'accès) et la prise en charge par les dispositifs d'hébergement est inappropriée.

La situation de vulnérabilité sociale rend également complexe la prise en charge des maladies chroniques. Des travaux montrent que les maladies chroniques sont plus fréquentes et plus graves dans les milieux socialement précaires : les bénéficiaires de la CMU-C sont en moins bon état de santé que le reste de la population. Ainsi, ils sont 1,8 fois plus nombreux, à âge et sexe identique, à être en ALD¹.

La sensibilisation des professionnels du premier recours en matière de repérage, d'orientation et d'accompagnement des personnes en situation de précarité (notamment les personnes précaires présentant un vieillissement précoce) ainsi que la mise en œuvre de programmes d'ETP adaptés et de proximité contribueront à une meilleure prise en charge de ces personnes.

Début 2017, 360 programmes d'ETP sont proposés sur la région Occitanie. Ils concernent essentiellement le diabète et ses complications, les affections cardiovasculaires, les affections respiratoires et l'obésité, avec une offre très largement située en milieu hospitalier.

ACTIONS EN DIRECTION DES PUBLICS :

- Pour favoriser la prise en charge globale des personnes en situation de précarité ayant vécu à la rue et présentant des pathologies liées à un vieillissement précoce, le PRAPS doit travailler l'accompagnement vers le droit commun ; ce travail sera précédé d'un état des lieux des solutions de proximité mises en œuvre (fiche-action n° 4.1.2 en annexe).
- Le PRAPS veillera à soutenir les fonctions de médiation en renforçant les compétences des professionnels de première ligne et en assurant leur présence sur des lieux de vie comme les squats ou les bidonvilles (fiche-action n° 4.1.4 en annexe).
- S'agissant des pathologies chroniques, la délocalisation des programmes d'ETP sur les thèmes prioritaires au plus près des lieux de vie est à organiser. Le contenu des programmes mérite aussi d'être travaillé au regard des spécificités des publics (fiche-action n°4.2.2 en annexe).

ACTIONS EN DIRECTION DES PROFESSIONNELS :

- L'information des professionnels du premier recours sur les outils disponibles de repérage et d'orientation des personnes en situation de précarité est à développer (fiche-action n°4.1.1 en annexe).
- La mise à disposition d'un service d'interprétariat en santé sera déployée sur les territoires (fiche-action n°4.1.3 en annexe).
- L'orientation des personnes souffrant de pathologies chroniques vers les programmes d'ETP par les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social est à déployer (fiche-action n°4.2.1 en annexe).
- L'utilisation systématique du score EPICES dans les programmes d'ETP permettra de repérer la participation des personnes en situation de précarité à ces programmes (fiche-action n°4.2.3 en annexe).

¹ Païta M., Ricordeau P., Studer A., Roquefeuil L, Vallier N., Weill A. *Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU Complémentaire*. Point Repère CNAMTS, août 2007
PRS Occitanie | PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS
Juillet 2018

5. PRIORITÉ D'ACTION N°5 : ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE RDRD AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

La seule diffusion des messages de prévention et promotion de la santé est insuffisante pour l'adoption de comportements favorables à la santé, notamment chez les personnes en situation de précarité. Ces populations sont moins réceptives aux messages de prévention et surtout à leur mise en pratique. Les facteurs explicatifs sont nombreux : un rapport au temps ne permettant pas de s'inscrire dans une démarche de prévention, la non adaptation des messages et dispositifs de prévention, la peur du diagnostic lorsque celui-ci ne peut être suivi des soins nécessaires par manque de moyens financiers, etc.

Ceci se vérifie notamment en matière de nutrition, de participation aux dispositifs de prévention, comme les Centres de Vaccination (CV), Centres de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT), Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGGID), Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF), de participation au dépistage organisé ou encore de pratiques addictives.

Ainsi, l'obésité et l'état de santé buccodentaire constituent des marqueurs forts de la précarité. Pour les personnes en situation de fragilité sociale, l'accès à une alimentation équilibrée s'avère complexe, voire impossible, et cela impacte le capital santé (problèmes d'obésité, de diabète, etc.).

Enfin, précarité et addictions forment très fréquemment un duo délétère qui complique l'accompagnement des personnes et rend encore plus difficile leur parcours d'insertion. Cause et conséquence peuvent être interchangeables : les problématiques d'addictions peuvent amener à la précarité ou à la rue et, inversement, la vie à la rue et la précarité peuvent conduire à des pratiques addictives.

L'adaptation de l'offre de prévention aux personnes en situation de précarité est donc indispensable.

Au-delà des messages et des dispositifs de prévention, l'accès à des espaces hygiène pour les plus exclus (public à la rue notamment), est souvent impossible. Il constitue, cependant, la première demande des personnes accompagnées, et cet accès à l'hygiène est bien le premier pas vers la santé et participe à l'amélioration de l'image corporelle et de l'estime de soi.

ACTIONS EN DIRECTION DES PUBLICS :

- Privilégier la dynamique d'« aller vers » en faisant intervenir les équipes (CV, CLAT, CeGIDD) sur les lieux de vie des populations et en organisant des permanences dans les structures accueillant les personnes en situation de précarité demeure un axe fort (fiche-action n°5.1.2 en annexe).
- S'agissant du dépistage organisé, il est proposé de déployer, sur quelques territoires repérés au moyen des indicateurs de défavorisation, des actions de promotion du dépistage organisé auprès des publics en situation de précarité et d'analyser les freins et leviers de la participation au dépistage organisé (fiche-action n°5.2.1 en annexe) et de définir les actions probantes.
- L'accès à des douches et à des kits d'hygiène sera recherché, en travail partenarial avec les collectivités locales et la cohésion sociale, cet accès sera notamment étudié dans les PASS. (fiche-action n°5.3.1 en annexe).
- L'information des publics en matière de prévention est toujours à privilégier : les actions de sensibilisation porteront sur les repères nutritionnels (fiche-action n°5.3.2 en annexe), les risques liés aux conduites addictives (fiche-action n°5.4.1 en annexe).

ACTIONS EN DIRECTION DES PROFESSIONNELS :

- Le regroupement géographique des dispositifs CV, CLAT, CeGIDD, CPEF sur un même site est à favoriser pour répondre à la problématique de l'éclatement de ceux-ci, véritable frein pour les personnes (fiche-action n°5.1.1 en annexe).
- La mobilisation des professionnels de santé, des centres de santé, des MSP et des CES, le repérage et la formation des « personnes relais » pour la promotion du dépistage organisé au niveau de chaque département, contribuent à améliorer la participation au dépistage organisé (fiche-action n°5.2.2 en annexe).
- Enfin la sensibilisation des professionnels des structures accueillant les personnes en situation de précarité à l'acquisition d'une posture pro-active et éducative en matière de prévention, de RdRD et de prise en charge des conduites addictives (fiche-action n°5.4.2 en annexe) complètent les actions sur cette thématique.

IV. MODALITÉS DE GOUVERNANCE

IV. MODALITÉS DE GOUVERNANCE

La gouvernance globale du PRS n'est pas définitivement arrêtée, même si la réflexion a été anticipée dès la phase de consultation sur l'organisation et le suivi du déploiement opérationnel des projets dans les territoires, avec l'appui concret des Délégations Départementales.

Les choix de gouvernance permettront à la fois de répondre aux attentes en matière de rendre compte et également d'assurer la cohérence entre le PRS et les autres plans régionaux et/ou nationaux.

Le PRAPS s'insérera dans cette dynamique d'ensemble, et l'organisation proposée à ce stade, même si elle est cohérente avec le travail de coordination opérationnelle déjà réalisé et reconnu, doit être entérinée.

Piloté et animé par l'ARS Occitanie, le PRAPS nécessite plusieurs niveaux territoriaux de régulation et de suivi :

- **Des comités d'animation et de suivi départementaux**, à la main des délégations départementales de l'ARS, qui seront les garants de la mobilisation des acteurs locaux. Ces comités d'animation et de suivi départementaux permettront de définir les modalités de déclinaison des objectifs du PRAPS sur chaque territoire, de faire émerger de nouveaux besoins, d'échanger sur d'éventuelles difficultés de mise en œuvre, de suivre et évaluer les actions mises en place. Une réunion par an au minimum devra rassembler les partenaires, des groupes de travail, issus de ce comité pourront être mis en place.
- **Un comité de pilotage régional**, qui sera le garant de la déclinaison et du suivi du programme sur les territoires conformément aux objectifs stratégiques énoncés, de la mise en œuvre d'actions à l'échelon régional, de l'articulation avec les autres plans d'actions, programmes de santé ainsi que de la mobilisation des partenaires régionaux institutionnels et associatifs.
- **Un groupe projet ARS**, animé par la Direction de la Santé Publique et composé de représentants des directions métiers, de la Direction des Projets et des délégations départementales, en charge de suivre la prise en compte des publics précaires dans les différentes politiques sectorielles de l'ARS. Réuni une fois par an, une synthèse régionale de la mise en œuvre du PRAPS sur les territoires y sera présentée.

Ces comités (départementaux et régionaux) veillent à associer des acteurs associatifs et institutionnels ainsi que des représentants des usagers. **Si ces choix d'organisation sont actés**, ils devront faire l'objet d'un travail d'harmonisation avec les délégations départementales.

V. SUIVI ET ÉVALUATION

LES PRINCIPES AYANT GUIDE LA CONSTRUCTION
DE L'OUTIL DE REPORTING DU PRAPS..... 31

V. SUIVI ET ÉVALUATION

LES PRINCIPES AYANT GUIDÉ LA CONSTRUCTION DE L'OUTIL DE REPORTING DU PRAPS

Le PRAPS est l'une des composantes du PRS, dont l'une des clés pour réussir la transformation attendue, passe par la démarche d'évaluation, qui se veut à la fois lisible, partagée et professionnalisée (voir le Cadre d'Orientation Stratégique).

Le PRAPS participe de cette préoccupation et de la politique d'évaluation qu'elle implique, avec notamment une large part conférée aux usagers.

Si le public visé et les actions projetées sont spécifiques, avec des partenariats propres, l'objectif demeure le même : fournir une aide à la décision pour renforcer ou réorienter nos priorités.

Il est nécessaire de rappeler ici que l'ambition du PRS étant de mieux répondre aux besoins des personnes les plus vulnérables (pas uniquement les publics précaires), son évaluation devra nécessairement rendre compte de l'évolution des inégalités de santé, et s'appuiera à la fois sur les résultats du SRS et sur ceux plus ciblés du PRAPS.

LA QUALITÉ DU PRAPS À ÉVALUER

Fondamentalement, l'évaluation consiste à tenter de répondre à un ensemble de questions relatives à une politique ou un programme, sa mise en œuvre et ses effets. L'évaluation cherche à apprécier dans quelle mesure la politique évaluée possède les principales « qualités » qui caractérisent idéalement une « bonne » politique : cohérence, efficacité, efficience, impact et pertinence².

Concernant l'évaluation du PRAPS, le choix s'est porté principalement sur deux axes : l'évaluation de sa **pertinence** (adéquation entre nature des problèmes à résoudre, besoins identifiés, objectifs explicites et actions mises en œuvre) et la construction d'un **outil de reporting**, renseigné chaque année, devant remplir quatre fonctions :

1. de suivi, d'information et de valorisation des mises en œuvre des objectifs du PRAPS et de ses actions,
2. de jugement de leur niveau de réalisation, d'ancrage territorial (adaptation des objectifs et actions aux besoins du territoire) et de pertinence,
3. d'analyse permettant de relever les freins à lever, les leviers à mobiliser et les articulations entre niveaux d'objectifs,
4. de prospective et de régulation permettant à l'ARS de prendre des décisions *chemin faisant* pour, si nécessaire, infléchir les objectifs et améliorer les mises en œuvre.

² (CSE, 1996 ; DGS, 2008 ; Haschar-Noé, 2017)

LES INDICATEURS D'ÉVALUATION À CONSTRUIRE

Il s'agit de construire un outil d'évaluation :

- *Ex-ante* (conçu en même temps que l'a été le PRAPS),
- *In itinere* (suivi de sa mise en œuvre durant cinq années),
- *Ex-post* (permettre des réajustements de ses actions et objectifs).

L'évaluation proposée permettra d'apprécier chaque année la mise en œuvre des objectifs du PRAPS dans chaque département, mais aussi d'opérer des réajustements tout au long de sa mise en œuvre pour en améliorer la pertinence.

STRUCTURATION DU PRAPS ET DE SON ÉVALUATION

Le PRAPS est structuré selon 6 enjeux transversaux, 5 objectifs stratégiques, 13 objectifs spécifiques et 27 objectifs opérationnels. L'outil de reporting doit intégrer les différents niveaux d'objectifs du programme à mettre en œuvre sur les territoires (régional et départementaux) et les fonctions attendues de l'évaluation.

Trois principes généraux ont guidé la construction de l'outil de reporting :

- Construire et utiliser des indicateurs en nombre limité, simples et robustes et procéder selon une démarche « bottom-up » pour le recueil des données. Pour cela, il est préconisé de commencer une évaluation « **par le bas** », (objectifs opérationnels), puis de remonter à celle des objectifs spécifiques pour alimenter *in fine* l'évaluation des objectifs stratégiques et des axes transversaux.
- Évaluer les articulations entre deux niveaux d'objectifs (opérationnels-spécifiques, stratégiques-transversaux, opérationnels-stratégiques).
- S'appuyer sur les fonctions attendues de l'évaluation pour différencier trois étapes de la démarche d'évaluation et, de fait, le recueil de données pour l'outil de reporting : **réaliser des constats** *via* des indicateurs de réalisation et de processus, de pertinence et d'ancrage territorial, **porter un jugement** sur les niveaux de réalisation et de pertinence des objectifs en regard des besoins des territoires et analyser les freins et leviers à leur mise en œuvre, **prendre des décisions** concernant les régulations du PRAPS à opérer et les mises en œuvre « prometteuses » à valoriser.

UN OUTIL DE REPORTING POUR UNE ÉVALUATION INTÉGRÉE DES NIVEAUX D'OBJECTIFS DU PRAPS

L'outil de reporting vise à répondre à un **objectif de cohérence** entre pertinence du PRAPS à évaluer, fonctions attendues de l'évaluation, objectifs de différents niveaux et types d'indicateurs retenus.

Il doit ainsi permettre la mise en œuvre d'une **évaluation intégrée** des différents niveaux d'objectifs du PRAPS, en facilitant la coordination des différentes parties prenantes de l'évaluation (comité régional de pilotage, comités départementaux d'animation et de suivi et référents départementaux et régionaux) et partenaires mobilisés.

