



**Programme régional d'accès à la
prévention et aux soins des personnes
les plus démunies
- PRAPS - 2018-2022**

VERSION 2

AU 05 FEVRIER 2018

SOMMAIRE

1	- PREAMBULE	2
2	- LES GRANDS PRINCIPES DU PRAPS BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	3
2.1	Un PRAPS qui tient compte de l'évaluation des programmes antérieurs.....	3
2.2	Un PRAPS au périmètre défini	4
2.2.1	Un programme centre sur les personnes les plus démunies	4
2.2.2	Les publics ciblés par le PRAPS en Bourgogne-Franche-Comté	6
2.3	Un PRAPS conforté par les autres priorités de l'Agence	7
2.4	Le PRAPS : outil fédérateur et complémentaire des autres politiques publiques	8
2.5	Un PRAPS qui donne toute sa place et la parole aux usagers	9
3	- LES OBJECTIFS GENERAUX ET OPERATIONNELS DU PRAPS BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE.....	10
3.1	Un défi à relever : répondre aux besoins de santé des plus démunis.....	10
3.2	Des objectifs définis.....	12
4	- LES MODALITES CONCRETES DE MISE EN OEUVRE DU PRAPS BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	17
4.1	Les actions ciblées (cf. : annexe fiches mise en œuvre opérationnelle du PRAPS).....	17
4.2	Les moyens financiers à mobiliser.....	19
4.3	Le suivi et l'évaluation du PRAPS.....	20
5	- UN COLLECTIF CONTRIBUANT AU RECUL DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE.....	21
5.1	Le plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale	21
5.2	La politique de la Ville.....	21
5.3	Le plan « Répondre au défi des migrations »	22
5.4	Le programme national pour l'alimentation	22
5.5	Le Planir et les actions de l'Assurance maladie	23
5.6	La prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) et les cellules locales de coordination	25
5.7	La CARSAT et les actions sociales	25
5.8	La Mutualité sociale agricole (MSA)	26
5.9	Les Caisses d'allocations familiales (CAF)	26
5.10	Les Conseils départementaux.....	26
5.11	Actions des Centres communaux d'action sociale (CCAS)	27
6	- ANNEXE : FICHES MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE DU PRAPS BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE .	29
6-1	Place des usagers en tant qu'acteurs de leur santé.....	30
6-2	Accessibilité et appropriation de l'information	32
6-3	Mobilisation pour une approche globale de la santé des personnes en situation de précarité	34
6-4	Accessibilité et appropriation des droits à la santé	38
6-5	Adaptation et personnalisation de l'accompagnement vers la santé	40
6-6	Optimisation de la prise en charge médico-sociale et organisation des relais de transition vers le droit commun.....	44
6-7	Observation et analyse du parcours de santé des personnes en situation de précarité	53

1 - PREAMBULE

Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) pour les personnes les plus démunies a été instauré par la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

La loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) le conforte en tant que programme obligatoire des PRS (projets régionaux de santé) portés par les ARS. Ces derniers conclus pour une période de 5 ans sont arrivés à échéance fin 2016.

Le 26 janvier 2016, la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé, s'est donné pour objectif de poursuivre la lutte contre les inégalités territoriales et sociales de santé, en s'appuyant sur la construction de parcours de santé, c'est-à-dire une prise en charge dans la proximité et la continuité. Le décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé pris en application de l'article 158 de la loi (*TITRE IV CHAPITRE 1 : renforcer l'animation territoriale conduite par les ARS*), précise que le PRAPS est constitutif du programme régional de santé (PRS).

Ce programme a pour ambition de faire reculer les inégalités de santé en relation avec l'exposition de certaines populations à la précarisation, la pauvreté et l'exclusion sociale. Cette vision doit être commune à l'ensemble des acteurs qui, sur notre territoire régional et quel que soit leur champ de mission, agissent auprès de ces populations. Le PRAPS Bourgogne Franche-Comté est donc construit, sera mis en œuvre et évalué autour de trois principes majeurs :

- la conception d'une stratégie partagée avec ces acteurs, tant à l'échelon régional que territorial, dans une recherche de complémentarité et de cohérence entre nos missions, plans, programmes et dispositifs réciproques ;
- la prise en compte de la parole de l'utilisateur ;
- la mise en place, à l'échelon régional et territorial, d'actions prioritaires permettant de répondre aux besoins des plus fragiles d'entre nous et fondées sur une approche globale de leur santé.

2 - LES GRANDS PRINCIPES DU PRAPS BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE

2.1 Un PRAPS qui tient compte de l'évaluation des programmes antérieurs

Déclinés entre 2012 et 2017 dans les premiers projets régionaux de santé de l'ex ARS de Franche-Comté et de l'ex ARS de Bourgogne, les deux PRAPS précédents ont fait l'objet d'un premier constat commun mettant en exergue les points forts et les points de fragilité.

Points forts :

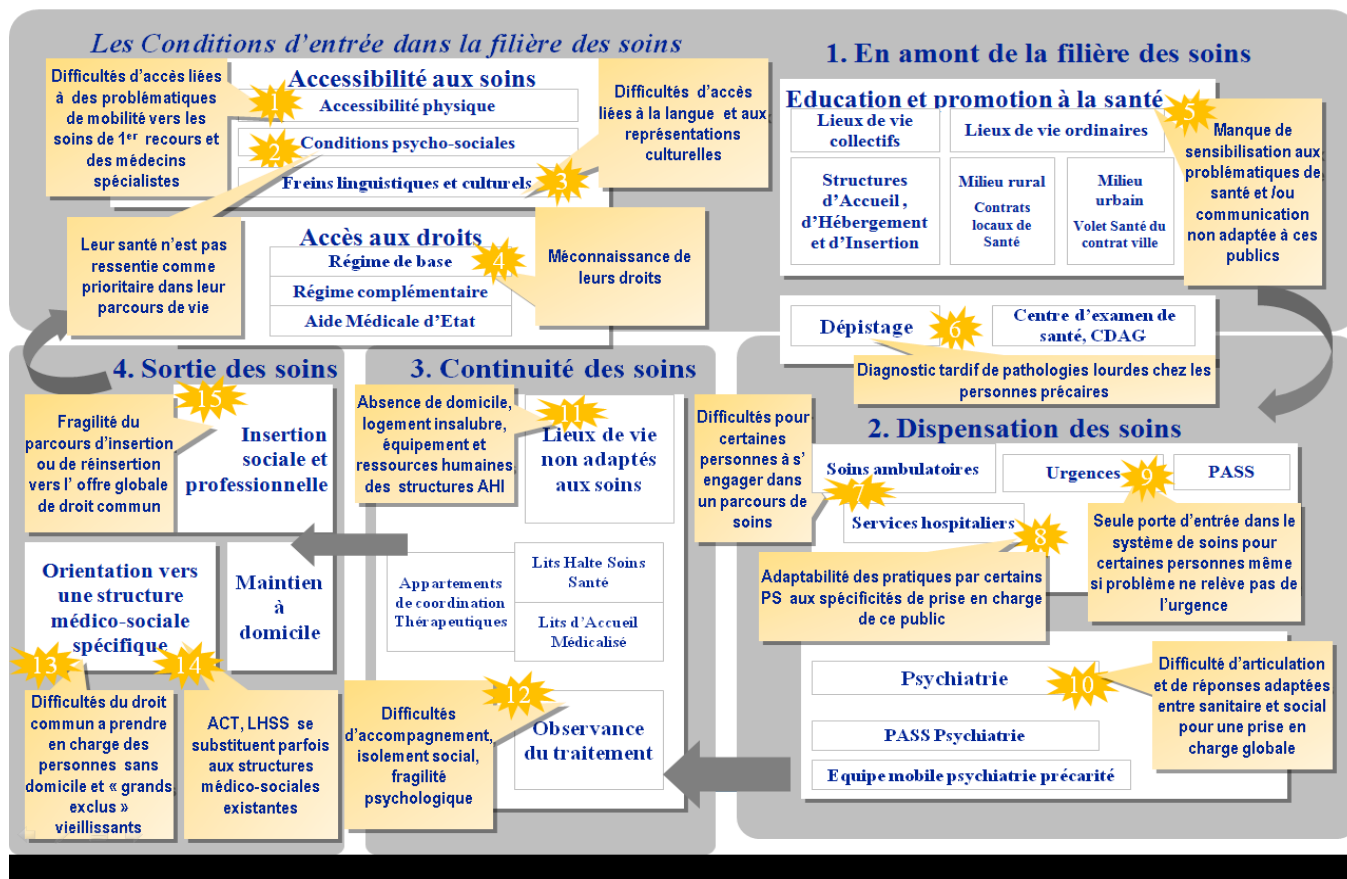
- Les actions de prévention conduites au plus près de leur lieu de vie, notamment au sein des quartiers prioritaires, au sein de structures sociales ou dans le cadre de contrats locaux de santé conclus en milieu rural, permettent progressivement à ces publics de bénéficier de l'offre de prévention et d'éducation à la santé, offre dont ils étaient éloignés socialement et/ou territorialement.
- L'accès aux soins et leur continuité dans un environnement favorable a été conforté et développé par des dispositifs et structures médico-sociaux permettant d'assurer cet accès et de prévenir la rupture des soins engagés, d'aider à l'insertion ou la réinsertion dans l'offre de santé de droit commun, de prévenir des situations de précarisation liées à l'état de santé (Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), Lits halte soins santé (LHSS), Appartements de coordination thérapeutique (ACT), Equipes mobiles de psychiatrie précarité (EMP), Ateliers santé mentale de proximité.

Points de vigilance :

- la dispersion des actions et parfois l'absence de complémentarité entre projets conduits sur un même territoire, des difficultés de mobilité liées aux zones rurales ou semi-rurales, et une offre médico-sociale pour populations spécifiques à mieux répartir ;
- le manque de coordination persistant souvent entre secteur sanitaire, social et médico-social, amplifié par l'absence de dispositifs et d'instances de coordination ou des dysfonctionnements au sein même de l'existant ;
- la perfectibilité de l'évaluation ;
- Les lacunes dans la recherche et la consolidation de relais pour pérenniser les effets en aval de l'action ;
- le manque de ressources locales (professionnels de santé, travailleurs sociaux, réseaux associatifs) sur certains territoires et une offre médico-sociale pour populations spécifiques à mieux répartir ;
- l'insuffisance de la transition vers l'offre de droit commun ;
- l'hétérogénéité des pratiques et du fonctionnement de dispositifs spécifiques (permanences d'accès aux soins de santé, lits halte soins santé, appartements de coordination thérapeutique).

Par ailleurs, en fonction des territoires et/ou des publics, des points de rupture restent prégnants sur les sujets suivants : cf. schéma.

Parcours de santé des personnes en situation de précarité-vulnérabilité



2.2 Un PRAPS au périmètre défini

2.2.1 Un programme centre sur les personnes les plus démunies

Le législateur a souhaité que le PRAPS soit centré sur les personnes les plus démunies. La pauvreté concerne les personnes dont le très faible niveau de ressources matérielles, culturelles et sociales ne leur permet pas d'accéder à des conditions de vie sociétale acceptables. En France, la plupart des personnes pauvres bénéficient de minima sociaux : Allocation adulte handicapé (AAH), Revenu de solidarité active (RSA) ... Par ailleurs, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère comme vulnérables les personnes dont la capacité ou liberté de donner ou refuser leur consentement est limitée. Cette notion de vulnérabilité se retrouve au sein de groupes parmi lesquels figurent : les personnes bénéficiaires de prestations ou d'une aide sociale ainsi que les chômeurs, les patients des services d'urgence, certains groupes ethniques minoritaires, les sans-abri, les nomades, les réfugiés, demandeurs d'asile ou les personnes déplacées, les détenus, les patients atteints d'une maladie incurable, les personnes sans représentation politique et les membres de communautés non familiaires avec les notions médicales modernes.

En Bourgogne-Franche-Comté, en 2013 le taux de pauvreté était de 13 % dans la population (14,5 % en France métropolitaine)¹.

Au 31 décembre 2015, le taux de population couverte par le revenu de solidarité active (RSA total) était de 6,6 % (7,7 % en France métropolitaine). Les taux les plus faibles sont enregistrés dans le Jura (5%) et dans la Côte d'Or (5,3 %), les taux les plus élevés pour la région sont également plus élevés que le taux national. Ils concernent la Nièvre (8,1 %), l'Yonne (8,5%) et le Territoire de Belfort (8,8 %).

Fin 2015, en Bourgogne – Franche-Comté, la part des bénéficiaires des allocations versées par les Caf est de 43 %, soit 4 % de moins que la moyenne nationale. Cette valeur varie de 38 % à 46 % selon les départements². Ces prestations représentent au moins la moitié des revenus de 22 % de ces personnes et la totalité de ces derniers pour 12,4 % de ces allocataires (respectivement 23,5 % et 14 % en France métropolitaine).

Au sein de notre région, au 31 décembre 2014 2,3% des jeunes de moins de 21 ans sont pris en charge par l'ASE (aide sociale à l'enfance) contre 1,9 % en France métropolitaine³.

Le profil social de nos territoires génère des inégalités de niveau de vie au sein de notre région. Les 5 aires urbaines les plus importantes de notre région Dijon, Besançon, Chalon-Sur-Saône, Dole, Beaune ont une dynamique démographique positive et résistent mieux en matière économique que le reste du territoire. Celle du Nord Franche-Comté (Belfort, Montbéliard, Héricourt) connaît une fragilisation économique. Les pôles urbains de Nevers, Sens et Auxerre affichent des difficultés économiques et une démographie déclinante. Le Creusot et Montceau les Mines perdent de la population et des emplois. La partie Est de notre région (Pontarlier, Villers le Lac, Morteau, Mouthe...) a un profil particulier du fait de la frontière avec la Suisse attractive en matière d'emplois frontaliers. Cette attractivité résidentielle influence la pression foncière et développe les inégalités sociales. La grande partie de l'Ouest de notre région (Morvan, Ouest de la Côte d'Or et Nord-Ouest de la Haute-Saône) est, quant à elle, confrontée à des soldes naturels et migratoires négatifs avec un isolement très marqué de ces habitants : hyper ruralité, faible densité, vieillissement de la population, faiblesse des ressources financières, manque d'équipements et de services.

Les 58 QPV (quartiers prioritaires de la ville) de notre région représentent 4% des QPV du niveau national. En 2016, entre l'ancienne et la nouvelle géographie prioritaire de la ville, 28 quartiers étaient sortis de cette catégorie dont 16 en Bourgogne et 12 en Franche-Comté. Le Territoire de Belfort est le seul département ayant eu des QPV supplémentaires (+2)⁴.

¹ Lecrenais Christine et al. En Bourgogne Franche-Comté, des inégalités et une pauvreté plus faibles que la moyenne. Insee Analyses Bourgogne 2015 ; 12 : 4 p. En ligne : https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/2130313/ina_12.pdf

² Portrait social région Bourgogne – Franche-Comté. Paris : CAF, 2016, 2 p. En ligne : <http://blog.caf-bourgogne.fr/wp-content/uploads/2016/08/Caf-Publication-r%C3%A9gionale-BFC.pdf>

³ Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Bourgogne Franche-Comté (DRDJSCS). Panorama statistique Jeunesse, sports, vie associative et cohésion sociale Bourgogne Franche-Comté 2016. Dijon : DRDJSCS, 2017, p. 41. En ligne : http://bourgogne-franche-comte.drdjcs.gov.fr/sites/bourgogne-franche-comte.drdjcs.gov.fr/IMG/pdf/bfc_2016.pdf

⁴ Chassard Mélanie et al. 58 quartiers de la politique de la ville en Bourgogne Franche-Comté : un cumul de fragilités. Insee Analyses Bourgogne – Franche-Comté, 2016, 4 p. En ligne : https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/2019624/bf_ina_05.pdf

L'ensemble des QPV de notre région regroupe 140 000 habitants. Les taux de pauvreté dans ces quartiers sont supérieurs à ceux de leur unité urbaine d'appartenance (44 % en moyenne contre 16 %). 25 % des ménages qui y vivent y perçoivent une allocation chômage contre 17 % dans les unités urbaines d'appartenance ; 80 % des habitants n'ont pas de diplôme ou un diplôme inférieur au baccalauréat. Par ailleurs, les familles sont souvent des familles nombreuses ou monoparentales.

Au 1^{er} janvier 2015, notre région dispose de 3756 places de logement/hébergement pour adultes et familles en difficulté. Le taux d'équipement régional en places d'hébergement est de 2,7 places pour 1000 adultes âgés de 20 à 59 ans (2,1 en France métropolitaine). Ce taux varie de 4,3 places en Côte d'Or à 1 place dans l'Yonne.