ARS OCCITANIE

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ
PROGRAMME RÉGIONAL
D'ACCÈS
À LA PRÉVENTION ET
AUX SOINS
DES PLUS DÉMUNIS

2018 - 2022

ANNEXES

ANNEXES

Annexe n°1 FICHES-ACTIONS	35
Annexe n°2 ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC TERRITORIAL	68
Annexe n°3 MÉTHODOLOGIE D'ELABORATION	76
Annexe n°4 SUIVI ET ÉVALUATION	78

PRESENTATION DE L'ARCHITECTURE GLOBALE DU PRAPS 2018-2022

Priorités d'actions		Objectifs opérationnels	Actions structurantes	
1. FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	1.1	Favoriser l'accessibilité à l'information sur les droits pour les personnes en situation de précarité	1.1.1	Mettre en place et/ou poursuivre les dispositifs collectifs d'information sur l'accès aux droits et aux soins dans les structures accueillant les personnes en situation de précarité
			1.1.2	Mettre à disposition l'information sur l'accès aux droits et aux soins par l'intermédiaire notamment des MSAP
	1.2	Développer un travail intersectoriel et partenarial	1.2.1	Mettre en place des conventionnements entre les CPAM et les structures pour identifier un interlocuteur privilégié
			1.2.2	Organiser des réunions collectives des partenaires sur l'accès aux droits et aux soins afin d'informer les professionnels et les bénévoles
2. RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS	2.1	Agir au plus près des publics sur les territoires et développer l'offre de soins	2.1.1	Organiser et structurer des permanences hors les murs des PASS, au plus près des lieux de vie, d'accueil et d'hébergement, des personnes en situation de précarité
			2.1.2	Déployer une offre de soins dentaires dans les PASS
			2.1.3	Finaliser le maillage territorial des LHSS et LAM, renforcer les ACT et structurer les PASS
	2.2	Renforcer le travail en collaboration avec les professionnels de santé	2.2.1	Organiser des permanences de professionnels de santé libéraux et d'étudiants en faculté d'odontologie dans les PASS et conventionner avec les MSP et les Centres de santé dentaire
			2.2.2	Mobiliser les URPS, les Conseils de l'ordre et la Fédération des maisons de santé pour une meilleure connaissance des dispositifs et une meilleure prise en charge des personnes en situation de précarité
	2.3	Développer la coordination des dispositifs et des structures	2.3.1	Renforcer l'usage du DMP pour les personnes en très grande précarité
			2.3.2	Créer une instance de coordination territoriale pour améliorer le parcours de soins et de prévention des personnes en situation de précarité
			2.3.3	Organiser des temps d'échanges entre les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social
	3. CONTRIBUTER À UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	3.1	Promouvoir « l'aller vers » les publics et les professionnels	3.1.1
3.2		Favoriser la coordination des acteurs	3.2.1	Coordonner les acteurs locaux pour l'examen des cas complexes, en veillant à la cohérence des différents dispositifs ou instances de coordination Organiser des rencontres au niveau départemental
			3.2.2	Mobiliser les établissements de santé en psychiatrie et des structures des champs social et médico-social pour une meilleure coordination territoriale du parcours de soins en santé mentale des personnes en situation de précarité, afin notamment de sécuriser leur entrée et leur sortie des dispositifs d'urgence

Priorités d'actions		Objectifs opérationnels	Actions structurantes
4. ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES CHEZ LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	4.1	Faciliter l'accès à la médecine de ville	4.1.1 Informer les professionnels du premier recours des outils disponibles de repérage et d'orientation des personnes en situation de précarité
			4.1.2 Favoriser la prise en charge globale des personnes en situation de précarité ayant vécu à la rue et présentant des pathologies liées à un vieillissement précoce, afin de les accompagner vers le droit commun
			4.1.3 Mettre à disposition des professionnels de santé libéraux une offre d'interprétariat en santé
			4.1.4 Soutenir la médiation en santé
	4.2	Promouvoir les programmes d'ETP auprès des personnes en situation de précarité	4.2.1 Inciter les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social à orienter les personnes en situation de précarité souffrant de maladies chroniques vers les programmes d'ETP
			4.2.2 Adapter et mettre en place des programmes d'ETP de proximité sur les thèmes prioritaires (diabète de type II, obésité et nutrition, affections cardiovasculaires et affections respiratoires) afin d'augmenter la part des personnes en situation de précarité dans les publics participant à des programmes d'ETP
4.2.3 Mettre en place systématiquement le score EPICES dans les programmes d'ETP afin de repérer la participation des personnes en situation de précarité aux programmes			
5. ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE RdRD AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	5.1	Favoriser le recours aux dispositifs de prévention CV, CLAT, CeGIDD, CPEF des personnes en situation de précarité	5.1.1 Regrouper géographiquement les dispositifs (CV, CLAT, CeGIDD, CPEF) sur le même site et travailler la coordination des interventions
			5.1.2 Faire intervenir les équipes sur les lieux de vie des populations et organiser des permanences dans les structures accueillant les personnes en situation de précarité
	5.2	Améliorer le recours au dépistage organisé des cancers (sein, colorectal, col de l'utérus) via les structures en charge du dépistage organisé	5.2.1 Déployer sur quelques territoires repérés au moyen des indicateurs de défavorisation, des actions de promotion du dépistage organisé auprès des publics en situation de précarité et repérer les actions probantes
			5.2.2 Mobiliser les professionnels de santé, les « personnes relais » identifiées, les centres de santé, les MSP et les CES pour la promotion du dépistage organisé au niveau de chaque département
	5.3	Favoriser les pratiques de prévention chez les personnes en situation de précarité	5.3.1 Permettre aux plus exclus d'accéder à des espaces d'hygiène
			5.3.2 Améliorer les connaissances des repères nutritionnels et leur mise en pratique chez les personnes en situation de précarité
	5.4	Favoriser la prévention, la prise en charge des conduites addictives et la RdRD auprès des personnes en situation de précarité	5.4.1 Mettre en place des modules de sensibilisation sur les risques des conduites addictives auprès des personnes en situation de précarité
			5.4.2 Accompagner les professionnels dans l'acquisition d'une posture pro-active et éducative en matière de prévention, de RdRD et de prise en charge des conduites addictives et des pathologies infectieuses Mettre en œuvre la coordination des acteurs et des actions

PRIORITÉ D'ACTION N° 1

FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 1.1

Favoriser l'accessibilité à l'information sur les droits pour les personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 1.1.1

Mettre en place, renforcer et/ou poursuivre les dispositifs d'information et d'accès aux droits et aux soins par les CPAM

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Accompagner la personne pour être acteur de sa santé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Réaliser un état des lieux des CES (cartographie) – Identifier les structures accueillant les personnes en situation de précarité et œuvrant en faveur de leur insertion sociale et/ou professionnelle – Organiser des ateliers collectifs sur les droits à l'Assurance Maladie et sur la santé – Proposer une inscription au bilan de santé du CES de la CPAM lorsqu'il est présent sur le territoire, ou proposer un service équivalent (« pack ») avec les professionnels de santé libéraux (généralistes, dentistes...) – Accorder la possibilité pour les CES de l'Assurance Maladie de délivrer des tests immunologiques
Public concerné par l'action	– Les personnes en situation de précarité inscrites dans des structures œuvrant en faveur de leur insertion sociale et/ou professionnelle
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS
Porteurs de l'action repérés	– Les CPAM
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les structures du secteur hébergement et insertion – Les structures de l'IAE – Les autres régimes d'Assurance Maladie – Les MSP et Centres de santé
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dispositif déjà mis en œuvre par certaines CPAM – Public déjà mobilisé par les structures elles-mêmes <p>Point de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Éloignement géographique ou absence de CES sur les territoires
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS, progressivement sur les 13 départements
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> – Nombre d'ateliers collectifs – Nombre de bilans CES

PRIORITÉ D'ACTION N° 1

FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 1.1

Favoriser l'accessibilité à l'information sur les droits pour les personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 1.1.2

Mettre à disposition l'information sur l'accès aux droits et aux soins par l'intermédiaire notamment des MSAP

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Accompagner la personne pour être acteur de sa santé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Recenser les territoires ne disposant pas de permanences et d'accueil guichet – Recenser les MSAP existantes – Utiliser les MSAP pour diffuser l'information sur l'accès aux droits et aux soins – Offrir un accompagnement au numérique
Public concerné par l'action	– Les personnes en situation de précarité
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Infra-départemental
Pilote de l'action	DD ARS
Porteurs de l'action repérés	– L'Assurance Maladie
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les MSAP – Les CCAS et centres sociaux, – Les mairies
Leviers et points de vigilance	Leviers : <ul style="list-style-type: none"> – La loi NOTRe – Les CAF pour permanences mutualisables
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	– Nombre de MSAP qui mettent à disposition des outils d'information

PRIORITÉ D'ACTION N° 1

FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 1.2

Développer un travail intersectoriel et partenarial

ACTION STRUCTURANTE N° 1.2.1

Mettre en place des conventionnements entre l'Assurance Maladie et les structures accueillant les personnes en situation de précarité

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Faire un état des lieux des conventionnements existants et des interlocuteurs privilégiés identifiés - Faire un état des lieux des structures accueillant les personnes en situation de précarité - Établir des conventions entre les CPAM et les structures, entre les PFIDASS et les PASS, entre les CES et les structures - Repérer et lever les freins à la continuité des droits pour les sortants de prisons
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels des structures accueillant les personnes en situation de précarité - Les professionnels des CPAM
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	- Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS
Porteurs de l'action repérés	<ul style="list-style-type: none"> - Les 13 CPAM - Les 13 DDCS(PP) - Les CARSAT
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> - Les PASS - Les structures accueillant les personnes en situation de précarité - Les MSP - Les Conseils Départementaux - Les fédérations (URIOPSS, FAS,...) - Le SPIP
Leviers et points de vigilance	Leviers : <ul style="list-style-type: none"> - Le PLANIR - Les conventionnements CPAM / PASS - La PASS régionale
Calendrier de réalisation	- 2018 / 2019
Indicateur(s) d'évaluation	- Nombre de conventionnements signés entre les CPAM et les structures

PRIORITÉ D'ACTION N° 1

FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 1.2

Développer un travail intersectoriel et partenarial

ACTION STRUCTURANTE N° 1.2.2

Informers les partenaires des actualités règlementaires et de l'offre de l'Assurance Maladie par les CPAM (réunions, newsletter...)

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les partenaires à inviter aux réunions, dont les fédérations (URIOPSS, FAS...) - Planifier au moins une réunion par an sur des points d'actualités règlementaires et l'offre de services de l'Assurance Maladie - Pour les départements dans l'impossibilité d'organiser ces réunions, envoyer une à deux newsletters en fonction des actualités
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels et bénévoles des structures accueillant des personnes en situation de précarité - Les professionnels des Conseils Départementaux
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	- Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS
Porteurs de l'action repérés	- Les CPAM
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> - Les PASS - Les LHSS, ACT, LAM, « Un chez soi d'abord » - Les structures accueillant les personnes en situation de précarité - Les fédérations (URIOPSS, FAS...) - Les Conseils Départementaux - Les CCAS - Les CSAPA et les CAARUD
Leviers et points de vigilance	Leviers : <ul style="list-style-type: none"> - Réunions déjà mises en place par certaines CPAM - Les fédérations présentes sur les territoires
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions organisées - Nombre de participants aux réunions

PRIORITÉ D'ACTION N° 2

RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 2.1

Agir au plus près des publics sur les territoires et développer l'offre de soins

ACTION STRUCTURANTE N° 2.1.1

Organiser et structurer des permanences hors les murs des PASS, au plus près des lieux de vie, d'accueil et d'hébergement, des personnes en situation de précarité

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Améliorer l'organisation des services de santé pour une accessibilité renforcée
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Identifier les structures accueillant les personnes en situation de précarité dans lesquelles il apparaît pertinent d'organiser une permanence des PASS, en complémentarité avec les autres intervenants santé déjà présents – Modéliser au niveau régional un protocole d'intervention en s'appuyant notamment sur les expériences déjà en cours – Informer le public et les partenaires du planning des permanences (via les différents supports de communication)
Public concerné par l'action	– Les personnes en situation de précarité
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS
Porteurs de l'action repérés	<ul style="list-style-type: none"> – L'ARS – La coordination régionale des PASS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les PASS – Les structures d'accueil et/ou d'hébergement des personnes en situation de précarité – Les structures impliquées dans l'« aller-vers » – Les centres sociaux – Les structures d'aide alimentaire – DRJSCS et DDSC(PP)
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les collectifs locaux et départementaux santé / précarité – Les COPIL locaux des PASS – Les partenaires du plan pauvreté et PDALHPD <p>Point de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les moyens de fonctionnement donnés aux PASS
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> – Nombre de PASS ayant organisé des permanences hors les murs – Nombre de permanences hors les murs organisées par les PASS

PRIORITÉ D'ACTION N° 2

RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 2.1

Agir au plus près des publics sur les territoires et développer l'offre de soins

ACTION STRUCTURANTE N° 2.1.2

Déployer une offre de soins dentaires dans les PASS d'Occitanie

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Améliorer l'organisation des services de santé pour une accessibilité renforcée
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Recenser les fauteuils dentaires dans les établissements de santé disposant d'une PASS – Organiser en lien avec la faculté d'odontologie des permanences d'étudiants chirurgiens-dentistes sur les fauteuils dentaires des établissements de santé disposant d'une PASS – Favoriser l'implantation de fauteuils dentaires dans les établissements de santé disposant d'une PASS – Formaliser des conventionnements entre les centres de santé dentaires de la Mutualité française et les PASS
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Public des PASS – Etudiants en odontologie – Professionnels des PASS
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et siège
Porteurs de l'action repérés	<ul style="list-style-type: none"> – ARS – Coordination régionale des PASS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – URPS et conseil de l'ordre chirurgien-dentiste – Les facultés d'odontologie de Montpellier et Toulouse – La Mutualité Française
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Partenariat préexistant avec la faculté d'odontologie de Toulouse et avec la Mutualité Française – Une offre de soins pour d'autres publics vulnérables : les personnes en situation de handicap et les personnes âgées <p>Point de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Spécificité du public porteur du VIH / VHC pour les soins dentaires
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	– % de PASS disposant d'une offre de soins bucco-dentaires

PRIORITÉ D'ACTION N° 2

RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 2.1

Agir au plus près des publics sur les territoires et développer l'offre de soins

ACTION STRUCTURANTE N° 2.1.3

Finaliser le maillage territorial des LHSS et LAM, renforcer les ACT et structurer les PASS