Concernant l'hébergement social, la Bourgogne-Franche-Comté compte 2003 places dans les centres d'accueil non conventionnés au titre de l'aide sociale et 1757 places dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

En termes de logement accompagné, 4378 places sont installées en 2016 dans les résidences sociales, 726 dans les pensions de famille et résidences accueil. Les foyers jeunes travailleurs comptaient 1580 places et les foyers travailleurs migrants 774 places.

Au 1^{er} janvier 2018, sur notre territoire régional, 2 999 places de CADA (Centre d'accueil de demandeurs d'asile), 1 000 places d'HUDA (Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile), 290 places d'ATSA (Accueil temporaire service asile), 339 places de PRAHDA (Programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile), 170 places en MADA (Maison d'accueil pour demandeurs d'asile) et 138 places en CPH (centre provisoire d'hébergement) sont destinées aux demandeurs d'asile et réfugiés⁵.

Dans notre région, la précarité dans l'habitat est marquée. Ainsi, 230 000 ménages sont en situation de «bas revenu dépenses élevées» pour leur logement soit 18,7 % des ménages (11 % en France). Cette proportion excède 27 % à l'Est de la Nièvre, à l'Ouest de la Côte d'Or et de la Haute-Saône et au Sud de la Saône et Loire^{6 7}. De plus, 5 % des logements de notre région seraient considérés comme indignes, ce poids étant particulièrement élevé en Haute-Saône, Nièvre et Yonne.

2.2.2 Les publics ciblés par le PRAPS en Bourgogne-Franche-Comté

Le périmètre de ce programme est toujours délicat à déterminer. Le choix a été fait en Bourgogne-Franche-Comté de prioriser les publics ci-dessous. Ce choix tient compte des éléments décrits précédemment et du fait que plusieurs facteurs (culturels, sociaux, économiques...) impactent le parcours de vie des personnes et de fait leur parcours santé, les éloignant ainsi de notre système de santé, voire les excluant :

⁵ Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Bourgogne Franche-Comté (DRDJSCS). Panorama statistique Jeunesse, sports, vie associative et cohésion sociale Bourgogne Franche-Comté 2016. Dijon : DRDJSCS, 2017, p. 30. En ligne : http://bourgogne-franche-comte.drdjcs.gov.fr/sites/bourgogne-franche-comte.drdjcs.gov.fr/IMG/pdf/bfc_2016.pdf

⁶ Observatoire national de la précarité énergétique (ONPE). Les chiffres-clés de la précarité énergétique. Edition n° 1. Paris : ONPE, 2015, 36 p. En ligne : http://onpe.org/sites/default/files/pdf/tableau_de_bord/chiffres_cles.pdf

⁷ Mirault Audrey et al. Un ménage sur trois exposé à la vulnérabilité énergétique en Bourgogne – Franche-Comté. Insee Flash Franche-Comté 2015 ; 23 : 2 p. En ligne : https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/1304073/fc_inf_23.pdf

- personnes désocialisées et/ou relevant de structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, et du logement accompagné ;
- migrants ;
- habitants de logement insalubres et/ou indignes ;
- habitants des quartiers prioritaires et des quartiers en veille active ;
- personnes précaires en milieu rural ;
- personnes en situation de précarisation du fait de la chronicisation de leur pathologie ;
- personnes sous-main de justice/sortants de prison.

Au regard de caractéristiques et de besoins objectivés localement, des projets déclinés territorialement pourront cibler, au sein de ces publics, des profils populationnels spécifiques. Pour exemple : familles monoparentales, jeunes, mineurs étrangers isolés ...

Pour ces publics, le PRAPS devra au travers des projets priorités qui lui seront rattachés et d'une articulation et complémentarité efficientes avec l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante (actions, dispositifs, structures) :

- contribuer à la préservation et au développement de leur capital santé ;
- prendre en compte les facteurs psycho-sociaux, tout au long de la chaîne des soins ;
- rechercher l'insertion ou la réinsertion dans l'offre de droit commun.

2.3 Un PRAPS conforté par les autres priorités de l'Agence

La plus grande vigilance sera également mise en œuvre pour assurer la transversalité de ce programme et sa complémentarité avec les autres parcours, projets et politiques de santé portés par l'Agence afin que ces derniers contribuent activement, sur notre territoire régional, à la réduction des inégalités sociales de santé.

Ainsi, parmi les treize parcours structurant le PRS, certains devront s'attacher à développer une attention particulière en faveur des populations précaires :

- Le parcours nutrition : il conviendra de poursuivre les actions développées et jugées pertinentes sur les territoires fragiles, par exemple dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville.
- Le parcours addictions : l'approche population précaire et sous-main de justice sera prise en compte dans les travaux de ce parcours. La réflexion pourra porter sur plusieurs pistes d'actions: la construction de parcours types par profil de personnes prise en charge pour favoriser les articulations entre professionnels du social, de la santé et de la justice, mise en place de démarche formation/action dans une dynamique pluri-professionnelle, objectivation des besoins de développement de solutions d'hébergement et d'accompagnement renforcé en dressant un état des lieux des dispositifs spécifiques existants.
- Le parcours cancer : il s'agira de poursuivre les actions ciblées de dépistage des cancers du sein, colorectal, col de l'utérus.
- Le parcours santé mentale : l'approche population précaire sera prise en compte dans les futurs dispositifs de coordination en santé mentale : Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et Contrats territoriaux de santé mentale (CTSM).

- Le parcours maternité parentalité : l'approche des femmes en situation de précarité devra être prise en compte dans le cadre du recours à une contraception choisie et adaptée, dans la mise en place d'actions facilitant l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), dans le développement de l'entretien prénatal précoce.
- Le parcours développement de l'enfant : l'accent sera mis sur l'approche prévention afin de prévenir les retards de développement de l'enfant, la prévalence des retards étant particulièrement sensible dans un environnement socio-économique défavorisé.
- Le parcours adolescents et jeunes adultes : l'articulation se construira autour, notamment, des maisons de l'adolescent pour améliorer la prise en charge globale des jeunes en situation de précarité.
- Le parcours personnes âgées : la complémentarité reposera sur une prise en charge renforcée des personnes âgées isolées en milieu rural.
- Le parcours personnes en situation de handicap : l'articulation avec ce parcours permettra une meilleure transition entre structures médico-sociales pour populations spécifiques et celles de l'offre de droit commun.

De même, trois priorités de l'ARS seront mobilisées pour activer les leviers destinés à améliorer la prise en charge de la santé des populations précaires :

- Le renforcement des soins de proximité contribuera à la mise en œuvre des projets de santé des maisons de pluri-professionnelle (MSP). Ces projets de santé devront intégrer l'approche accompagnement vers la santé des populations précaires, les points de vigilance sur les comportements de renoncement aux soins, les démarches contribuant à la réintégration dans le droit commun.
- Les groupements hospitaliers territoriaux (GHT) via les projets médicaux partagés (PMP) devront inscrire, dans un souci de renforcement du fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), des logiques de temps partagés d'intervention de professionnels de santé faisant défaut sur certains sites.
- L'habitat insalubre ou indigne fera l'objet d'une complémentarité renforcée entre ce programme et le plan régional santé environnement 3.

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

Pour faire reculer les inégalités sociales de santé sur notre territoire régional, ce programme doit s'appuyer sur un partenariat volontariste entre acteurs institutionnels, associatifs, collectivités territoriales, professionnels du champ sanitaire, social, médico-social, mutualiste et usagers. La transversalité et la fluidité de l'articulation entre les différentes mais néanmoins complémentaires politiques publiques déployées sur notre territoire régional est le socle de ce programme (cf. : Partie 5. Un collectif contribuant au recul des inégalités sociales de santé).

2.5 Un PRAPS qui donne toute sa place et la parole aux usagers

La dynamique de participation citoyenne est renforcée pour recueillir et prendre en compte la parole des publics les plus fragiles auxquels s'adresse spécifiquement ce programme. Ils sont usagers du système de santé et doivent être étroitement associés au PRAPS afin de leur permettre de devenir acteurs de leur prise en charge.

La région dispose d'un Conseil régional des personnes accueillies ou accompagnées (CRPA), co-porté par la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) et la Fondation Armée du Salut de Belfort. Cette instance est un lieu d'échanges et d'écoute très important qu'il convient de promouvoir et de développer afin que la parole des personnes accueillies contribue réellement aux politiques publiques. Son objectif est de promouvoir la participation des personnes concernées en tant qu'outil de lutte contre les exclusions, mode de gouvernance, droit à l'exercice de la citoyenneté et méthode de co-construction des politiques publiques. Il est aussi sollicité localement au niveau départemental, dans de nombreuses instances (suivi des Plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALHPD), ...).

La participation des personnes en situation de pauvreté et de précarité est l'un des six grands principes structurant le Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale⁸, il en est de même du PRAPS. Ainsi, le CRPA est membre du Copil du plan de lutte contre la pauvreté et du Comité stratégique du parcours précarité/PRAPS.

Sur les territoires, la déclinaison de ce programme associera étroitement les publics à la construction, au suivi et à l'évaluation des projets qui leur sont destinés.

⁸ Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale : bilan 2013-2014 et feuille de route 2015-2017. Paris : Gouvernement, 2015, 46 p.
En ligne : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_feuille_de_route_2015-2017_plan_pauvrete.pdf

3 - LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OPÉRATIONNELS DU PRAPS BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE

3.1 Un défi à relever : répondre aux besoins de santé des plus démunis

La précarité s'accompagne d'un risque accru de morbidité, particulièrement en ce qui concerne la santé mentale, les maladies transmissibles et les dépendances aux différents toxiques (alcool, drogues psychotropes) et de faible recours aux soins. Par ailleurs, ces populations défavorisées, notamment les plus pauvres et les exclus, présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres dues notamment à des conditions de vie difficiles et un recours tardif aux soins.

En 2015, 9 % des habitants de notre région de 16 ans et plus affiliés au régime général étaient bénéficiaires de la CMU – C (couverture maladie universelle – complémentaire). Ce pourcentage est le plus faible dans le Jura (6,5 %) et le plus élevé dans le territoire de Belfort (12,1 %) où il est supérieur au pourcentage national (10,8 %)⁹. Toutes les personnes qui pourraient bénéficier de la CMU-C n'y recourent pas. Ainsi en 2013, le taux de recours régional était de 67 % soit plus élevé qu'en France métropolitaine (63,1 %). Le taux le plus important de recours de nos 8 départements était de 77 % (Territoire de Belfort) et le plus faible de 61, 5 % (Jura)¹⁰.

Dans notre région, les taux de mortalité prématurée sont préoccupants (décès avant 65 ans pour 100 000 habitants, années 2011-2012-2013). Ils sont plus élevés que les taux de la France métropolitaine qu'il s'agisse des hommes comme des femmes.

Taux de mortalité prématurée Hommes : BFC : 269, 4. France métropolitaine : 257, 7¹¹.

Au sein de la population masculine, le taux de mortalité prématurée liée à l'alcoolisme est important dans la Nièvre (45,9) et l'Yonne (33,8), supérieurs aux taux de la région (34) et de la France métropolitaine (28,2). Les mêmes départements présentent les plus importants taux en ce qui concerne les tumeurs Nièvre (113,1), Yonne (111,4), Région (98,4), France métropolitaine (93,8). Le département de la Nièvre est également concerné par le taux de mortalité prématurée liée à l'appareil circulatoire le plus important (44,8). Avec les départements du territoire de Belfort (42,3) et de l'Yonne (42,2), ils sont supérieurs aux taux de la région (35,7) et de la France métropolitaine (34,7). C'est également dans la Nièvre (29,2) ainsi que dans le Jura (29,5) où les taux liés au suicide sont les plus préoccupants. Ce dernier est de 25,4 dans notre région et de 20,1 en France métropolitaine.

⁹ Projet régional de santé Bourgogne – Franche-Comté 2018-2027 : diagnostic régional. Dijon : ORS Bourgogne Franche-Comté, 2017, 114 p. En ligne : <https://www.orsbfc.org/wp-content/plugins/google-document-embedder/load.php?d=http%3A%2F%2Fwww.orsbfc.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2017%2F11%2FDiagnostic-r%C3%A9gional-PRS2.pdf>

¹⁰ Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Bourgogne Franche-Comté (DRDJSCS). Chiffres-clés édition Bourgogne Franche-Comté 2017. Dijon : DRDJSCS, 2017, 40 p. En ligne : http://www.prefectures-regions.gouv.fr/bourgogne-franche-comte/content/download/35763/241879/file/DRJSCS_BROCH-CHIFFRES-CLES_0617.pdf

¹¹ Statistiques et indicateurs de la santé et du social Bourgogne – Franche-Comté. Statiss 2016. Dijon : ARS Bourgogne Franche-Comté, 2017, 68 p. En ligne : <http://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Statiss2016.pdf>

Taux de mortalité prématurée chez Femmes : BFC : 123,5. France métropolitaine : 119,9¹².

Hormis le suicide, le constat est identique en ce qui concerne les causes et les départements les plus touchés. Alcoolisme : Nièvre (11,3). La Côte d'Or présente aussi un des taux les plus élevés de nos 8 départements (8,1). Tumeurs : Nièvre (70,7). Yonne (70,4). Région (61,6). France métropolitaine (56,7). Appareil circulatoire : Nièvre (15,4). Yonne (15,9). Région (12,1). France métropolitaine (11,7). En ce qui concerne le suicide, le taux est préoccupant en Haute-Saône (9,8) et dans le Territoire de Belfort (9). Région (7,1). France métropolitaine (6,2).

En Bourgogne-Franche-Comté parmi ces décès, 67,9 % seraient évitables par des changements de comportements individuels et 32,1 % par un recours plus précoce et plus approprié aux dispositifs de soins. Notre région dispose de cinq CES (centres d'exams de santé) et d'une antenne. En 2015, ces derniers ont réalisé 23 884 examens périodiques de santé (EPS). 23,1 % des personnes ayant bénéficié d'un EPS présentaient une atteinte bucco-dentaire, 19,8 % un défaut de vaccination, 12,8 % un indice de masse corporel correspondant à une obésité, 2,2 % une hypertension et un 1,7 % un diabète.

En 2016, le renoncement aux soins pour raisons financières a concerné 21 % des ménages dont le revenu net mensuel par UC (unité de consommation) était inférieur à 900 €, 15 % des ménages dont le revenu par UC était compris entre 900 et 1299 €, 9 % des ménages dont le revenu par UC était compris entre 1700 et 2299 € et 4 % des ménages dont ce revenu était supérieur à 2300 €. 74 % de ces renoncements pour raisons financières avaient concerné des soins dentaires, 33 % des consultations médicales, 30 % la lunetterie, 26 % d'autres soins (Source : ORS).

Or, nous savons que la plus mauvaise santé de groupes sociaux défavorisés pose un problème spécifique en s'analysant comme un cumul de désavantages qui s'aggravent mutuellement, chacun constituant une circonstance défavorable pour l'autre. Une partie de la mortalité prématurée s'avèrerait «évitable» par une modification de certains comportements individuels et l'amélioration de la prise en charge des personnes par le système de soins, en particulier la prévention de certaines pathologies par le dépistage.

Dès lors dans les réponses à apporter aux besoins de santé des publics, le PRAPS BFC ne dissocie pas leur parcours de santé de leur parcours de vie et reprend également à son compte les deux stratégies portées par le concept de littératie en santé (concept défini comme permettant "*au public et au personnel travaillant dans des domaines reliés à la santé de trouver, comprendre, évaluer, communiquer et utiliser de l'information ; [c'est] l'utilisation d'une vaste gamme de compétences qui aident les gens à agir selon l'information reçue pour être en meilleure santé ; ces compétences comprennent la lecture, l'écriture, l'écoute, la communication orale, le calcul et l'analyse critique, de même que des compétences en communication et en interaction*"¹³) :

1. agir sur les individus et leur environnement direct (maîtrise de la langue, réseau social, ressources psychosociales, registre culturel, système éducatif...);
2. agir sur les systèmes et les acteurs : disponibilité et accessibilité de l'information, qualité de la communication, organisation des systèmes de santé et de la société au sens large.