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Améliorer l'organisation des services de santé pour une accessibilité renforcée
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Recenser les besoins en termes de LHSS, ACT/hébergement, ACT à domicile, LAM et ACT « Un chez soi d'abord » sur les territoires – Analyser les rapports d'activités des dispositifs spécifiques afin de repérer les besoins locaux (à partir notamment des refus par manque de place) – Optimiser l'occupation des places existantes de LHSS, ACT en travaillant les mutualisations possibles et en créant des places de LAM comme dispositifs d'aval afin de redonner aux LHSS leurs fonctions – Créer des places de LHSS, ACT hébergement, ACT à domicile et LAM sur les territoires qui le nécessitent et qui en sont dépourvus – Veiller à ce que chaque PASS dispose de temps médical – S'appuyer sur les GHT pour optimiser les articulations et collaborations possibles
Public concerné par l'action	– Les personnes en situation de précarité
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action repérés	– L'ARS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les associations gestionnaires de LHSS, ACT et LAM – Les centres hospitaliers, en proximité des implantations de ces dispositifs – Les dispositifs accueillants les personnes en situation de précarité – La DRJSCS et les DDSC(PP) – Les Conseils Départementaux – Les SIAO
Leviers et points de vigilance	Leviers : <ul style="list-style-type: none"> – Financements ONDAM pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques – L'analyse régionale des rapports d'activités des dispositifs
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> – Nombres de places créées dans les dispositifs spécifiques – Nombre de PASS disposant de temps médical

PRIORITÉ D'ACTION N° 2

RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 2.2

Renforcer le travail en collaboration avec les professionnels de santé

ACTION STRUCTURANTE N° 2.2.1

Organiser des permanences de professionnels de santé libéraux dans les PASS et conventionner avec les MSP

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Recenser les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes et chirurgiens-dentistes) pouvant assurer des permanences dans les PASS via les URPS et les Conseils de l'ordre – Etablir un planning des permanences des professionnels de santé libéraux avec les PASS et prévoir les modalités pour l'interprétariat – Mettre en place des conventionnements entre les PASS et les MSP des territoires pour favoriser l'accompagnement vers le droit commun et la continuité des soins le cas échéant (à l'aide d'un conventionnement type) – Informer le public et les partenaires du planning des permanences et des conventionnements (via les différents supports de communication)
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Les professionnels de santé libéraux – Les professionnels des PASS
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action repérés	<ul style="list-style-type: none"> – L'ARS – La coordination régionale des PASS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les URPS et Conseils de l'ordre (médecins, chirurgiens-dentistes) – L'Assurance Maladie et les PFIDASS – Les MSP – La fédération des maisons de santé – Les cabinets libéraux – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité – Les CSAPA et les CAARUD
Leviers et points de vigilance	<p>Points de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mobilisation de professionnels de santé libéraux sur la base du volontariat
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> – % de PASS ayant mis en place des permanences en médecine générale – % de PASS ayant conventionné avec les MSP

PRIORITÉ D'ACTION N° 2

RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 2.2

Renforcer le travail en collaboration avec les professionnels de santé

ACTION STRUCTURANTE N° 2.2.2

Mobiliser les URPS, les Conseils de l'ordre et la Fédération des maisons de santé pour une meilleure connaissance des dispositifs et une meilleure prise en charge des personnes en situation de précarité

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Inviter les URPS, Conseils de l'ordre et la Fédération des maisons de santé aux journées régionales d'échanges des PASS, des LHSS et des ACT afin de les informer sur les dispositifs spécifiques existants – Organiser des séances d'informations sur les dispositifs spécifiques lors des rencontres institutionnelles (coordination ville/hôpital, CTS, PTA, ESP, CPTS...) – Contacter les associations locales de formation des médecins généralistes libéraux afin d'intégrer à la formation continue des médecins libéraux des séances d'information sur les dispositifs et les spécificités des publics précaires, engager un dialogue sur la question du refus de soin – Contacter les IFSI pour identifier les dispositifs comme des lieux de stage pour les IDE – Proposer la participation des Conseils de l'ordre aux comités départementaux de suivi du PRAPS
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Les professionnels de santé libéraux – Les représentants des professionnels de santé aux URPS et Conseils de l'ordre – Les établissements de santé – Les PASS, LHSS, ACT, LAM
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action repérés	– L'ARS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les URPS – Les Conseils de l'ordre – Les établissements de santé – La Fédération des maisons de santé – Les PASS, LHSS, ACT, LAM
Leviers et points de vigilance	<p>Levier :</p> <ul style="list-style-type: none"> – La coordination régionale des PASS
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	– Nombre de participants de ces structures lors des journées d'échanges et instances de suivi départementales et régionales

PRIORITÉ D'ACTION N° 2

RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 2.3

Développer la coordination des dispositifs et des structures

ACTION STRUCTURANTE N° 2.3.1

Renforcer l'usage du DMP pour les personnes en très grande précarité

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Accompagner la personne pour être acteur de sa santé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Identifier un référent DMP au sein de chaque CPAM – Sensibiliser les professionnels de santé et ceux des structures accueillant les personnes en situation de précarité à l'intérêt de l'utilisation du DMP pour les grands précaires et à la promotion de son usage auprès de ces personnes – Former les professionnels de santé à l'utilisation du DMP (le renseigner, le consulter) – Informer systématiquement les personnes reçues en consultation sur le DMP de la nécessité de partager ces informations pour favoriser une prise en charge coordonnée des patients et recueillir le consentement pour la mise en place de l'outil
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Les professionnels de santé – Les professionnels des structures accueillant les personnes en situation de précarité – Les professionnels des PASS, LHSS, ACT et LAM – Les personnes en situation de grande précarité – Les établissements de santé (notamment es accueils d'urgence)
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action repérés	<ul style="list-style-type: none"> – L'ARS – Les CPAM
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les professionnels de santé, en établissements et libéraux – Les professionnels des PASS, LHSS, ACT et LAM – Le GCS Télésanté sur la région Occitanie – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité – Des représentants des usagers
Leviers et points de vigilance	<p>Points de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – La défiance des personnes sur la dématérialisation des données de santé les concernant – Nécessité de disposer d'une carte vitale pour accéder au DMP
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	– A définir

PRIORITÉ D'ACTION N° 2

RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 2.3

Développer la coordination des dispositifs et des structures

ACTION STRUCTURANTE N° 2.3.2

Créer une instance de coordination territoriale pour améliorer le parcours de soins et de prévention des personnes en situation de précarité

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Définir l'échelle territoriale de la coordination – Identifier les acteurs à mobiliser au sein de l'instance de coordination – Définir les modalités de réunion de l'instance de coordination (missions, fréquence, durée, suivi...) permettant notamment la gestion des situations complexes – Confier aux PTA le fonctionnement de l'instance de coordination et, le cas échéant, les réponses à apporter aux cas recensés
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Les professionnels SIAO – Les professionnels des PASS, LHSS, ACT et LAM
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action repérés	– L'ARS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les professionnels des structures accueillant les personnes en situation de précarité dont les SIAO – Les professionnels des PASS, LHSS, ACT et LAM – Les professionnels de santé libéraux et des MSP – Les établissements de santé – Les DDSC (PP) – Les CSAPA et CAARUD – Les Conseils Départementaux
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les PTA existantes sur les territoires – Les réseaux existants
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	– Instance créée

PRIORITÉ D'ACTION N° 2

RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 2.3

Développer la coordination des dispositifs et des structures

ACTION STRUCTURANTE N° 2.3.3

Organiser des temps d'échanges entre les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Organiser des stages croisés entre les professionnels des champs de la santé et du social afin de leur permettre de découvrir leurs univers professionnels respectifs et échanger leurs connaissances et leurs pratiques : – Définir les binômes de professionnels (un professionnel du de la santé et un professionnel du social) – Réaliser les deux périodes de stages – Organiser un temps de retour d'expériences – Poursuivre l'organisation des journées régionales d'échanges : 1 journée PASS, 1 journée ACT et 1 journée LHSS par an
Public concerné par l'action	– Les professionnels et bénévoles du sanitaire, du social et du médico-social
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Les 13 départements – La région Occitanie
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action repérés	<ul style="list-style-type: none"> – L'ARS pour les Journées Régionales d'Echanges – A définir pour les stages croisés
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité – Les fédérations (URIOPSS, FAS...) – Les établissements de santé – La DRJSC et les DDCS(PP) – Les Conseils Départementaux – Les PASS
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Expériences de stages croisés probantes sur certains territoires – Dynamique déjà impulsée autour des journées régionales d'échanges
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> – Nombre de binômes ayant réalisé des stages croisés – Nombre de journées d'échanges départementales entre professionnels – Nombre de journées d'échanges régionales entre professionnels

PRIORITÉ D'ACTION N° 3

CONTRIBUER À UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 3.1

Promouvoir « l'aller vers » les publics et les professionnels

ACTION STRUCTURANTE N° 3.1.1

Renforcer le rôle et les missions des EMPP pour une meilleure adaptation aux publics rencontrés et aux terrains d'action ainsi qu'une meilleure accessibilité et visibilité par les partenaires

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Améliorer l'organisation des services de santé pour une accessibilité renforcée
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Évaluer les actions développées par les EMPP et leur organisation en : <ul style="list-style-type: none"> – Réalisant une cartographie des EMPP sur l'Occitanie avec le champ territorial d'intervention – Réalisant une enquête par questionnaire auprès des équipes des EMPP (élaboration du questionnaire, diffusion aux équipes, analyse des résultats et communication du rapport final aux équipes) – Conforter les moyens des EMPP (sur la base de l'évaluation) en : <ul style="list-style-type: none"> – Renforçant les équipes sous dotées en veillant à la pluridisciplinarité – Créant des EMPP sur les territoires non pourvus – Coordonner les EMPP au niveau régional en : <ul style="list-style-type: none"> – Harmonisant les pratiques et en développant des groupes d'analyse de pratiques et des outils communs (rapports d'activités standardisés, projet de sharepoint EMPP) – Organisant une réunion régionale annuelle pour favoriser les échanges d'expériences et de pratiques – Communiquer sur le dispositif EMPP auprès des partenaires
Public concerné par l'action	– Les professionnels des EMPP
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action repérés	<ul style="list-style-type: none"> – L'IFERISS pour la phase d'évaluation – La coordination régionale des PASS pour la coordination régionale des EMPP
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les établissements de santé autorisés en psychiatrie porteurs d'EMPP – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – La coordination régionale des PASS – Partenariats avec les services d'urgence hospitaliers <p>Points de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Des dotations hétérogènes sur la région déterminant la composition des équipes pluridisciplinaires et leurs champs d'action – Des liens à clarifier avec les PASS psychiatriques quand elles existent sur un même territoire
Calendrier de réalisation	<ul style="list-style-type: none"> – 2018 pour la phase d'évaluation – 2019-2022 pour le renforcement des moyens des EMPP et la mise en place de la coordination régionale
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> – Production du rapport d'activités annuel pour chaque EMPP – Nombre de participants à la journée d'échange régionale

PRIORITÉ D'ACTION N° 3

CONTRIBUER À UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 3.2

Favoriser la coordination des acteurs

ACTION STRUCTURANTE N° 3.2.1

- Coordonner les acteurs locaux pour l'examen des cas complexes, en veillant à la cohérence des différents dispositifs ou instances de coordination
- Organiser des rencontres au niveau départemental

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Identifier le porteur mobilisable au niveau local pour assurer la concertation des acteurs – Repérer les acteurs du soin et du social, et les institutions à inviter lors des temps de coordination – Définir une charte d'engagement pour les partenaires impliqués et les institutionnels concernés – Mettre en place une cellule de veille pour l'examen des cas complexes et veiller à l'articulation avec le SIAO – Organiser des réunions régulières entre les acteurs, en s'appuyant sur des organisations partenariales et/ou institutionnelles (CLSM, réseaux santé précarité...) pour échanger sur les situations et les expériences <ul style="list-style-type: none"> – Mettre en œuvre, une fois par an, des journées départementales pour les professionnels et les usagers sur la thématique précarité / santé mentale pour améliorer les connaissances des acteurs – Organiser des sessions de formation-action entre les professionnels des structures accueillant des personnes en situation de précarité et des professionnels de santé en lien avec ces structures selon une dynamique prévoyant : <ul style="list-style-type: none"> – le développement d'une culture commune permettant le décloisonnement des pratiques et favorisant un travail en partenariat – l'organisation des stages croisés par binômes, entre professionnels du social et du sanitaire – un retour d'expériences des binômes et présentation de projets de partenariats à élaborer
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social, du logement et de l'hébergement – Les bailleurs sociaux
Échelle+ territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS
Porteurs de l'action repérés	<ul style="list-style-type: none"> – DD ARS – Les coordonnateurs de CLSM – Les réseaux santé / précarité – La FAS – Les EMPP sur les territoires qui en ont

PRIORITÉ D'ACTION N° 3

CONTRIBUER À UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 3.2

Favoriser la coordination des acteurs

ACTION STRUCTURANTE N° 3.2.1

- Coordonner les acteurs locaux pour l'examen des cas complexes, en veillant à la cohérence des différents dispositifs ou instances de coordination
- Organiser des rencontres au niveau départemental

Porteurs de l'action repérés	<ul style="list-style-type: none"> – DD ARS – Les coordonnateurs de CLSM – Les réseaux santé / précarité – La FAS – Les EMPP sur les territoires qui en ont
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les établissements de santé (services des urgences UHCD, PASS) – Les établissements de santé autorisés en psychiatrie (dont les porteurs d'EMPP) – Les collectivités locales – Les Conseils Départementaux – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité – Les DDCS(PP) – Les SIAO – Les ESMS publics spécifiques – Les GEM – Les SPIP – Les URPS
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Existence de modalités de travail en coordination entre les différents acteurs sur certains territoires – Présence d'EMPP sur certains territoires – Nouvelle organisation territoriale de la politique de santé mentale pour améliorer les parcours (le fondement étant les PTSM et la contractualisation avec les acteurs) <p>Points de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Maillage inégal des EMPP sur les territoires – Veiller à l'articulation avec la PTA lorsqu'elle existe pour les situations complexes
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> – Nombre de réunions pluri-professionnelles pour la gestion des cas complexes – Nombre de participants aux rencontres départementales précarité – santé mentale

PRIORITÉ D'ACTION N° 3

CONTRIBUER À UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 3.2

Favoriser la coordination des acteurs

ACTION STRUCTURANTE N° 3.2.2

Mobiliser les établissements de santé en psychiatrie et des structures des champs social et médico-social pour une meilleure coordination territoriale du parcours de soins en santé mentale des personnes en situation de précarité, afin notamment de sécuriser leur entrée et leur sortie des dispositifs d'urgence

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Définir en concertation (structures qui accueillent les personnes en situation de précarité / établissements de santé) les modalités de recours et d'accueil aux urgences, et celles de la sortie d'hospitalisation - Associer la structure d'accueil et/ou le travailleur social référent à la préparation de la sortie pour aménager le retour sur le lieu de vie du patient - Identifier un « référent santé précarité » (formé) au sein des secteurs, à mobiliser, après autorisation par le chef de secteur, sur les visites à domicile conjointes pour des situations complexes - Développer des conventions de partenariat avec les Maisons relais et résidences accueil pour définir l'étayage nécessaire au suivi santé des personnes suivies par la psychiatrie - Organiser des sessions de sensibilisation sur la santé mentale en direction des acteurs de proximité - Organiser des sessions de sensibilisation sur la précarité et le travail social en direction des professionnels de santé des urgences
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels des services des urgences - Les professionnels du secteur de la psychiatrie - Les professionnels des structures accueillant les personnes en situation de précarité - Les acteurs de proximité (personnels de mairie, agents de police municipale, veilleurs de nuit, gardien d'immeuble, agents des collectivités, personnels de pôle emploi...)
Echelle territoriale de mise en œuvre de l'action	- Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS
Porteurs de l'action repérés	<ul style="list-style-type: none"> - Les EMPP - Les PASS psychiatriques quand elles existent - Les DD ARS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> - Les établissements de santé autorisés en psychiatrie et les EMPP - Les structures accueillant les personnes en situation de précarité
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Élaboration de projets territoriaux de santé mentale - Existence de réseaux départementaux santé précarité <p>Point de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le financement des actions de sensibilisation des professionnels
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	- Nombre de référents précarité au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie

PRIORITÉ D'ACTION N° 4

ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES CHEZ LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 4.1

Renforcer le rôle des professionnels du premier recours dans la prise en charge des personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 4.1.1

Informers les professionnels du premier recours des outils disponibles de repérage et d'orientation des personnes en situation de précarité

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Identifier et contacter les différents relais auprès des professionnels de santé libéraux (URPS, syndicats, CPTS, Fédération régionale des maisons de santé, MAIA, délégués de l'Assurance Maladie...) – Élaborer, en concertation avec les usagers, un outil de communication axé sur les dispositifs spécifiques existants, les contacts utiles, le score EPICES, les modalités de remboursement... – Diffuser l'outil via les relais identifiés et le présenter aux professionnels
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Les professionnels de santé libéraux – Les responsables des services d'urgence
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– La région Occitanie
Pilote de l'action	ARS Siège
Porteurs de l'action repérés	– L'ARS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les URPS – Les Conseils de l'Ordre – La Fédération régionale des maisons de santé – Les représentations des usagers
Leviers et points de vigilance	Point de vigilance : <ul style="list-style-type: none"> – Exhaustivité des professionnels
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> – Réalisation de l'outil de communication – Nombre d'outils diffusés

PRIORITÉ D'ACTION N° 4

ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES CHEZ LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 4.1

Renforcer le rôle des professionnels du premier recours dans la prise en charge des personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 4.1.2

Favoriser la prise en charge globale des personnes en situation de précarité ayant vécu à la rue et présentant des pathologies liées à une perte d'autonomie précoce, afin de les accompagner vers le droit commun

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Effectuer un état des lieux afin de repérer ces situations et les modalités d'interventions proposées (benchmarking national formulant des préconisations) – Identifier parmi ces préconisations les modalités d'intervention relevant du champ de compétences de l'ARS Occitanie et celles relevant d'autres institutions – Mobiliser les opérateurs de terrain pour les modalités d'intervention relevant de l'ARS et sensibiliser les autres institutions pour celles qui relèvent de leur champ de compétences – Organiser des temps d'échanges entre les professionnels des dispositifs de prise en charge et d'accueil de ces publics
Public concerné par l'action	– Les personnes en situation de précarité ayant vécu à la rue et présentant des pathologies liées à un vieillissement précoce au sein des structures d'hébergement et de logement
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– La région Occitanie
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action repérés	– L'ARS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les Conseils Départementaux – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité – Les dispositifs de droit commun de prise en charge des personnes âgées ou situation de handicap – Les CLIC – Les LAM – Les MAIA – Les SSIAD – Les professionnels de santé libéraux
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – CPOM avec la FAS pour la réalisation de l'état des lieux – Maillage territorial des dispositifs de droit commun PA et PH <p>Points de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Public PA relevant des compétences des départements (schémas départementaux – Inexistence de dispositifs adaptés – Engorgement des SSIAD
Calendrier de réalisation	<ul style="list-style-type: none"> – 2018 : réalisation de l'état des lieux – 2019 : choix des modes d'intervention – 2020-2022 : mise en œuvre
Indicateur(s) d'évaluation	– Nombre de dérogations d'âge accordées par l'ARS pour les SSIAD

PRIORITÉ D'ACTION N° 4

ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 4.1

Faciliter l'accès à la médecine de ville

ACTION STRUCTURANTE N° 4.1.3

Mettre à disposition des professionnels de santé libéraux une offre d'interprétariat en santé

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Accompagner la personne pour être acteur de sa santé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Recenser les outils (web et autres) et les services d'interprétariat en santé – Diffuser auprès des professionnels de santé et des structures accueillant les personnes en situation de précarité – Élaborer un appel à candidature pour déployer une offre d'interprétariat en santé sur les territoires
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Public migrant – Professionnels de santé libéraux
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et siège
Porteurs de l'action repérés	– ARS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les professionnels de santé libéraux – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité – La DRJSCS – OFII
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Référentiel HAS – Décret du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé – Une offre disponible en Occitanie – Un savoir-faire de quelques établissements de santé – Un état des lieux en cours par le comité de suivi PRAPS du 82
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	–

PRIORITÉ D'ACTION N° 4

ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 4.1

Faciliter l'accès à la médecine de ville

ACTION STRUCTURANTE N° 4.1.4

Soutenir la médiation en santé

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Accompagner la personne pour être acteur de sa santé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Recenser les besoins en formation et renforcement des compétences en santé des professionnels en charge de l'accompagnement des personnes en situation de précarité – Mettre en place sur les territoires des formations répondant aux besoins recensés et diffuser ces informations à l'ensemble des structures en charge de l'accueil et de l'accompagnement des personnes en situation de précarité – Soutenir l'intervention de médiateur en santé en direction des populations, des squats et des bidonvilles
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Professionnels de santé – Professionnels en charge de l'accueil et de l'accompagnement dits de « première ligne »
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	ARS / siège
Porteurs de l'action repérés	– Opérateur à définir en fonction des réponses aux appels à candidature ou appel à projet
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les professionnels de santé libéraux – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité – La DRJSCS – Les collectivités locales
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Référentiel HAS pour la médiation – Décret du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé – Une enquête auprès des professionnels réalisés en 2012 – Une forte mobilisation des partenaires sur cette fonction <p>Points de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – légitimité des médiateurs en santé auprès des professionnels de santé
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS

PRIORITÉ D'ACTION N° 4

ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 4.2

Promouvoir les programmes d'ETP auprès des personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 4.2.1

Inciter les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social à orienter les personnes en situation de précarité souffrant de maladies chroniques vers les programmes d'ETP

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Accompagner la personne pour être acteur de sa santé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Recenser les programmes d'ETP existants (hospitaliers et ambulatoires) sur chaque département - Organiser, par département, des modules de sensibilisation sur l'ETP et l'implantation des programmes à destination des professionnels - Élaborer et diffuser une plaquette générale de présentation de l'ETP
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels de santé libéraux - Les professionnels des CES - Les professionnels des réseaux type AUDIAB, DIAMIP, AIR+R, Partn'Air, Association Dream, ChronEduc - Les équipes de soins primaires - Les professionnels des structures d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de précarité
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	- Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et ARS Siège
Porteurs de l'action repérés	- La SETSO
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> - Les réseaux type AUDIAB, DIAMIP - Les URPS, les Conseils de l'ordre - Les MSP - Les CPAM (les délégués de l'Assurance Maladie) et les PFIDASS (sous réserve de généralisation) - Les structures accueillant les personnes en situation de précarité - Les dispositifs santé précarité - Les associations de patients
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 380 programmes d'ETP développés sur la région Occitanie - Sites OSCARS ETP (à destination des professionnels -cartographie des programmes et des porteurs-) et mon-etp (à destination du grand public avec une visée pédagogique) - Les PFIDASS <p>Point de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des programmes inégalement répartis selon les départements
Calendrier de réalisation	<ul style="list-style-type: none"> - 2018 / 2019 : élaboration de la plaquette et du module de sensibilisation - 2019 / 2020 : déploiement des modules et diffusion de la plaquette
Indicateur(s) d'évaluation	- Nombre de modules de sensibilisation organisés pour les professionnels

PRIORITÉ D'ACTION N° 4

ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 4.2

Promouvoir les programmes d'ETP auprès des personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 4.2.2

Adapter et mettre en place des programmes d'ETP de proximité sur les thèmes prioritaires (diabète de type II, obésité et nutrition, affections cardiovasculaires et affections respiratoires) afin d'augmenter la part des personnes en situation de précarité dans les publics participant à des programmes d'ETP

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Accompagner la personne pour être acteur de sa santé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Mobiliser les porteurs de programmes d'ETP susceptibles d'être délocalisés – Recenser les lieux d'accueil potentiels – Former les acteurs locaux – Adapter, en concertation avec les représentants d'utilisateurs, les programmes d'ETP – Communiquer sur ces programmes de proximité auprès des professionnels et des publics
Public concerné par l'action	– Les personnes en situation de précarité
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Infra-départemental
Pilote de l'action	DD ARS et ARS Siège
Porteurs de l'action repérés	– A définir
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les porteurs de programmes d'ETP – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité – Les professionnels de santé – Les lieux d'accueil des programmes d'ETP délocalisés (MSP, hôpitaux de proximité, salles communales ou associatives, Maisons pour tous, Maisons médicales de garde...) – Les représentants d'utilisateurs
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les programmes d'ETP existants – Délocalisation déjà en œuvre pour certains programmes <p>Points de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Programmes « clés en main » à adapter – Importance d'un maillage territorial cohérent et équitable
Calendrier de réalisation	<ul style="list-style-type: none"> – 2018 : recensement des porteurs de programmes et des lieux d'accueil – 2019 : communication et déploiement
Indicateur(s) d'évaluation	– Taux de programmes d'ETP délocalisés sur total des programmes d'ETP

PRIORITÉ D'ACTION N° 4

ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES CHEZ LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 4.2

Promouvoir les programmes d'ETP auprès des personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 4.2.3

Mettre en place systématiquement le score EPICES dans les programmes d'ETP afin de repérer la participation des personnes en situation de précarité aux programmes

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Diffuser le score EPICES et ses modalités d'utilisation aux porteurs de programmes d'ETP – Généraliser son usage dans tous les programmes – Recueillir et analyser ces données – Diffuser une synthèse de ces données aux porteurs de programmes d'ETP
Public concerné par l'action	– Les porteurs de programmes d'ETP
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	ARS Siège
Porteurs de l'action repérés	– L'ARS
Partenaires mobilisables	– Les porteurs de programmes d'ETP
Leviers et points de vigilance	Levier : – Le score EPICES est déjà défini et largement utilisé
Calendrier de réalisation	<ul style="list-style-type: none"> – 2018 - 2019 : généralisation du score EPICES – 2020 - 2022 : analyse et restitution aux porteurs de programmes
Indicateur(s) d'évaluation	– Taux de programmes d'ETP ayant intégré le score EPICES

PRIORITÉ D'ACTION N° 5

ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE RDRD AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 5.1

Favoriser le recours aux dispositifs de prévention CV, CLAT, CeGIDD, CPEF des personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 5.1.1

Regrouper géographiquement les dispositifs (CV, CLAT, CeGIDD, CPEF) sur le même site et travailler la coordination des interventions

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Identifier, avec les établissements de santé, le site géographique susceptible d'accueillir les différents dispositifs – Réaliser un état des lieux des dispositifs existants par site géographique – Encourager les établissements de santé à opérer ces regroupements et à coordonner les prises en charges – Mettre en place des réunions de concertation entre les équipes des dispositifs – Formaliser les partenariats (conventions-type, fiches de liaison-type...) – Formaliser des outils de repérage des besoins des personnes (score EPICES) – Proposer un parcours de santé répondant aux besoins repérés – Communiquer sur cette nouvelle organisation au sein de l'établissement de santé, auprès des structures accueillant les personnes en situation de précarité et des professionnels de santé libéraux
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Les directions des établissements de santé – Les professionnels travaillant dans ces dispositifs – Les professionnels des structures accueillant les personnes en situation de précarité
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Infra-départementale (territoire du GHT)
Pilote de l'action	DD ARS
Porteurs de l'action	– A définir
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les URPS et Conseils de l'ordre – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité
Leviers et points de vigilance	<p>Levier :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Coordination régionale PASS, CLAT, COREVIH existante <p>Point de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Difficultés de faisabilité pour les établissements de santé
Calendrier de réalisation	2018 - 2020
Indicateur(s) d'évaluation	– Nombre de regroupements géographiques effectués

PRIORITÉ D'ACTION N° 5

ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE RDRD AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 5.1

Favoriser le recours aux dispositifs de prévention CV, CLAT, CeGIDD, CPEF des personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 5.1.2

Faire intervenir les équipes sur les lieux de vie des populations et organiser des permanences dans les structures accueillant les personnes en situation de précarité

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Améliorer l'organisation des services de santé pour une accessibilité renforcée
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Identifier avec les SCHS des villes et les services de la cohésion sociale du département les différents lieux de vie spécifiques types squat, bidonvilles, zones de regroupement... – Repérer les établissements sociaux, les structures d'hébergement, les centres sociaux, les Missions Locales, Maisons Relais, Accueils de jour, points de distribution de l'aide alimentaire, structure d'accueil des migrants, CCAS... susceptibles d'accueillir ces permanences – Définir les modalités d'intervention (fréquence, équipe, information du public) sur site (à adapter selon le lieu d'intervention) et les outils de communication sur ces permanences
Public concerné par l'action	– Les personnes en situation de précarité
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS
Porteurs de l'action	– Les établissements de santé concernés
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les SCHS des villes – Les DDSC(PP) des départements – Les Conseils Départementaux – Les CLAT, CeGIDD, CV – Les PASS – Les établissements sociaux, les structures d'hébergement, les centres sociaux, les Missions Locales, Maisons Relais, Accueils de jour, points de distribution de l'aide alimentaire, structures d'accueil des migrants, les associations intervenant auprès de ces populations, CCAS, CADA...
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Coordination régionale CLAT et PASS existante – Dispositifs déjà opérants sur certains départements – Projet précarité élaboré par le CV de l'Hôpital Joseph Ducling à Toulouse <p>Point de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nécessité de préparer ces interventions en amont en collaboration avec les équipes intervenant auprès de ces populations
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	– Nombre d'interventions dans les lieux de vie et d'accueil des personnes en situation de précarité

PRIORITÉ D'ACTION N° 5

ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE RDRD AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 5.2

Améliorer le recours au dépistage organisé des cancers (sein, colorectal, col de l'utérus) via les structures en charge du dépistage organisé

ACTION STRUCTURANTE N° 5.2.1

Déployer sur quelques territoires repérés au moyen des indicateurs de défavorisation, des actions de promotion du dépistage organisé auprès des publics en situation de précarité et repérer les actions probantes