¹² Statiss Bourgogne Franche-Comté 2016

¹³ Coleman C, Kurtz-Rossi S, McKinney J, Pleasant A, Rootman I, Shohet L. La charte de Calgary pour la littératie en santé : justification et principes fondamentaux du développement de programmes de littératie en santé. Montréal : Centre d'alphabétisation, 2008, 4 p. En ligne : http://bv.cdeacf.ca/RA_PDF/148807.pdf

3.2 Des objectifs définis

À l'issue d'une concertation et de travaux partenariaux conduits dans le cadre du Comité stratégique du parcours précarité, six objectifs généraux du PRAPS, déclinés chacun en objectifs opérationnels, ont été fixés. Un objectif transversal à l'ensemble de ce programme a été fixé afin que l'utilisateur soit l'acteur central à privilégier tout au long de sa mise en œuvre.

Les actions à mettre en place soit à l'échelon régional, soit à l'échelon territorial, dans le cadre des fiches annexées au programme contribueront à l'atteinte de ces objectifs. Des indicateurs pouvant être suivis annuellement ont été retenus qui contribueront à évaluer et mesurer la mise en œuvre opérationnelle du PRAPS.

Objectif Transversal : impliquer, à chaque étape et à chaque échelon, les publics concernés dans la construction et la déclinaison du programme

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Associer les représentants des personnes en situation de précarité à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi globaux du parcours précarité/PRAPS
- Prendre en compte les attentes, les besoins et la parole des personnes en situation de précarité en les associant à l'élaboration et à l'évaluation des projets qui leur sont destinés

Résultats attendus pour les publics concernés :

Leur parole est écoutée et leurs attentes et besoins sont pris en compte. Une meilleure connaissance par les personnes en situation de précarité des dispositifs, des institutions et des professionnels ainsi que de leurs réalités de travail, favorise une réelle participation.

Cf fiche : Place des usagers en tant qu'acteurs de leur santé.

Indicateur :

- Taux de projets déclinés dans le cadre du PRAPS qui associent les publics à l'élaboration et au suivi du projet qui leur est destiné (cible : 100 % en 2022)

Objectif général n°1 : favoriser une communication et une diffusion de l'information adaptées aux publics du PRAPS

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Développer des outils de communication et d'information sur les dispositifs et structures sanitaires, sociaux et médico-sociaux présents localement dans le champ de la santé en associant les publics à la démarche
- Accompagner les publics ne maîtrisant pas, ou peu, le numérique

Résultats attendus pour les publics concernés :

L'information dispensée permet aux publics de développer des choix favorables à leur santé.

Cf fiche : Accessibilité et appropriation de l'information.

Indicateurs :

- Taux d'actions déclinées dans le cadre du PRAPS intégrant un support de communication et d'information lisible et compréhensible par les bénéficiaires prioritaires du PRAPS (cible : 100 % en 2022)

Objectif général n°2 : renforcer l'interconnaissance entre acteurs pour une approche globale de la santé des publics en situation de précarité et une meilleure transition vers l'offre de droit commun

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Mobiliser et renforcer les compétences des acteurs en matière de prise en charge globale de ces publics afin d'assurer la continuité du parcours de vie/parcours de santé
- Favoriser les temps et les outils de coordination sur les territoires de proximité pour améliorer l'interconnaissance entre professionnels du sanitaire, du social, du médico-social, et élus
- Rendre visible et articuler ce programme pour une meilleure complémentarité avec les autres politiques publiques, les parcours et projets prioritaires de l'Agence et pour une déclinaison efficiente sur les territoires tenant compte des caractéristiques locales

Résultats attendus pour les publics concernés :

La mobilisation et une meilleure connaissance par les acteurs des besoins spécifiques de ces publics facilitent leur insertion et/ou réinsertion dans l'offre de droit commun.

Cf fiche : Mobilisation pour une approche globale de la santé des personnes en situation de précarité.

Indicateurs :

- Taux de contrats locaux de santé (CLS) intégrant une action de sensibilisation, de formation pluri professionnelle ou d'échanges de pratiques ayant pour finalité d'améliorer l'approche globale de la santé de ces publics par les acteurs locaux (cible : 70 % en 2022. *(le territoire régional devrait être couvert à terme par 38 CLS)*)
- Taux d'actions mises en œuvre dans le cadre du PRAPS construits en pluri-partenariat (cible : 100 % en 2022)
- Taux de centres de formation initiale (IFSI, IRTS) ayant mis en place un module sur l'approche globale en santé des personnes en situation de précarité

Objectif général n°3 : faciliter et optimiser les démarches administratives

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Faciliter les démarches d'ouverture des droits et conforter leur continuité
- Conforter les dispositifs PLANIR et PFIDASS proposés par l'Assurance Maladie grâce aux partenariats développés via le PRAPS

Résultats attendus pour les publics concernés :

Leurs droits sont utilisés.

Cf fiche : Accessibilité et appropriation des droits à la santé.

Indicateurs :

- Nombre de conventions signées dans le cadre du déploiement du dispositif PLANIR
- Nombre de personnes accompagnées dans l'accès aux soins via PLANIR
- Nombre de signalements « PFIDASS » par les partenaires
- Nombre de personnes accompagnées dans l'accès aux soins via PFIDASS

👉 Objectif général n°4 : adapter les réponses d'accès à l'offre de prévention et aux soins permettant de prévenir le risque de sortie du droit commun ou conduisant vers celui-ci

Cet objectif se décline en 5 objectifs opérationnels :

- Mettre en place une articulation cohérente dans le champ de la prévention entre l'approche par le collectif et l'individuel
- Inscrire le dépistage des pathologies chroniques dans un accompagnement pluri-professionnel et pluridisciplinaire du repérage au diagnostic, jusqu'à l'accès aux soins
- Favoriser, via les partenariats, l'information et l'accès à l'offre de service des centres d'examen de santé de l'assurance maladie, proposée aux personnes en situation de précarité
- Aller vers les personnes socialement les plus éloignées du système de santé et de son offre de droit commun pour leur permettre de l'intégrer ou de le réintégrer
- Organiser territorialement le parcours santé des publics identifiés dans le plan migrants


Résultats attendus pour les publics concernés :

Leur santé est ressentie comme prioritaire, ils adoptent des comportements favorables à cette dernière. Les pathologies lourdes sont diagnostiquées précocement et l'entrée dans les soins est accompagnée.

Cf fiche : Adaptation et personnalisation de l'accompagnement vers la santé.

Indicateurs :

- Taux de quartiers prioritaires politique de la ville (QPV) dans lesquels est déployée une action qui inscrit le dépistage d'une pathologie chronique dans un accompagnement pluri-professionnel et pluridisciplinaire du repérage au diagnostic, jusqu'à l'accès aux soins (cible : 70 % des QPV en 2022)
- Taux d'actions axées sur la prévention mis en œuvre dans le cadre du PRAPS proposant simultanément une action collective sur une thématique de prévention et un accompagnement personnalisé des bénéficiaires vers un bilan de santé ou autres soins (cible : 100 % en 2022)
- Taux de bénéficiaires d'actions de type « aller vers » mises en œuvre dans le cadre du PRAPS ayant engagé des soins (cible : 70 % en 2022)
- Nombre d'exams de santé ciblés sur les publics en situation de précarité dans les centres d'exams de santé de l'assurance maladie

 **Objectif général n°5 : déployer les conditions d'une offre médico-sociale, sanitaire et sociale permettant une prise en charge globale et de qualité**

Cet objectif se décline en 6 objectifs opérationnels :

- Diversifier et conforter l'offre médico-sociale pour populations spécifiques
- Prévenir le risque discriminatoire dans l'accessibilité aux structures et dispositifs médico-sociaux de « droit commun » relevant du champ de l'autonomie (personnes âgées/personnes handicapées) en favorisant le lien entre ce dernier et celui du social
- Développer et conforter les missions des permanences d'accès aux soins de santé
- Structurer une interface de proximité entre secteur psychiatrique et structures sociales (articulation avec le parcours psychiatrie santé mentale (Projets territoriaux en santé mentale, conseils locaux en santé mentale)
- Prévenir les ruptures des soins engagés liées à un défaut d'articulation entre secteur hospitalier et secteur social
- Optimiser le parcours de santé des personnes sous main de justice et des sortants de prison


Résultats attendus pour les publics concernés :

La mobilisation de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale est garante d'une prise en charge globale et permet l'engagement dans un parcours de soins et sa continuité.

Cf fiche : Optimisation de la prise en charge médico-sociale et organisation des relais de transition vers le droit commun.