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Développer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Analyser les actions probantes en matière de promotion du dépistage organisé auprès des personnes en situation de précarité - Identifier 2 à 3 IRIS par département (zone urbaine et zone rurale) choisis au moyen des indicateurs de défavorisation - Repérer et mobiliser, sur les territoires identifiés, les structures et services accueillant et accompagnant les personnes en situation de précarité susceptibles d'apporter leur appui au déploiement des actions en visant l'exhaustivité - Informer les professionnels de santé libéraux sur les programmes de promotion du dépistage organisés sur le territoire en visant l'exhaustivité - Mettre en œuvre des actions de promotion du dépistage organisé spécifiques et ciblées sur les populations CMU-C, collectives et/ou individuelles, en fonction des caractéristiques des territoires - Analyser les taux de réponse au regard des actions déployées
Public concerné par l'action	- Les personnes en situation de précarité
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	- Les IRIS défavorisés
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Les structures en charge du dépistage organisé - Les CPAM
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> - Les CCAS et les mairies - Les centres sociaux - L'échelon infra départemental des Conseils Départementaux (MDS, UTAS...) - Les professionnels de santé libéraux - Les établissements de santé - Les structures accueillant les personnes en situation de précarité - Les CeGIDD - L'ORS
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'indicateur de défavorisation existant - Le DMP - Les ASV et CLS <p>Point de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La nécessité de coordonner les actions proposées afin d'en repérer les effets et de réaliser un bilan annuel
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	- Nombre d'actions de promotion du dépistage organisé dans les IRIS les plus défavorisés (5e quintile)

PRIORITÉ D'ACTION N° 5

ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE RDRD AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 5.2

Améliorer le recours au dépistage organisé des cancers (sein, colorectal, col de l'utérus) via les structures en charge du dépistage organisé

ACTION STRUCTURANTE N° 5.2.2

Mobiliser les professionnels de santé, les « personnes relais » identifiées, les centres de santé, les MSP et les CES pour la promotion du dépistage organisé au niveau de chaque département

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Développer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Recenser et mobiliser les professionnels de santé et structures (MSP, centres de santé, CES) sur le département – Définir, en concertation avec les partenaires, leur rôle dans la promotion du dépistage auprès des patients et usagers – Identifier, avec l'appui des structures accueillant les personnes en situation de précarité, des personnes susceptibles de relayer la promotion du dépistage organisé – Renforcer les connaissances des « personnes relais » (pairs) sur le dépistage organisé et définir leur rôle auprès de leurs pairs
Public concerné par l'action	– Les professionnels et les personnes relais
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Les structures en charge du dépistage organisé – Les CPAM
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les médecins traitants – Les MSP et les centres de santé – Les CES – Les structures et associations accueillant les personnes en situation de précarité
Leviers et points de vigilance	<p>Levier :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les délégués de l'Assurance Maladie <p>Point de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les personnes sans droits ouverts à l'Assurance Maladie
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	– Nombre d'actions de promotion du dépistage organisé en direction des partenaires

PRIORITÉ D'ACTION N° 5

ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE RDRD AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 5.3

Favoriser les pratiques de prévention chez les personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 5.3.1

Permettre aux plus exclus d'accéder à des espaces d'hygiène

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Accompagner la personne pour être acteur de sa santé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Faire un état des lieux régional des espaces d'hygiène et des financements complémentaires existants et/ou mobilisables où les personnes sans abri peuvent accéder : localisation, services accessibles, conditions d'accès, avantages, inconvénients et identifier les priorités d'améliorations - Renforcer les espaces hygiène existants pour une amélioration de la qualité des services, de leur variété, de leur disponibilité et de leur accessibilité - Diffuser les informations sur les espaces accessibles aux personnes sans abri, hébergées, aux intervenants des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires - Mettre à disposition des structures d'accueil de jour, d'hébergement d'urgence et de maraude des kits d'hygiène - Promouvoir dans les PASS l'accès à des douches, à des consignes, à des chenils et à un service de vestiaire
Public concerné par l'action	- Personnes sans abri, hébergées ...
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	- Les 13 départements
Pilote de l'action	ARS DD et siège
Porteurs de l'action repérés	Pas de porteur pré-ciblé
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> - Les structures accueillant les personnes en situation de précarité et de maraude - Le CRPA - Les Fédérations - Les collectivités locales - La DRJSCS / les DDCS - Les établissements de santé - Les permanences des SIAO
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des distributions de kit déjà effectives sur certains lieux et territoires - Une nécessaire coordination des politiques publiques pour l'émergence de nouveaux lieux d'hygiène
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	-

PRIORITÉ D'ACTION N° 5

ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE RDRD AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 5.3

Favoriser les pratiques de prévention chez les personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 5.3.2

Améliorer les connaissances des repères nutritionnels et leur mise en pratique chez les personnes en situation de précarité

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Accompagner la personne pour être acteur de sa santé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Inscrire dans l'appel à projet Collectivités Actives PNNS l'obligation de mettre en place une ou des actions en direction des personnes en situation de précarité – Mettre en place des actions visant à diversifier l'offre de l'aide alimentaire (quantitativement et qualitativement) et à améliorer les connaissances nutritionnelles et encourager la pratique d'une activité physique des publics, en conservant la dimension plaisir – Mobiliser les Conseils Départementaux, les CCAS et les associations caritatives pour accompagner la délivrance des bons alimentaires de recommandations nutritionnelles en lien avec le PNNS – Informer les professionnels de santé de la possibilité de prescrire une activité physique sur ordonnance pour les patients atteints d'une ALD – S'informer auprès des services de la jeunesse et des sports de l'existence d'annuaire répertoriant les offres d'activité physique gratuites sur les départements
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Les personnes en situation de précarité – Les professionnels de santé
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et ARS Siège
Porteurs de l'action	– L'ARS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les Collectivités Actives PNNS – La DRJSCS et les DDCCS(PP) – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité – Les structures d'aide alimentaire – Les URPS
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – L'appel à projet Collectivités Actives PNNS (ARS) – L'appel à projet Nutrition et précarité (DRAAF/ARS) – Le programme sport, santé, bien être (DRJSCS) – L'appel à projet FNPEIS sur l'éducation nutritionnelle – L'appel à projet Conférence des financeurs – Décret 2016-1990 du 30/12/16 sur la prescription des activités physiques auprès des patients atteints d'une ALD
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	– Nombre d'actions nutrition en direction des personnes précaires

PRIORITÉ D'ACTION N° 5

ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE RDRD AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 5.4

Favoriser la prévention, la prise en charge des conduites addictives et la RdRD auprès des personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 5.4.1

Mettre en place des modules de sensibilisation sur les risques des conduites addictives auprès des personnes en situation de précarité

Engagement du Cadre d'Orient Stratégique	Accompagner la personne pour être acteur de sa santé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Définir un programme d'actions par département, adapté au public, en concertation avec les partenaires et les usagers, en y incluant par exemple le Moi(s) Sans Tabac – Organiser des modules de sensibilisation à la prévention et à la RdRD au sein des structures accueillant les personnes en situation de précarité – Faire intervenir les CSAPA et CAARUD dans ces structures pour faciliter notamment l'accès aux dispositifs de RdRD (sensibilisation, substitution, matériel de prévention...)
Public concerné par l'action	– Les personnes en situation de précarité
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS
Porteurs de l'action	– Les CSAPA et CAARUD
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les structures et associations œuvrant dans le champ des conduites addictives – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité – Les fédérations (FAS, Fédération Addictions)
Leviers et points de vigilance	Leviers : <ul style="list-style-type: none"> – CPOM avec des opérateurs de prévention – Permanences déjà opérationnelles
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> – Nombre de modules organisés – Nombre d'interventions des CSAPA et CAARUD

PRIORITÉ D'ACTION N° 5

ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE RDRD AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 5.4

Favoriser la prévention, la prise en charge des conduites addictives et la RdRD auprès des personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 5.4.2

- Accompagner les professionnels dans l'acquisition d'une posture pro-active et éducative en matière de prévention, de RdRD et de prise en charge des conduites addictives et des pathologies infectieuses
- Mettre en œuvre la coordination des acteurs et des actions

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Organiser des modules de sensibilisation à la prévention des conduites addictives et à la RdRD pour les professionnels du secteur social, médico-social et sanitaire – Favoriser les conventionnements entre ces structures et les CSAPA et CAARUD – Organiser des journées d'échanges de pratiques sur les situations complexes (sociales et/ou sanitaires) entre les professionnels – Créer un répertoire des ressources locales œuvrant dans le champ des conduites addictives et de la RdRD – Désigner un représentant du champ des conduites addictives par département, pour participer au comité de suivi du PRAPS
Public concerné par l'action	– Les professionnels du secteur social, médico-social et sanitaire
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS
Porteurs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – DD ARS – Les fédérations (Fédération addictions, FAS)
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les CSAPA et les CAARUD – Les structures et associations œuvrant dans le champ des conduites addictives – Les URPS – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – CPOM avec des opérateurs de prévention – Des instances de coordination départementale déjà existantes
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> – Nombre de réunions de sensibilisation organisées pour les professionnels – Nombre de conventionnements entre les CSAPA / CAARUD et autres structures

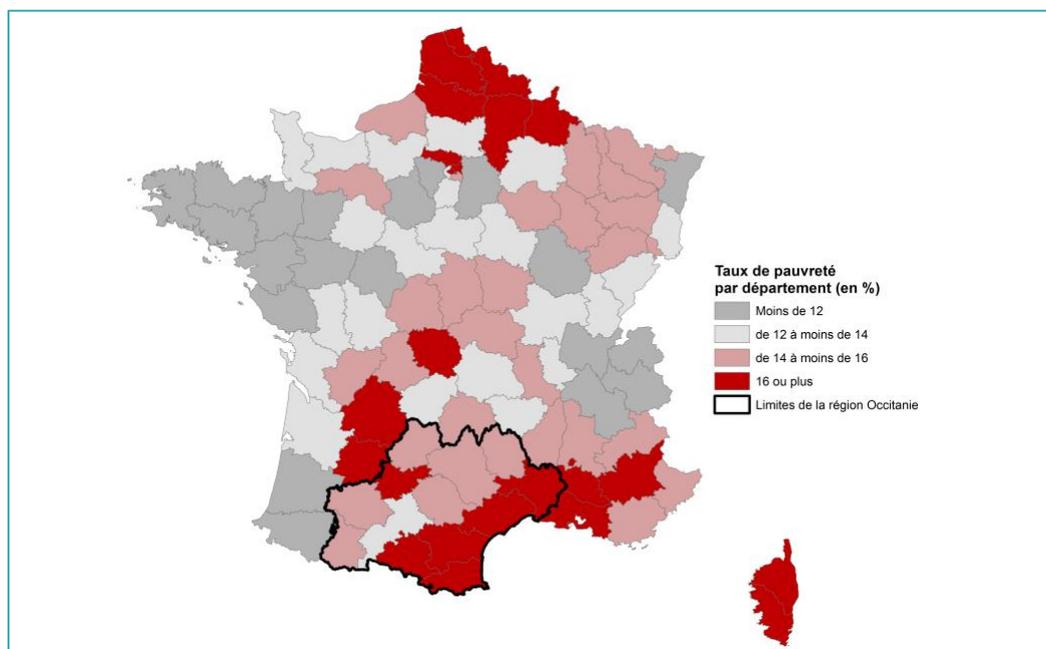
ANNEXE N°2 : ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC TERRITORIAL POUR LA CONSTRUCTION DU PRAPS 2018 – 2022 EN OCCITANIE

La précarité recouvre différentes réalités en fonction des définitions utilisées. Différentes catégories de populations peuvent donc être considérées comme pauvres selon que l'on considère les sans-abris, les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes au chômage de longue durée, les personnes en dessous du seuil de pauvreté, etc. Un gradient social existe ainsi parmi les plus pauvres au même titre que dans la population générale. S'intéresser à l'accès aux soins et à la prévention des plus démunis, conduit donc à considérer, de manière complémentaire, cet accès dans l'ensemble de la population.

EN OCCITANIE, UNE PERSONNE SUR SIX EN SITUATION DE PAUVRETÉ

La situation des populations les plus démunies est généralement approchée à partir des données concernant les personnes en dessous du seuil de pauvreté (1 000 euros mensuels). En 2013, en Occitanie, plus de 900 000 personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté, soit une personne sur six.

■ **Figure 1:** Les taux de pauvreté par département en 2013 en France métropolitaine



Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2013

La région Occitanie se place au 4^{ème} rang des régions métropolitaines présentant les taux de pauvreté les plus élevés, au 3^{ème} rang pour la pauvreté des moins de 30 ans et au 2^{ème} rang pour la pauvreté des 75 ans ou plus (après la Corse). À l'échelle des départements, il existe de fortes disparités concernant les taux de pauvreté au sein de la région Occitanie.

La Haute-Garonne a un taux de pauvreté inférieur à la moyenne nationale, mais l'Aude est le deuxième département le plus pauvre de France, les Pyrénées-Orientales le troisième, le Gard le cinquième et l'Hérault le neuvième. La région Occitanie est ainsi la région comprenant le plus de départements dans les 10 départements les plus pauvres de France (Figure 1). C'est dans les espaces ruraux éloignés des centres d'emplois ainsi que dans les villes-centres des grands pôles urbains que la pauvreté est la plus importante dans la région.

Toutefois, une attention particulière doit être portée aux valeurs absolues : le taux de pauvreté des ménages dans les Pyrénées-Orientales s'élève à 21 %, contre 12,4 % en Haute-Garonne, mais cela représente environ 95 000 personnes en situation de pauvreté dans les Pyrénées-Orientales, contre 152 000 en Haute-Garonne (Tableau 1).

Certaines populations sont particulièrement touchées par la précarité. Ainsi, les tranches d'âges de moins de 30 ans et 75 ans ou plus, sont particulièrement touchées par la pauvreté dans la région, de même que les familles monoparentales. La part de ces familles atteint le niveau record de 30 % dans les Pyrénées-Orientales. En effet, c'est le département de France métropolitaine où cette part est la plus élevée. Ce taux atteint même 40 % à Perpignan, la préfecture de ce département, très fragilisée socialement [1].

■ **Tableau 1 : La pauvreté des ménages dans les départements de la région Occitanie**

	Taux de pauvreté Ensemble (%)	Taux de pauvreté des moins de 30 ans (%)	Taux de pauvreté des 75 ans ou plus (%)	Estimation du nombre de personnes vivant au- dessous du seuil de pauvreté*
Ariège	18,0	28,2	13,2	26 000
Aude	21,4	32,7	16,1	75 000
Aveyron	14,7	22,5	13,8	39 000
Gard	20,3	30,4	12,1	146 000
Haute-Garonne	12,4	22,3	9,1	152 000
Gers	14,8	23,3	16,0	27 000
Hérault	19,6	31,2	12,3	208 000
Lot	15,6	23,9	12,9	26 000
Lozère	15,7	21,8	16,9	11 000
Hautes-Pyrénées	14,3	26,5	11,2	32000
Pyrénées- Orientales	21,0	34,3	14,3	95 000
Tarn	15,1	26,1	10,9	57 000
Tarn-et-Garonne	16,8	26,1	14,6	42 000
Occitanie	17,0	27,2	12,5	936 000

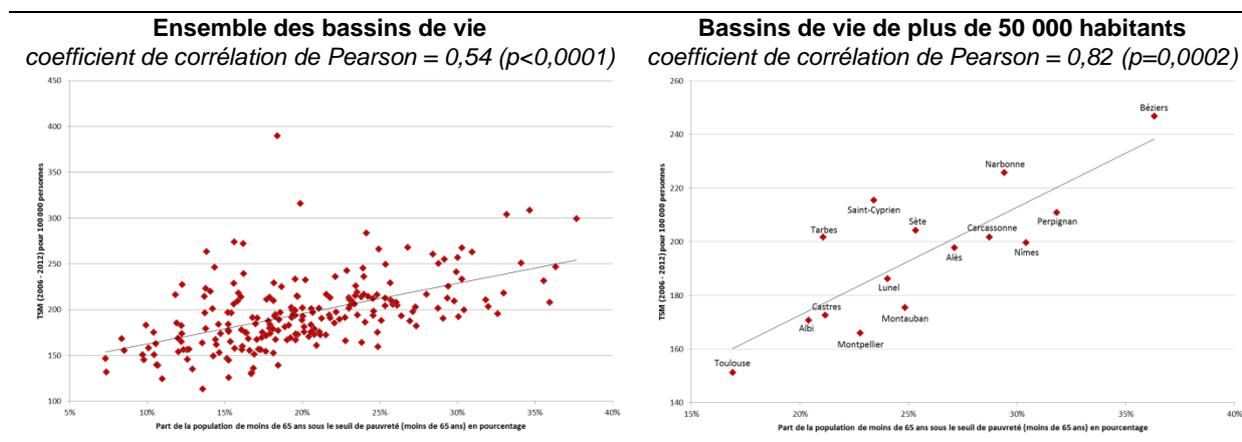
Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2013

*Il s'agit d'une approximation. Le taux de pauvreté des ménages est appliqué au nombre de personnes dans les ménages fiscaux.

LES PERSONNES LES PLUS DÉFAVORISÉES ONT UN ÉTAT DE SANTÉ PLUS DÉGRADÉ

Il existe une corrélation forte entre la part de la population de moins de 65 ans sous le seuil de pauvreté et la mortalité prématurée (mortalité avant 65 ans). Les bassins de vie présentant un taux élevé de mortalité prématurée sont aussi ceux présentant un taux élevé de pauvreté. La corrélation est d'autant plus forte si l'on restreint l'analyse aux bassins de vie les plus peuplés (plus de 50 000 habitants) (Figure 2).

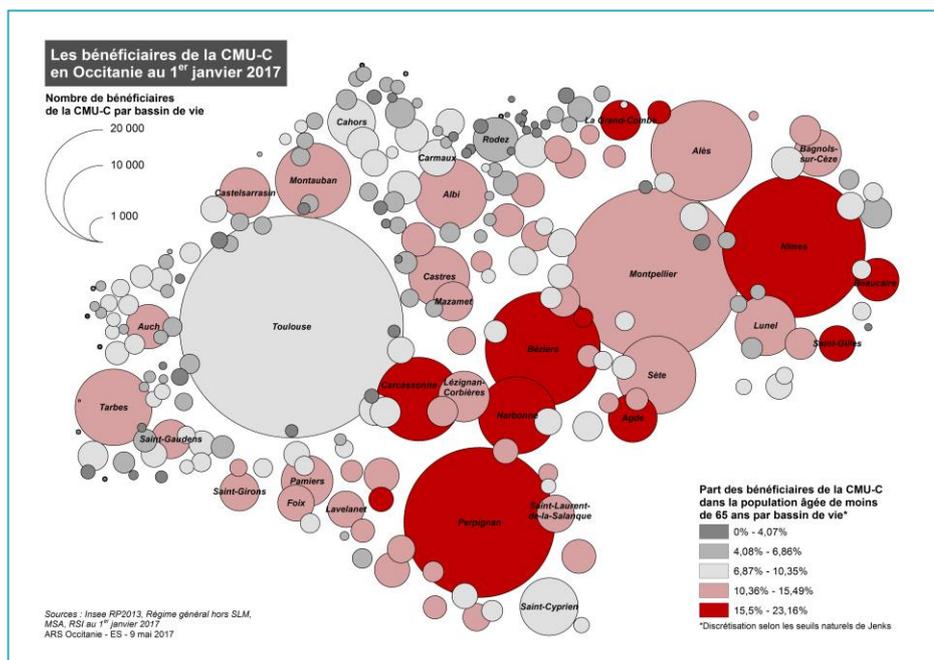
■ **Figure 2** : Taux standardisés de mortalité (TSM) prématurée (mortalité avant 65 ans, 2006-2012) et part de la population de moins de 65 ans sous le seuil de pauvreté en 2014 dans les bassins de vie de la région Occitanie



Sources : Inserm CépiDC, Insee – base régionale précarité 2014

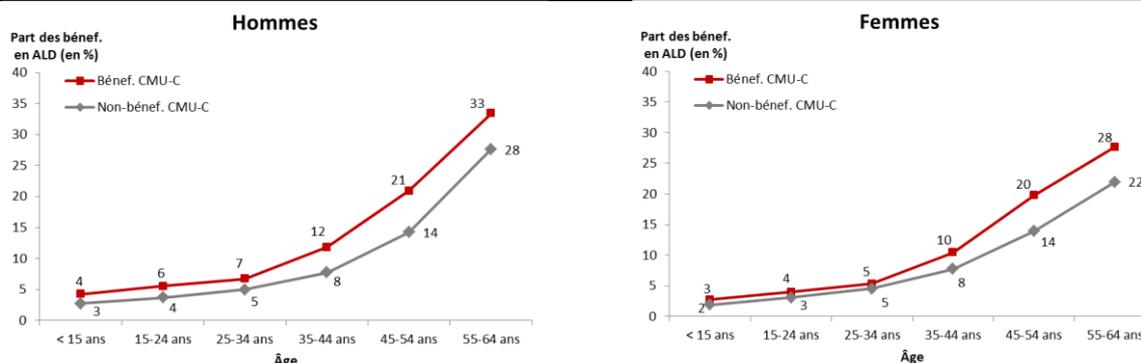
La CMU-C constitue pour les plus modestes une protection complémentaire gratuite, accordée sous conditions de ressources financières (moins de 727 euros mensuels pour une personne seule - barème au 1^{er} avril 2017). Cette couverture dispense le bénéficiaire de toute avance de frais. Près de 500 000 personnes sont bénéficiaires de la CMU-C au 1^{er} janvier 2017 dans la région et se concentrent dans les grandes agglomérations notamment à l’Est de la grande région (Figure 3). Cette population représente donc une part particulièrement défavorisée de l’ensemble de la population vivant sous le seuil de pauvreté.

■ **Figure 3** : Les bénéficiaires de la CMU-C en Occitanie au 1er janvier 2017



Pour ces bénéficiaires, la probabilité de bénéficier d’une exonération pour affection de longue durée (ALD), marqueur d’un état de santé dégradé, est plus élevée que pour le reste de la population, et notamment après 35 ans (Figure 4).

■ **Figure 4 : Part des bénéficiaires d'une ALD selon la présence ou l'absence de CMU-C en 2015 en Occitanie**



Source : SNIIR-AM/DCIR, Bibliothèque Consopat, extraction 2015, bénéficiaires consommant tous régimes (hors Ariège)

L'état de santé de la population est ainsi lié au niveau de défavorisation des individus.

LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ : UNE ACCUMULATION DES FACTEURS DE RISQUES POUR LES PERSONNES LES PLUS DÉFAVORISÉES

Au-delà de ce constat, l'enjeu majeur est de mieux comprendre le lien qui existe entre pauvreté et état de santé. Plusieurs dimensions susceptibles d'agir sur la santé existent, allant de l'individu jusqu'aux conditions socioéconomiques, culturelles, environnementales, à l'échelle de la société. En épidémiologie sociale, on distingue classiquement dans les déterminants de la santé, les comportements dits « individuels », les déterminants socio-économiques (incluant les facteurs dits matérialistes - expositions physiques, chimiques, spatiales -, les facteurs psychosociaux - contraintes organisationnelles, hiérarchiques) et le système de soins. Or, la distribution de ces facteurs est socialement différenciée, ce qui se caractérise par des conduites à risques, une exposition aux risques environnementaux et professionnels plus fréquente et un recours plus faible aux services de santé et aux soins dans les catégories moins favorisées.

■ **Tableau 2 : Quelques déterminants de santé au regard des catégories socio-professionnelles**

	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Ouvriers (ouvriers ou ouvriers qualifiés)
Tabac¹		
Tabagisme quotidien	18,9%	37,8%
Surpoids-obésité des élèves de CM2 selon le groupe socio-professionnel des parents²		
Surcharge pondérale (%)	12,7%	21,5%
Obésité (%)	1,4%	5,5%
Expositions professionnelles³		
Être exposé à au moins trois produits chimiques (%)	2,7%	31,8%
Bruit de niveau d'exposition sonore supérieur à 85 db(A) (%)	5,5%	46,8%

Sources :

¹Baromètre santé 2014, Inpes [2]

²DREES-DGESCO, enquête nationale de santé auprès des élèves de CM2 [3]

³DGT-DARES, enquête SUMER 2010 [4]

Le tableau 2 ci-dessus montre que les ouvriers présentent une probabilité plus grande d'être exposés à plus de facteurs délétères pour la santé. La particularité de la population pauvre est de cumuler un ensemble de ces facteurs.

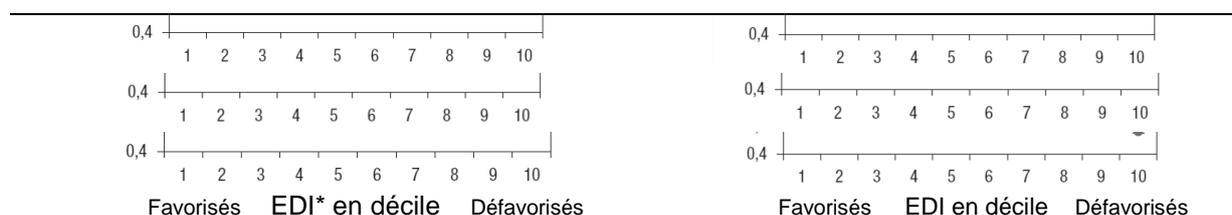
LE RECOURS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION EST DIFFÉRENT SELON LE NIVEAU DE DÉFAVORISATION

Sans en être le déterminant essentiel de l'état de santé, le système de soins et de prévention représente un déterminant important du niveau de santé des populations et participe de par son activité à la persistance voire l'aggravation des inégalités sociales de santé. Le système de soins est en outre un des leviers utilisables par les institutions pour réduire ces inégalités. Une question essentielle est d'analyser si l'existence de systèmes de compensation centrés sur la précarité est susceptible de limiter les inégalités sociales d'accès aux soins et donc l'effet du système de soins dans la construction des inégalités sociales de santé.

À ce titre, un travail spécifique a été conduit en Occitanie (région ex-Midi-Pyrénées) pour mesurer les niveaux de recours aux soins au regard du niveau de défavorisation et de pauvreté de la population. Du fait de l'absence de données socio-économiques individuelles dans les bases de données médico-administratives, un indicateur écologique de défavorisation, l'EDI (*European Deprivation Index*), est utilisé en lieu et place du niveau social individuel [5]. Cet indicateur est discrétisé en 10 classes, de la situation la plus favorable EDI 1 à la situation la plus défavorable EDI 10.

Les indicateurs présentés ici (Figure 5) décrivent des situations clés du recours aux soins ou à la prévention, notamment pour les personnes en situation de pauvreté [6].

■ **Figure 5 : Gradient social de recours aux soins pour chacun des indicateurs étudiés, ex-région Midi-Pyrénées, 2012**
Odds ratios (en fonction de l'indice de défavorisation (EDI) ajustés sur l'âge, le sexe et l'ALD)



Source : Bull Epidémiol Hebd. 2016;(1):2-8 [6]

EDI : *European Deprivation Index* (indicateur de défavorisation) [5]

— EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX SOINS PRIMAIRES, LE POIDS DU GRADIENT EST POUR PARTIE LIMITÉ PAR L'ACCÈS AUX PRESTATIONS SOCIALES À DESTINATION DES PLUS DÉFAVORISÉS

Plus les personnes vivent dans une zone défavorisée, plus le recours au médecin généraliste dans l'année est faible. Cette association prend la forme d'un gradient qui s'atténue un peu dans les zones les plus défavorisées (deux derniers déciles) qui concentrent aussi le plus grand nombre de bénéficiaires de la CMU-C. La CMU-C pourrait ainsi compenser en partie le gradient social de recours primaire aux soins. À l'inverse, l'offre de soins en médecine générale ne réduit en rien ce gradient, cette offre augmentant avec le niveau de défavorisation du fait d'un meilleur accès théorique aux médecins généralistes en ville, là où se concentrent les plus fortes zones de défavorisation et de pauvreté [7].

— L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET LE RECOURS AU DÉPISTAGE SONT SUJETS À DES PHÉNOMÈNES D'INÉGALITÉ

Un gradient social dans le recours au dépistage du cancer du sein, comme du cancer du col de l'utérus, est observé. Les taux de recours aux dépistages décroissent fortement avec le niveau de défavorisation. Ces gradients ne sont pas réduits par la prise en compte du fait de bénéficier de la CMU-C ou de l'offre de médecins généralistes. On peut supposer que les campagnes de dépistage organisé du cancer du sein ont contribué à réduire le gradient social qui est moins marqué que pour le cancer du col de l'utérus.

— UN RECOURS AUX SOINS DENTAIRE DIFFERENCES EN FONCTION DU NIVEAU DE DEFAVORISATION

Pour le recours aux soins dentaires conservateurs, le recours décroît régulièrement avec le niveau de défavorisation. À l'inverse, le recours à l'extraction dentaire augmente légèrement et en particulier pour les deux déciles les plus défavorisés (déciles 9 et 10). Si elles ont en commun d'être des soins dentaires, il s'agit de consommations totalement différentes. Le recours à un chirurgien-dentiste pour des soins conservateurs peut s'apparenter à un recours de prévention. Ce recours diminue avec la défavorisation. Ce gradient est moins marqué chez les bénéficiaires de la CMU-C, en faveur d'un effet de rattrapage des inégalités d'accès à ce type de soins en direction des plus pauvres.

Le recours au chirurgien-dentiste pour une extraction dentaire, en revanche, signe un recours tardif aux soins en lien probable avec un état dentaire plus dégradé, plus fréquemment retrouvé chez les plus pauvres (deux derniers déciles). Or, chez ces derniers, le fait de bénéficier de la CMU-C est plus fréquent et pourrait favoriser ce recours. On observe en effet que les bénéficiaires de la CMU-C ont un recours à l'extraction dentaire de 70 % supérieur au recours des autres assurés. Là encore le fait de bénéficier de la CMU-C permet un rattrapage voire un comportement spécifique avec un recours aux soins, mais tardif. Dans les deux cas l'offre de soins, ici la disponibilité des chirurgiens-dentistes, n'influence aucun des deux recours, suggérant que les phénomènes observés ne sont pas un problème d'offre [8].