Indicateurs :

- Taux de permanences d'accès aux soins de santé disposant d'un temps médical dédié et formalisé (cible : 100 % en 2020. *La région dispose en 2017 de 20 PASS*)
- Taux du maillage régional de l'offre en lits halte soins santé (cible : 100 %. Soit, les 8 départements que compte la région disposeront de places LHSS. A ce jour, seuls la Côte d'Or, la Saône et Loire et le Doubs disposent de places en LHSS)
- Déploiement du dispositif « un chez soi d'abord » (cible : 105 bénéficiaires en 2022)
- Nombre de sorties d'hospitalisation accompagnées dans le cadre du dispositif SH GIE. Impa proposé par la CARSAT

 **Objectif général n°6 : s'inscrire, sur le territoire régional, dans une démarche permanente d'analyse des facteurs de moindre accès et recours aux soins des publics précaires afin de mieux prévenir les risques de rupture de leur parcours de santé**

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Disposer d'indicateurs pertinents sur la précarité et les risques de précarisation (logique quantitative)
- Identifier les points de défaillance dans l'accès et le recours aux soins (logique d'enquête qualitative)

Résultats attendus pour les publics concernés :

Les risques de rupture de leur parcours de santé sont mieux repérés et prévenus localement.

Cf fiche : Observation et analyse du parcours de santé des personnes en situation de précarité.

Indicateur :

- Renseignement annuel d'un outil de recueil de données qualitatives pertinentes directement corrélées aux facteurs de moindre accès et recours aux soins identifiés dans notre région

4 - LES MODALITES CONCRETES DE MISE EN OEUVRE DU PRAPS BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE

4.1 Les actions ciblées (cf. : annexe fiches mise en œuvre opérationnelle du PRAPS)

Les fiches annexées à ce programme sont rattachées, chacune, à un objectif général et précisent les actions qui pourront être déclinées afin d'atteindre les objectifs opérationnels ainsi que le rôle des échelons régional et territorial. Ces deux échelons complémentaires et indissociables seront garants de la fiabilité et de la viabilité de ce programme.

En effet, les facteurs de réussite reposent sur l'efficacité de sa déclinaison opérationnelle, notamment sur les territoires. Il ne s'agira pas en l'occurrence d'élaborer un « catalogue » d'actions mais bien de prioriser et de mettre en œuvre celles jugées les plus pertinentes et cohérentes au regard de besoins identifiés et objectivés dans un cadre partenarial.

Ces actions ne devront pas se juxtaposer à ce qui est déjà initié et porté par les partenaires institutionnels mais elles devront en être complémentaires si nécessaire, insuffler de nouvelles dynamiques afin d'amplifier le bénéfice santé pour ces publics, notamment en capitalisant les ressources existantes ou en palliant leur manque. De même, les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux et des professionnels de santé devront pouvoir s'ouvrir sur ces modalités d'accompagnement que sont les « ALLER VERS » et « FAIRE AVEC ».

Par ailleurs, la démarche d'associer les personnes à la définition des actions les concernant sera encouragée, notamment en incitant au développement de projets conçus pour elles mais avec elles.

Rôle de l'échelon régional dans la mise en œuvre du programme

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

- une répartition juste des moyens et de l'offre au sein de la région au regard des caractéristiques territoriales ;
- une harmonisation du fonctionnement et des pratiques au sein des structures et dispositifs médico-sociaux s'adressant spécifiquement aux publics prioritaires dans le programme ;
- un décloisonnement institutionnel efficace ;
- une meilleure connaissance des risques de précarisation sur notre territoire et une meilleure anticipation des risques de rupture des parcours de santé.

Rôle de l'échelon territorial dans la mise en œuvre du programme

Il assure la déclinaison de proximité de ce programme, notamment par le choix des priorités territoriales, la détermination, la planification et le suivi des actions qui seront mises en œuvre.

Afin de prévenir leur dispersion et d'être en mesure de mieux évaluer les bénéfices attendus, un nombre restreint d'actions sera arrêté par chaque délégation départementale de l'Agence dans un cadre de concertation partenariale institutionnelle.

Ces actions devront tenir compte des critères d'éligibilité du PRAPS en s'inscrivant dans le périmètre et les objectifs définis précédemment.

Elles devront :

- être co-construites, en étroite concertation et partenariat, avec les acteurs locaux (institutionnels, professionnels...);
- intégrer les modalités de l'évaluation (méthode, indicateurs, résultats attendus pour le public cible);
- associer les publics concernés par le projet dans la construction de ce dernier et dans son évaluation;
- rechercher la pérennisation des bénéfices attendus pour les publics en construisant les relais vers le droit commun.

Le choix de l'opérateur pourra être fait en fonction de sa connaissance du public ciblé par le projet ou de sa compétence dans le champ d'intervention. Les délégations départementales, confrontées à un manque de ressources locales pour mettre en œuvre une action jugée prioritaire, pourront s'appuyer sur l'échelon régional pour la recherche d'un promoteur.

Des partenariats favorisant la coordination et la complémentarité des acteurs devront être réalisés entre les champs du sanitaire, du médico-social, du social, de l'éducation nationale et de la justice. En effet, en fonction des situations, des liens étroits pourront être développés avec les services de soins palliatifs, les services de PMI, la protection de l'enfance, les acteurs de l'addictologie et de la santé mentale, les membres des communautés professionnelles territoriales de santé... Ces interconnaissances (interprofessionnelles et interdisciplinaires) permettront de mieux éviter les ruptures au sein des parcours de vie et parcours de soins, et de prévenir la précarisation de certaines situations.

Les actions priorisées pourront être déployées, en fonction de la stratégie arrêtée avec les partenaires, dans le cadre des dispositifs de contractualisation tels : contrats locaux de santé, contrats ville, contrats territoriaux de santé, contrats ruraux ou à l'échelon infra départemental, départemental ou inter départemental (ex : aire urbaine).

4.2 Les moyens financiers à mobiliser

Le fonds régional d'intervention (FIR)

Le PRAPS ne possède pas de moyens propres. Certains projets ne nécessiteront pas de sources de financement spécifique mais pourront recourir à l'appui du pilotage régional pour mobiliser et renforcer la complémentarité et l'articulation entre acteurs des champs sanitaire et social.

D'autres projets, notamment innovants particulièrement dans les territoires manquant de ressources locales ou les projets ciblant les publics les plus éloignés socialement de notre système de santé, nécessiteront dans le cadre de leur mise en œuvre et de leur déploiement de faire appel au FIR.

Ces financements sont non pérennes. Il est donc primordial de rendre lisibles et d'objectiver les besoins nécessaires à la mise en œuvre de l'action, de rechercher avec les partenaires les sources de co-financement, le partage ou la mise à disposition possibles de moyens logistiques et/ou humains.

Certains projets pourront avoir vocation, dans une perspective de montée en charge ou de mise en œuvre progressive, à s'inscrire sur la durée du programme (soit 5 ans). Dans ce cadre, les différentes étapes devront être détaillées dans le projet et ce dernier pourra faire l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou d'un avenant si le promoteur a déjà conclu un CPOM avec l'ARS.

Il est également nécessaire de prévoir pour tout projet, dès son élaboration, les modalités de son évaluation annuelle et de définir les indicateurs les plus pertinents à retenir en corrélation avec les objectifs poursuivis. La consolidation dans les relais de droit commun doit également être activement recherchée.

Les missions d'intérêt général (MIG)

Les MIG permettent le financement des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). La répartition de ces dernières sera établie chaque année sur la base d'un rapport d'activité annuel permettant d'évaluer la file active de ces dispositifs, mais aussi leur volet qualitatif, leur efficacité, la qualité de la réponse apportée sur leur territoire d'implantation à des besoins qui devront être objectivés.

Les crédits médico-sociaux

Les dépenses de fonctionnement des structures médico-sociales, appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits halte soins santé (LHSS), lits d'accueil médicalisé (LAM), sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie et relèvent à ce titre de l'ONDAM médico-social.

L'échelon national demande chaque année aux ARS de faire remonter leurs besoins afin d'attribuer un nombre de places prenant en compte le maillage national et les financements disponibles. L'argumentaire régional est également un facteur important dans la décision du national. Par conséquent, il faudra être en mesure d'évaluer l'activité et la qualité du service rendu sur notre territoire par ces structures et d'objectiver les besoins en termes de places.