— UN RECOURS AUX PSYCHOTROPES EGALEMENT MARQUE PAR UN GRADIENT SOCIAL

Le lien entre difficultés socioéconomiques et santé mentale est bien connu et un gradient social de recours aux médicaments psychotropes est observé, cette prescription augmentant avec la défavorisation. Même si rien ne permet de l'affirmer, un sur-recours traduisant une tendance à la médicalisation de problèmes sociaux ne peut pas être exclu pour expliquer ce gradient [9].

L'ensemble des indicateurs d'accès aux soins et à la prévention analysés met en évidence l'existence d'une association entre les niveaux de défavorisation et la fréquence du recours aux soins et à la prévention. Cette association prend le plus souvent la forme d'un gradient qui suit le niveau de défavorisation et qui est plus ou moins marqué selon les indicateurs analysés. Il semble ne pas se limiter à la frange la plus défavorisée de la population. Pour certains indicateurs comme le recours primaire aux soins ou les soins dentaires, certains dispositifs de compensation telle que la CMU-C semblent pouvoir atténuer cette relation.

Les gradients sociaux de santé traversent l'ensemble des territoires de la région et interrogent sur le rôle éventuel que pourrait jouer les contextes territoriaux. Les territoires se différencient notamment par l'accessibilité à l'offre de soins, qui ne semble pas influencer de manière forte cette relation [8]. Compte tenu du fort contraste territorial de la grande région, une analyse approfondie de l'influence des contextes sur le recours aux soins devra être menée.

LES DISPOSITIFS D'ACCÈS AUX DROITS POUR LES PLUS DÉMUNIS : UNE RÉPONSE PARTIELLEMENT EFFICACE

La CMU-C, comme attendu, permet pour certains types de recours, de réduire les inégalités liées à la pauvreté. Les dispositifs spécifiques, permanences d'accès aux soins de santé, appartements de coordination thérapeutique, lits « halte soins santé » ou équipes mobiles « psychiatrie-précarité » réduisent encore ces inégalités par une prise en charge ciblée des personnes les plus démunies. Toutefois, ils ne sont qu'une réponse partielle au regard des inégalités de santé, qui traversent l'ensemble du corps social. En effet, les effets de seuil, les dépassements d'honoraires (Tableau 3), la capacité à s'orienter dans le système de soins, conduisent à des non-recours [10], ou des renoncements aux soins [11], pour une frange non négligeable de la population, non spécifiquement ciblée par les dispositifs précités.

■ **Tableau 3 : Les dépassements d'honoraires lors d'un séjour pour pose d'une prothèse de hanche en Occitanie en 2015**

Pôle d'activité	Nombre de séjours	Nombre de séjours avec dépassement	Part des séjours avec dépassement (en %)	Moyenne du montant du dépassement (en €) pour les séjours avec dépassement	Médiane du montant du dépassement (en €) pour les séjours avec dépassement
Carcassonne	336	81	24,1	247	250
Narbonne	340	50	14,7	250	300
Alès	304	165	54,3	552	550
Bagnols-sur-Cèze	110	17	15,5	396	400
Nîmes	887	327	36,9	805	850
Toulouse	3 369	1 656	49,2	423	400
Auch	253	8	3,2	272	216
Bédarieux	28	4	14,3	400	400
Béziers	825	414	50,2	423	450
Lunel	21	7	33,3	600	550
Montpellier	1 631	615	37,7	790	850
Pézenas	74	16	21,6	453	500
Sète	257	19	7,4	343	320
Tarbes	415	205	49,4	245	250
Céret	63	24	38,1	162	150
Perpignan	1 117	255	22,8	230	220
Prades	72	17	23,6	194	200
Albi	643	196	30,5	210	200
Castres	369	114	30,9	260	250
Montauban	472	204	43,2	335	380

Source : PMSI MCO 2015 (ATIH)

Un tel constat appelle à porter une attention particulière à la prise en charge des plus démunis dans une démarche plus large de prise en compte des inégalités sociales de santé.

ÉLÉMENTS DE BIBLIOGRAPHIE

- [1] Le développement durable en Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées. Insee Dossier Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées n° 2 - juillet 2016.
- [2] Guignard R, Beck F, Richard JB, Lermenier A, Wilquin JL, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Évolutions* • N° 31 / Janvier 2015.
- [3] Grignon N. La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale. *Études et Résultats*, n°993, Drees, février 2017.
- [4] Arnaudo B *et al.* L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête SUMER. Juin 2012. *Références en santé au travail*. N°130.
- [5] Pornet C, Delpierre C, Dejardin O, Grosclaude P, Launay L, Guittet L, *et al.* *Construction of an adaptable European transnational ecological deprivation index: the French version*. *J Epidemiol Community Health*. 2012; 66(11):982-9.
- [6] Delpierre C, Fantin R, Chehoud H, Nicoules V, Bayle A, Souche A, *et al.* Inégalités sociales d'accès aux soins et à la prévention en Midi-Pyrénées, France, 2012. *Bull Epidemiol Hebd*. 2016;(1):2-8.
- [7] Ducros D, Nicoules V, Chehoud H, Bayle A, Souche A, Tanguy M, *et al.* Les bases médico-administratives pour mesurer les inégalités sociales de santé. *Santé Publique*. 2015;27:383-94.
- [8] L'évaluation économique et la recherche sur les services de santé. Actes du colloque international organisé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en collaboration avec l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), à Paris, le 1er décembre 2014. Les rapports de l'Irdes, n° 565, décembre 2016.
- [9] Le Moigne P. La prescription des médicaments psychotropes : une médecine de l'inaptitude ? *Déviante et Société*. 2003;27:285-96.
- [10] Rode A. L'émergence du non-recours aux soins des populations précaires : entre droit aux soins et devoirs de soins. *Lien social et Politiques* 61 (2009): 149–158.
- [11] Chaupain-Guillot S, Guillot O, Jankeliowitch-Laval É. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. In: *Economie et statistique*, n°469-470, 2014. pp. 169-197; doi : 10.3406 / estat.2014.10426.

ANNEXE N°3 : MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU PRAPS

LANCEMENT DE LA DÉMARCHE PAR L'ARS OCCITANIE DANS UN NOUVEAU CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE ET TERRITORIAL

La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé instaure un nouveau PRS, maintenu dans son principe, avec 3 nouvelles composantes : un COS à 10 ans, un SRS unique à 5 ans (fusionnant les schémas de prévention, d'organisation des soins avec ses deux volets hospitalier et ambulatoire, et médico-social) et un PRAPS à 5 ans.

De plus, la loi 2915-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions a instauré un nouveau découpage territorial régional : une nouvelle région, l'Occitanie, est ainsi constituée, fruit du regroupement de deux régions, Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon.

Le PRAPS 2012-2017 entrant dans sa dernière année de mise en œuvre, c'est dans ce contexte que s'inscrit l'élaboration du nouveau PRAPS Occitanie 2018-2022.

Une première réunion de lancement de la réflexion du premier PRAPS de la nouvelle région Occitanie a été organisée par l'ARS Occitanie le 4 novembre 2016 à Carcassonne.

Lors de cette journée, un diagnostic sur les inégalités sociales de santé dans la région Occitanie a été présenté par l'IFERISS, ainsi que des données sur les indices de précarité et les dispositifs de l'ARS à l'échelle régionale.

LA CONTRIBUTION DE L'IREPS OCCITANIE ET DE L'IFERISS

Pour l'accompagner dans cette démarche, l'ARS Occitanie a mobilisé l'IREPS Occitanie sur les plans opérationnel, méthodologique et rédactionnel, dans le cadre de sa mission d'appui aux politiques publiques de santé.

L'IFERISS a été sollicité pour la réalisation d'un diagnostic au regard des inégalités sociales de santé, la conception d'un protocole d'évaluation ainsi que l'élaboration d'un outil de reporting.

UN GROUPE PROJET PARTENARIAL

Un groupe projet de suivi du PRAPS, composé de l'ARS Occitanie (DSP, DDP et Délégations Départementales), de la DRJSCS, de l'IFERISS et de l'IREPS Occitanie, a été constitué dès le mois de février 2017. Ce groupe projet a pour missions de coordonner les différents chantiers d'élaboration du PRAPS, de suivre leur avancement, de les compléter et les valider.

UNE CONSULTATION ÉLARGIE AUTOUR DE CINQ THÉMATIQUES PRIORITAIRES ET SIX AXES TRANSVERSAUX

L'ARS Occitanie a identifié cinq thématiques prioritaires à intégrer dans la réflexion concernant l'élaboration du prochain PRAPS 2018-2022 :

- Prévention / dépistage / réduction des risques
- Soins de premiers recours et maladies chroniques
- Santé mentale
- Dispositifs spécifiques (LHSS, EMPP, ACT, ...)
- Accès aux droits

Le PRAPS étant porteur d'enjeux transversaux, son élaboration s'est appuyée sur une consultation régionale élargie organisée entre les mois de février et avril 2017.

UNE CONSULTATION TERRITORIALE VIA LES DÉLÉGATIONS DÉPARTEMENTALES DE L'ARS OCCITANIE

Les treize délégations départementales de l'ARS Occitanie ont été invitées à répondre à un questionnaire afin de recueillir des éléments de diagnostic territorial pour l'élaboration du prochain PRAPS. Les membres des comités de suivi du PRAPS, lorsque ces comités existent, ont pu être consultés pour contribuer à cette réflexion.

Dix délégations départementales ont donné suite à cette démarche.

UNE CONSULTATION PARTENARIALE RÉGIONALE

Cette concertation visait à associer le plus grand nombre d'acteurs des champs de la prévention, du soin et du médico-social, de la région Occitanie :

- Des professionnels des organismes, institutions et administrations impliqués dans la mise en œuvre de la politique de santé : les services de l'État (DRJSCS, DDCS(PP), Délégation aux droits des femmes et à l'égalité, les collectivités territoriales (Conseil Régional, Conseil Départemental, communes ou communautés de communes), les organismes de sécurité sociale et mutuelles (CARSAT, CPAM, Mutualité Française Occitanie), les CCAS, les ASV, les PASS et dispositifs spécifiques,
- Des professionnels des associations œuvrant en faveur des personnes en situation de précarité : associations des secteurs sanitaire et social, associations d'aide alimentaire,
- Des représentants des professionnels de santé, via les URPS
- Des usagers, via les CCRPA.

Une centaine de personnes se sont réparties sur les cinq groupes de travail proposés, correspondant aux cinq thèmes prioritaires identifiés lors de la première réunion de lancement de la réflexion du nouveau PRAPS.

Chaque groupe de travail s'est réuni deux fois, entre les mois de mars et avril 2017 :

- La **première réunion** consistait en l'élaboration d'un diagnostic des besoins, freins et leviers sur la thématique concernée ainsi que l'identification de pistes d'actions. Afin de cadrer la réflexion, le groupe projet a identifié six axes transversaux à intégrer dans la réflexion de chaque groupe de travail thématique :
 - La territorialisation,
 - L'« aller-vers »,
 - La mobilisation et la coordination des acteurs et des secteurs,
 - L'accompagnement vers le droit commun,
 - La participation des usagers,
 - L'information et la formation des professionnels.
- La **deuxième réunion** visait à présenter et amender, le cas échéant, les fiches-actions pré rédigées par le groupe projet à partir des pistes d'actions envisagées lors de la première réunion.

Les fiches-actions ont ensuite été soumises à l'ARS pour validation avant rédaction du rapport final.

ANNEXE N°4 : SUIVI ET ÉVALUATION DU PRAPS

Dans la convention signée entre l'ARS Occitanie et l'Université Paul SABATIER de Toulouse, l'article 5 précise : « Les finalités de l'évaluation visent à apprécier l'intérêt d'un type d'action dans des thématiques données, selon la qualité du travail réalisé et l'adéquation aux besoins identifiés sur les territoires. Pour l'ARS, mais aussi pour le bénéficiaire (AAPRISS), il s'agit de savoir s'il faut maintenir, modifier, développer, réduire ou arrêter ce type d'action. L'évaluation ne doit pas simplement chercher à mesurer le degré d'atteinte des objectifs mais elle doit aussi permettre au bénéficiaire d'améliorer l'action l'année suivante ».

En accord avec l'ARS, la construction de l'évaluation du PRAPS et d'un outil de reporting permettant le suivi de sa mise en œuvre pendant cinq années (2018-2022) s'est appuyée sur un certain nombre de travaux antérieurs menés par les chercheurs de la Plateforme dans ce domaine³ et les attentes exprimées par le commanditaire et le groupe-projet lors des différentes phases de construction du PRAPS.

LES PRINCIPES AYANT GUIDÉ LA CONSTRUCTION DE L'ÉVALUATION ET DE L'OUTIL DE REPORTING DU PRAPS

— LA QUALITE DU PRAPS A EVALUER

Fondamentalement, l'évaluation consiste à tenter de répondre à un ensemble de questions relatives à une politique ou un programme, sa mise en œuvre et ses effets. Ce questionnement peut être orienté de différentes manières en fonction du contexte et des buts poursuivis par le commanditaire. Pour aider celui-ci à former son jugement, l'évaluation cherche à apprécier dans quelle mesure la politique évaluée possède les principales « qualités » qui caractérisent idéalement une « bonne » politique : cohérence, atteinte des objectifs, efficacité, efficience, impact et pertinence⁴.

Classement des « qualités » d'une politique évaluée

Source : Conseil scientifique de l'évaluation, *Petit guide de l'évaluation*, 1996 (p.7).

Une politique ou un programme peuvent être évalués selon différentes « qualités » qui répondent à des questions différentes. Le choix de la (ou des) qualité(s) à évaluer revient au commanditaire :

- **Cohérence** (dans la conception et la mise en œuvre) : les différents objectifs sont-ils cohérents entre eux ? Les moyens juridiques, humains et financiers mis en place sont-ils adaptés à ces objectifs ? La cohérence externe avec d'autres plans ou programmes peut également être questionnée.
- **Atteinte des objectifs** : dans quelle mesure les évolutions constatées de la réalité sociale sont-elles conformes aux objectifs de la politique ?
- **Efficacité** : dans quelle mesure les effets propres de la politique sont-ils conformes à ses objectifs ?
- **Efficience** : les ressources financières mobilisées par la politique ont-elles été bien utilisées ? Les résultats de la politique sont-ils à la mesure des sommes dépensées ?
- **Impact** (ou effectivité) : quelles sont les conséquences globales de la politique pour la société ? Ces conséquences sont-elles bénéfiques ?
- **Pertinence** : une politique se justifie très généralement par l'identification d'un « problème de société » auquel les pouvoirs publics se sentent (ou sont) tenus de faire face. Une politique sera dite pertinente si ses objectifs explicites sont adaptés à la nature du (des) problème(s) qu'elle est censée résoudre ou prendre en charge.

³ (Haschar-Noé et Lang, 2017)

⁴ (CSE, 1996 ; DGS, 2008 ; Haschar-Noé, 2017)

Suite aux travaux de l'équipe-projet accompagnés par la plateforme AAPRISS, le choix s'est porté principalement sur deux axes :

- Évaluer **la pertinence** du PRAPS, définie comme l'adéquation entre nature des problèmes à résoudre, besoins identifiés, objectifs explicites et actions mise en œuvre,
- Construire un **outil de reporting** renseigné chaque année devant remplir quatre fonctions :
 1. Une fonction de suivi, d'information et de valorisation des mises en œuvre des objectifs du PRAPS,
 2. Une fonction de jugement de leur niveau de réalisation, d'ancrage territorial et de pertinence,
 3. Une fonction d'analyse permettant de relever les freins à lever, les leviers à mobiliser et les articulations entre niveaux d'objectifs,
 4. Une fonction prospective et de régulation permettant de prendre des décisions chemin faisant pour si nécessaire infléchir les objectifs et améliorer les mises en œuvre.

— LES INDICATEURS D'ÉVALUATION A CONSTRUIRE

Un indicateur est une information qui doit permettre d'objectiver une réalité : il n'a de sens que confronté à un critère et peut être quantitatif ou qualitatif. Un même critère peut être apprécié sur la base de plusieurs indicateurs. Différents types d'indicateurs peuvent être utilisés⁵ selon la « qualité » du problème et niveaux d'objectifs à évaluer : des indicateurs de contexte (qualifient la situation), de réalisation (décrivent ce qui a été fait), de processus (renseignent sur les modalités de mise en œuvre), d'implantation (facteurs facilitants et contraintes), de ressources (moyens affectés), d'impact (attestent des effets des interventions) ou d'ancrage territorial (renseignent sur l'adaptation des objectifs et actions aux besoins du territoire), ce dernier permettant de tenir compte de l'hétérogénéité des 13 départements d'Occitanie.

De façon pragmatique, le choix des indicateurs pertinents doit aussi répondre aux fonctions principales de l'outil de reporting soit assurer le suivi de la mise en œuvre du PRAPS sur l'ensemble des départements mais aussi son pilotage par l'ARS pour l'aider à prendre des décisions pour « *maintenir, modifier, développer, réduire ou arrêter* » des actions⁶.

Concernant le choix des indicateurs, plusieurs principes ont été retenus afin de ne pas proposer un outil « impossible » à renseigner ou « trop lourd » en termes de recueil de données. Nous avons donc porté une attention particulière à :

- Vérifier que les indicateurs choisis représentent bien le problème à résoudre et l'objectif mis en œuvre à évaluer,
- Diminuer le plus possible le nombre d'indicateurs (1 ou 2 par exemple par objectif opérationnel) mais s'assurer qu'ils soient « simples et robustes »,
- Proposer des indicateurs SMART (Spécifiques, Mesurables, Acceptables, Réalistes, Temporellement définis),
- S'assurer que les données utiles pour renseigner l'outil de reporting sont disponibles ou faciles à recueillir auprès d'autres instances que l'ARS (ex. : l'Assurance Maladie).

⁵ (DGS, 2008)

⁶ (cf. *supra* art. 5)

Il s'agissait donc de construire un outil d'évaluation *ex-ante* c'est-à-dire conçu en même temps que l'a été le PRAPS, *in itinere* pour le suivi de sa mise en œuvre pendant cinq années (2018-2022) et *post-ante* afin de permettre des réajustements de ses actions et objectifs. L'évaluation proposée peut être qualifiée non seulement de « **sommative** » parce qu'elle permet d'apprécier chaque année la mise en œuvre des objectifs du PRAPS dans chaque département mais aussi « **formative** » et « **participative** » car elle doit permettre aux référents PRAPS, comités départementaux d'animation et de suivi et comité régional de pilotage d'échanger et d'opérer des réajustements tout au long de sa mise en œuvre pour en améliorer la pertinence.

STRUCTURATION DU PRAPS 2018-2022 ET DE SON ÉVALUATION

Suite aux différentes phases de concertation, le PRAPS est structuré selon 6 principes transversaux, 5 objectifs stratégiques, 13 objectifs spécifiques et 27 objectifs opérationnels. Le problème posé par son évaluation est de construire un outil de reporting permettant **d'intégrer** les différents niveaux d'objectifs du programme à mettre en œuvre sur les territoires (régional et départementaux) et les fonctions attendues de l'évaluation.

Trois principes généraux ont guidé la construction de l'outil de reporting :

- Le premier est que chaque niveau d'objectif à évaluer posant des questions différentes, il est donc nécessaire de construire et d'utiliser des indicateurs de types différents et de procéder selon une démarche cumulative pour le recueil des données, chaque recueil nourrissant le suivant. Pour cela, est préconisé de commencer une évaluation « par le bas », celle des objectifs opérationnels, puis de remonter à celle des objectifs spécifiques pour alimenter *in fine* l'évaluation des objectifs stratégiques et des axes transversaux.
- Un deuxième principe a constitué à évaluer les articulations entre au moins deux niveaux d'objectifs (opérationnels-spécifiques, stratégiques-transversaux, opérationnels-stratégiques) afin d'éviter le risque de cloisonnement entre niveaux d'objectifs.
- Le troisième principe a consisté à s'appuyer sur les fonctions attendues de l'évaluation pour différencier trois étapes de la démarche d'évaluation et, de fait, le recueil de données pour l'outil de reporting :
 1. Réaliser des constats via des indicateurs quantitatifs de réalisation et des indicateurs qualitatifs de processus, de pertinence et d'ancrage territorial.
 2. Une fois ces constats recueillis, il s'agit de porter un jugement sur les niveaux de réalisation et de pertinence des objectifs en regard des besoins des territoires et d'analyser les freins et leviers à leur mise en œuvre.
 3. Cette démarche permet d'équiper la prise de décision concernant les régulations du PRAPS à opérer et les mises en œuvre « prometteuses » à valoriser.

MATRICE DE L'OUTIL DE REPORTING POUR UNE ÉVALUATION INTÉGRÉE DES NIVEAUX D'OBJECTIFS DU PRAPS : ÉTAPES, FONCTIONS ET TYPES D'INDICATEURS

En synthèse de ces principes visant à proposer une évaluation intégrée, la trame de l'outil de reporting est présentée ci-dessous et fait l'objet d'un tableau synthétique en fin de document. Les indicateurs proposés à ce stade doivent être challengés, au vu de leur pertinence pour répondre aux questions posées et de la complexité ou non de leur recueil. Le groupe projet régional a prévu de réaliser cet exercice avant la validation finale.

ÉTAPE 1. Constaté les mises en œuvre des objectifs opérationnels du PRAPS et repérer les actions les plus « prometteuses »

Fonction 1 : d'information, de suivi et de valorisation

Niveau(x) d'objectif(s) à évaluer : objectifs opérationnels (27 fiches-actions)

- **Question 1 :** qui (porteurs) fait quoi (actions) dans le département ?
- **Types d'indicateurs :** quantitatifs de réalisation
- **Données à renseigner :** pour chaque objectif opérationnel, renseigner les indicateurs d'évaluation de chaque fiche action (27)
- **Question 2 :** Dans votre département, quelle action mise en œuvre jugez-vous « exemplaire » ou « prometteuse » ?
- **Types d'indicateurs :** qualitatifs de processus
- **Données à renseigner :** une fiche de renseignement détaillée

ÉTAPE 2A. Évaluer le niveau et type de partenariat, de réalisation et d'ancrage territorial des objectifs opérationnels mis en œuvre.

Fonction : Porter un jugement

Niveau(x) d'objectif(s) à évaluer : objectifs opérationnels

- **Question 1 :** Quel est le nombre et le type de partenaires mobilisés pour chaque objectif opérationnel ?
- **Types d'indicateurs :** Indicateurs de processus,
- **Données à renseigner :** Nombre et catégories de partenaires
- **Question 2 :** Selon vous, quel est le niveau de réalisation de chaque objectif opérationnel ?
- **Types d'indicateurs :** de réalisation
- **Données à renseigner :** Choisir un score entre : 1. non réalisé, 2. réalisé mais peu satisfaisant, 3. réalisé assez satisfaisant, 4. réalisé satisfaisant, 0. ne sait pas (NSP), Vide. Non réponse (NR)
- **Question 3 :** Selon vous, les objectifs opérationnels sont-ils adaptés aux besoins du territoire ?
- **Types d'indicateurs :** d'ancrage territorial et commentaires libres
- **Données à renseigner :** Choisir un score entre : 1. pas du tout, 2. faiblement, 3. en partie, 4. tout à fait, 0. ne sait pas (NSP), Vide. Non réponse (NR).

ÉTAPE 2B. Analyser les mises en œuvre.

Fonction 3 : Repérer leurs freins et leviers et les articulations entre niveaux d'objectifs

Niveau(x) d'objectif(s) à évaluer : objectifs spécifiques

- **Question 1 :** Selon vous, quels sont les freins et les leviers à la mise en œuvre des objectifs spécifiques
- **Types d'indicateurs :** de processus
- **Données à renseigner :** tableau freins et leviers
- **Question 2 :** Pour chaque objectif spécifique, les publics visés étaient surtout ?
- **Types d'indicateurs :** de réalisation
- **Données à renseigner :** 1 réponse au choix entre publics précaires ou professionnels
- **Question 3 :** Selon vous, l'objectif opérationnel est-il pertinent pour répondre à l'objectif spécifique ?
- **Types d'indicateurs :** de processus
- **Données à renseigner :** Pour chaque objectif opérationnel, choisir un score entre : 1. pas du tout, 2. faiblement, 3. en partie, 4. tout à fait, 0. ne sait pas (NSP), Vide. Non réponse (NR).
- **Question 4 :** Selon vous les objectifs spécifiques sont-ils adaptés aux besoins du territoire ?
- **Types d'indicateurs :** d'ancrage territorial et commentaires libres
- **Données à renseigner :** Pour chaque objectif spécifique, choisir un score entre : 1. pas du tout, 2. faiblement, 3. en partie, 4. tout à fait, 0. ne sait pas (NSP), Vide. Non réponse (NR). Commentaires libres.

ÉTAPE 3. Apprécier l'articulation des niveaux d'objectifs et prendre des décisions pour l'année suivante

Fonction 4 : de régulation et de prospective

Niveau(x) d'objectif(s) à évaluer :

- **Question 1 :** Selon vous, la mise en œuvre des objectifs stratégiques a-t-elle pris en compte les axes transversaux ?
- **Types d'indicateurs :** de processus et d'ancrage territorial
- **Données à renseigner :** tableau croisé objectifs stratégiques/axes transversaux en attribuant un score à chaque croisement : 1. pas du tout, 2. un peu, 3. assez bien, 4. totalement, 0. ne sait pas (NSP), Non réponse (NR vide)
- **Question 2 :** Pour chaque objectif stratégique, pouvez-vous dire quels sont les objectifs opérationnels qu'il faudrait ?
- **Types d'indicateurs :** de processus
- **Données à renseigner :** pour chaque objectif opérationnel, choisir un score entre : 1. arrêter, 2. réduire, 3. améliorer, 4. maintenir, 0. ne sait pas (NSP, Vide. Non réponse (NR)
- **Question 3 :** Selon vous, quels sont les deux objectifs stratégiques à renforcer en priorité sur votre territoire l'année prochaine ?
- **Types d'indicateurs :** prospective
- **Données à renseigner :** Noter les deux objectifs stratégiques. Joindre les comptes rendus des comités départementaux d'animation et de suivi du PRAPS.

RESPONSABILITÉ, FORME ET FRÉQUENCE DE RENSEIGNEMENT DE L'OUTIL DE REPORTING

L'outil de reporting prendra la forme d'un fichier informatique (de type Excel comprenant 4 feuilles) à renseigner chaque année de la mise en œuvre du PRAPS 2018-2022. Il sera accompagné d'un guide d'utilisation afin de garantir un renseignement adéquat des différents indicateurs et fera l'objet d'un pré-test avant 2018. Les données recueillies ainsi que les comptes rendus des comités d'animation et de suivi de chaque département feront l'objet d'une analyse (quantitative et qualitative) annuelle par la Plateforme AAPRISS permettant de rendre compte des mises en œuvre du PRAPS au niveau départemental et régional. Ces analyses seront présentées au Comité de pilotage régional.

CONCLUSION

L'outil de reporting proposé vise à répondre à un **objectif de cohérence** entre pertinence du PRAPS à évaluer, fonctions attendues de l'évaluation, objectifs de différents niveaux et types d'indicateurs retenus sans multiplier outre mesure les indicateurs à renseigner et alourdir le recueil de données. Il doit ainsi permettre la mise en œuvre d'une **évaluation intégrée** des différents niveaux d'objectifs du PRAPS (2018-2022) en facilitant la coordination des différentes parties prenantes de l'évaluation (comité régional de pilotage, comités départementaux d'animation et de suivi et référents départementaux et régionaux) et partenaires mobilisés.

LE TABLEAU CI-DESSOUS RÉCAPITULE LA MATRICE D'ÉVALUATION ET LES 3 ÉTAPES/4 FONCTIONS PERMETTANT DE RENSEIGNER L'OUTIL DE REPORTING DU PRAPS

Niveaux d'objectifs	Responsabilité	Étapes / Fonctions	Types d'indicateurs	À renseigner
Actions structurantes (n = 30)	Référents PRAPS DD Comités d'animation et de suivi (13)	Étape 1) Informer, suivre, valoriser Étape 2a) Porter un jugement	- de réalisation quantitatifs et qualitatifs - de processus - d'ancrage territorial	Feuilles 1 et 2 - indic. éval. (27 FA) - fiche « action prometteuse » - 4 questions
↑ Opérationnels (n = 13) ↓	Référents PRAPS DD Comités d'animation et de suivi (13)	Étape 2a) Porter un jugement Étape 2b) Analyser	- de processus - de réalisation - d'ancrage territorial	Feuille 3 - 1 tableau - 6 questions
↓ Priorités d'actions (n = 5) Enjeux Transversaux (n = 6) ↑	Référents PRAPS DD Comités d'animation et de suivi (13) Comité de pilotage régional (1)	Étape 2b) Analyser Étape 3) Décider et anticiper	- de pertinence - Outil de reporting renseigné - CR Comités d'animation et de suivi	Feuille 4 - 1 tableau - 2 questions



ARS OCCITANIE
Agence régionale de santé Occitanie
26-28 Parc-club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel
CS 30001
34067 MONTPELLIER Cedex 2
04 67 07 20 07

www.occitanie.ars.sante.fr



OCCITANIE
SANTÉ2022

www.prs.occitanie-sante.fr