4.3 Le suivi et l'évaluation du PRAPS

Modalités d'évaluation

En ce qui concerne l'échelon régional, le Comité stratégique du parcours précarité/PRAPS sera régulièrement mobilisé sur la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de ce programme.

Il est envisagé de le réunir une fois par semestre :

- La réunion du 1er semestre sera consacrée à la présentation du bilan du programme, évaluation de l'année n-1 et à une réflexion sur les ajustements, évolutions, enrichissements à apporter à la mise en œuvre du PRAPS.
- La réunion du second semestre sera consacrée à la programmation de l'année n+1.

En ce qui concerne la territorialisation du programme, chaque délégation départementale de l'Agence mobilisera ses partenaires et opérateurs de terrain conformément aux règles de la charte partenariale qu'elle aura adoptée pour décliner sur son territoire le PRAPS : il s'agira de réaliser un bilan/évaluation de l'année n-1 des actions mises en œuvre sur leur territoire, et de définir le plan d'actions de l'année n+1 en fonction des évolutions constatées et en concertation avec l'échelon régional.

Indicateurs de suivi

- Chaque action formalisée doit prévoir ses modalités d'évaluation. Cette évaluation doit faire l'objet d'une double approche, au-delà du bilan quantitatif sur la base d'indicateurs chiffrés et financiers, il s'agit d'avoir le souci de réaliser un bilan qualitatif objectif.
- Une approche globale de la mise en œuvre du programme sera également réalisée par l'échelon régional du parcours précarité/PRAPS et fera l'objet d'un rapport annuel.

Résultats attendus

Les résultats attendus sont définis pour chaque objectif opérationnel et dans chaque fiche action initiée sur la période de mise en œuvre du PRAPS, soit sur la période 2018-2022. Une fiche renseignée annuellement permettra de suivre et d'évaluer tout au long de la mise en œuvre de ce programme, et pour chaque objectif général, les projets mis en œuvre pour l'atteindre. Le plan d'actions cible a été écrit dans cette logique.

5 - UN COLLECTIF CONTRIBUANT AU RECUL DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Une transversalité fluide et cohérente avec les différentes politiques publiques portées et déployées sur notre territoire régional par les partenaires institutionnels et collectivités territoriales est le socle commun de ce programme. Assurer cette transversalité permettra sa mise en œuvre efficiente au bénéfice des populations les plus démunies de notre territoire. Il est donc important de rappeler ici ces différentes politiques publiques.

5.1 Le plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale

Le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale s'est terminé le 31 décembre 2017. Adopté en janvier 2013 après une large concertation, les objectifs ambitieux qui y figurent ont tous été traduits par des mesures concrètes et les politiques d'accès à l'emploi, aux soins, à l'éducation, au logement et les aides aux familles intègrent désormais pleinement la nécessité de s'adresser aux personnes les plus fragiles.

Son lien étroit avec le PRAPS est évident puisqu'il renforce le rôle de bouclier social des politiques publiques. En Bourgogne-Franche-Comté, la feuille de route régionale et les feuilles de routes départementales fixent les priorités pour les années 2016 et 2017. L'axe prioritaire n° 1 intègre le renforcement de l'accès aux droits la question de l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies. Les feuilles de route départementales prévoient également des actions concrètes comme l'accès et le maintien dans le logement des personnes souffrant d'addictions et de troubles psychiques (Côte d'Or et Saône-et-Loire), le renforcement des coopérations entre le sanitaire et le social pour l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques (Doubs, Jura, Territoire-de-Belfort), l'accès à la santé pour les jeunes précaires de 16 à 25 ans (Nièvre) et des actions en faveur de la prévention et de la promotion de la santé pour les publics les plus vulnérables (Nièvre, Territoire-de-Belfort, Yonne).

Une nouvelle démarche est en cours. Elle porte une nouvelle stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté, pour que les enfants pauvres d'aujourd'hui ne soient pas les adultes pauvres de demain. Les enjeux sont d'une part, de porter une nouvelle ambition, qui replace la prévention au cœur des politiques sociales et mette en œuvre des stratégies d'investissement social pour s'attaquer aux causes de la pauvreté, et d'autre part, passer d'une logique de déclinaison de mesures, à celle d'une mobilisation des acteurs au service d'une stratégie partagée.

5.2 La politique de la Ville

La santé est un facteur déterminant du développement local et de la lutte pour l'égalité des chances. C'est une composante essentielle de la politique de la ville dont l'impact sur les autres politiques publiques (éducation, transport, logement, politique économique...) concourt significativement à la réduction des inégalités sociales et spatiales. Elle est à ce titre l'une des thématiques prioritaires des nouveaux contrats

de ville dont l'ambition est de réduire les écarts significatifs de bien-être des populations habitant les quartiers populaires par rapport à l'ensemble du territoire urbain.

Les diagnostics de santé, réalisés par quartiers, ont été indispensables à l'élaboration des contrats de ville, pour objectiver les situations socio-économiques, sanitaires et sociales les plus marquantes à l'échelle des unités urbaines et des quartiers. Ils ont permis également de guider les choix des actions à mener et à inscrire au volet santé du contrat de ville afin de définir un programme réel de développement de l'accès aux soins pour les habitants concernés par le dispositif en mobilisant autant que possible le droit commun.

5.3 Le plan « Répondre au défi des migrations »

Depuis l'été 2015, la France se mobilise pour accueillir les migrants fuyant les zones de conflits comme la Syrie, l'Erythrée ou encore le Soudan. En région Bourgogne-Franche-Comté (BFC), les associations et services de l'Etat se sont fortement mobilisés pour le déploiement d'un ensemble de réponses à la situation migratoire, notamment par la création de 22 centres d'accueil et d'orientation (CAO) totalisant 722 places fin 2017. Ces capacités viennent compléter les 4 628 places du dispositif d'accueil des demandeurs d'asile en Bourgogne-Franche-Comté.

Le 12 juillet 2017 a été présenté un nouveau plan d'action pour « garantir le droit d'asile et mieux maîtriser les flux migratoires ». Ce plan s'articule autour de plusieurs objectifs dont celui d'améliorer le traitement des demandes d'asile et les conditions d'accueil. Le délai d'examen des demandes d'asile, par l'OFPRA puis par la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) sera ramené à 6 mois en moyenne, par des mesures d'organisation portant sur chaque étape de la procédure et par le renforcement des moyens sur l'ensemble de la chaîne de l'asile. Ce plan prévoit également le renforcement des capacités d'accueil et d'intégration des réfugiés qui s'établiront à plus de 5 620 places en BFC pour la fin de l'année 2018.

5.4 Le programme national pour l'alimentation

La loi de modernisation de l'agriculture et de la pêche du 27 juillet 2010 innove profondément en élevant l'alimentation au rang d'objet de politique publique. Celle-ci est définie par le Gouvernement dans le programme national pour l'alimentation (PNA).

Cette loi a fait émerger un domaine commun qui rapproche les ministères en charge de la santé, de l'alimentation et de la cohésion sociale : l'aide alimentaire qui recoit pour la première fois une définition. Celle-ci a pour objet la fourniture de denrées alimentaires aux personnes les plus démunies et est ainsi placée à la croisée de deux sujets majeurs : la pauvreté d'une part et l'alimentation d'autre part. La loi introduit également de nouvelles dispositions ayant pour objectif de réorganiser le système d'allocation des moyens aux associations d'aide alimentaire dans le cadre d'une procédure d'habilitation dont les conditions doivent permettre de garantir la fourniture de l'aide alimentaire sur une partie suffisante du territoire et sa distribution auprès de tous les bénéficiaires potentiels.

La loi d'avenir pour l'agriculture du 13 octobre 2014 a confirmé les objectifs de la politique de l'alimentation, regroupés en 4 axes prioritaires dont celui de la justice sociale. Ce public est également celui du PRAPS.

Une approche de l'aide alimentaire qui élargit les perspectives

La Direction régionale de l'alimentation, l'agriculture et la forêt (DRAAF) tente d'ouvrir des voies nouvelles de réflexion en ne limitant plus l'aide alimentaire à la question des volumes de denrées mais en l'élargissant à ce que représente le dispositif actuel par rapport aux besoins théoriques des bénéficiaires potentiels de la région.

Selon les données INSEE de 2015¹⁴, la région Bourgogne Franche-Comté compte 354 000 personnes pauvres. Le besoin théorique de ces personnes (consommation moyenne d'un français estimée par ConsoGlobe), serait de plus de 310 000 tonnes d'aliments/an sous toutes leurs formes. Or en 2015, le tonnage cumulé de produits alimentaires redistribués par les trois Banques alimentaires de la région est de l'ordre de 1,5% de ces besoins, sans compter les ramasses ou collectes organisées par les autres associations et qui sont du même ordre de grandeur.

Ces chiffres montrent la faible couverture des besoins théoriques des personnes démunies par le dispositif d'aide alimentaire actuel. La capacité marginale de ce dernier porte également dans des mesures variables sur la couverture territoriale, la connaissance et l'orientation des personnes pauvres par les services sociaux, le fonctionnement des associations (logistique, compétences, disponibilités, organisation). Ces derniers points sont autant d'axes d'actions possibles.

Les priorités de la DRAAF

1 - Replacer l'aide alimentaire dans une problématique plus générale d'accès physique, économique, social, culturel... des plus démunis à l'alimentation de qualité et dans des conditions satisfaisantes. Participation au ROSS (Réseau d'observation sociale et sanitaire).

Suite aux premiers travaux, la DRAAF a demandé que la question de l'accès des personnes pauvres à une alimentation de qualité et dans des conditions satisfaisante soit retenue comme sujet à travailler collectivement au sein du ROSS. L'objectif du ROSS est en effet d'apporter une lecture croisée des enjeux, des approches et des outils d'aide à la décision.

2 - Accompagner les structures d'aide alimentaire pour une montée en compétences.

La DRAAF soutient un programme d'échange de pratiques entre associations, dont l'objectif est favoriser une montée en compétence des bénévoles, en fonction de leurs besoins. Il pourra également déboucher sur des propositions d'accompagnement de type formation, en interne ou en externe.

5.5 Le Planir et les actions de l'Assurance maladie

La première étape pour un accès aux soins pour tous est que chaque personne puisse faire valoir ses droits à l'Assurance maladie et accéder à une complémentaire santé.

¹⁴ Bordet-Gaudin Régine et al. Diagnostic territorial en appui au plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Insee Dossier Bourgogne Franche-Comté 2017 ; 5 : 38 p. En ligne : https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2665009/bf_ind_05.pdf

Depuis le 1er janvier 2016, la mise en place de la Protection universelle maladie (PUMA) a considérablement simplifié l'ouverture des droits aux frais de santé pour l'ensemble des personnes présentes sur le territoire en situation régulière. Pour celles qui seraient en situation irrégulière, l'Aide médicale d'Etat (AME) apporte une solution. L'accès aux soins des personnes à faibles ressources est facilité par la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et par le dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Le développement du tiers payant, obligatoire en 2017 pour les personnes bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS, les femmes enceintes, les personnes en affection de longue durée (ALD), est un appui complémentaire pour éviter au patient d'avancer les frais.

Le suivi de l'absence de dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, et le rôle des conciliateurs des CPAM dans les cas de refus de soins/difficultés d'accès aux soins contribuent également à l'accès aux soins pour tous.

Dans certaines situations spécifiques, en fonction des politiques d'Action Sanitaire et Sociale validées par les Conseils des CPAM, des aides individuelles peuvent être délivrées.

Les crédits dédiés à la prévention, dans le cadre de l'enveloppe nationale FNPEIS, sont également déployés en priorité pour favoriser l'accès aux soins des plus fragiles.

Si différents leviers de l'AM peuvent contribuer à l'accès aux soins, et si aujourd'hui toute personne résidant en France a des droits, l'accès aux droits et donc aux soins reste encore pour certaines personnes une démarche compliquée. Confrontée à ce constat, l'Assurance maladie a développé depuis 2014 dans l'ensemble de son réseau une démarche visant à prévenir et réduire le non recours aux droits et aux soins, les incompréhensions et les ruptures de parcours. Formalisée au plan national et local dans un programme intitulé « Planir » (Plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions et des ruptures), cette démarche associe dans chaque département les services de la CPAM, du service médical, le Centre d'examen de santé et de la CARSAT (service social de l'Assurance maladie, action sociale) pour construire en commun et mener à bien des démarches d'accompagnements des assurés.

Ces actions, de terrain, s'appuient sur un repérage des populations les plus vulnérables et la mise en place d'un accompagnement adapté. Elles sont d'autant plus efficaces qu'elles associent les partenaires institutionnels ou associatifs qui assurent le relais auprès de ces publics : Missions locales, CCAS, CAF, écoles de la 2^e chance, Secours populaire, centres d'accueil des demandeurs d'asile, services sociaux des hôpitaux, Pass, service en charge de l'aide sociale à l'enfance... Dans chaque département, un socle commun d'actions est déployé autour des jeunes, de l'ASE, des Pass, de l'Udaf, de la Cimade... Le partenariat est formalisé dans des conventions, et se concrétise par des circuits spécifiques entre le partenaire et les services de la CPAM et de la CARSAT (service social de l'Assurance maladie, action sociale), l'identification d'interlocuteurs privilégiés, l'information et la formation régulière des partenaires. Il intègre l'accès aux droits, mais également la connaissance des offres de prévention, dans une perspective de rendre les personnes accompagnées plus autonomes et actrices de leur santé.

Sur les années 2018 et suivantes, l'Assurance maladie en Bourgogne-Franche-Comté a pour ambition d'aller plus loin dans cette coordination, en mettant en place un accompagnement personnalisé de l'accès aux droits jusqu'à la réalisation des soins pour des personnes en situation de renoncement aux soins. Plusieurs plateformes d'intervention départementales pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS) seront déployées

en région dès 2017. Ce nouveau dispositif vise à renforcer encore la détection des non-recours aux soins, et la résolution des situations rencontrées.

5.6 La prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) et les cellules locales de coordination

Lors d'un arrêt de travail, le risque de précarisation des assurés s'accroît en cas d'altération des capacités de travail que ce soit pour maladie, accident du travail, maladie professionnelle ou invalidité. La durée d'arrêt de travail, lorsqu'elle concerne les personnes qui relèvent des marqueurs de précarité, implique la plupart du temps un risque d'aggravation de la situation sociale et un éloignement des réalités professionnelles, voire un risque de rupture de contrat de travail. La mise en place de cellules locales (dans chaque département) de coordination permet la détection la plus précoce possible d'éventuelles difficultés à la reprise du travail en vue de :

- lever les obstacles sociaux qui s'opposeraient à la reprise du travail ;
- favoriser les actions de maintien dans l'emploi, et maintenir le salarié dans une dynamique professionnelle ;
- éviter une rupture d'indemnisation, source de précarisation afin :
 - d'améliorer par l'interdisciplinarité la détection, le signalement, le développement, le traitement et le suivi des actions de prévention de la désinsertion professionnelle,
 - de coordonner les actions de l'Assurance maladie pour une offre de service efficiente, harmonisée et la plus homogène possible en direction des personnes en arrêt de travail en difficultés d'insertion professionnelle.

5.7 La CARSAT et les actions sociales

Le service social de la CARSAT a pour mission de contribuer au développement des conditions nécessaires à la santé en faveur des personnes en situation de précarité et ayant un problème d'accès aux soins. Le service social est un acteur majeur dans la prévention des populations les plus fragiles et les plus éloignées du système de soins.

En collaboration avec le réseau de l'Assurance-maladie, le service social (CARSAT) adresse une offre de service (individuelle et /ou collective) aux personnes éligibles au chèque-santé et les incite à le mobiliser. Il met en place des parcours prévention santé pour des publics fragilisés par des problèmes de santé et des publics bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (minima sociaux, usagers des dispositifs d'insertion). Il intervient également de manière pro-active au bénéfice des assurés du régime général à partir de leur 3ème mois d'arrêt maladie.

Dans le cadre du plan proximité avancée en âge (P3A), la CARSAT propose des actions concertées entre ses services Retraite, Action sociale, Service social et les CPAM.

La CARSAT dispose depuis 2011 d'un outil de recensement des situations d'exclusion des soins afin de réaliser une veille sociale. Dans leur pratique professionnelle quotidienne, les assistants de service social de l'Assurance maladie, sont à même d'observer des situations d'exclusion des soins.

A partir de règles méthodologiques (neutralité, vérification ...), le service social a recueilli, quantifié, catégorisé les données, afin d'objectiver plus de 600 situations d'exclusions des soins en 2015.

5.8 La Mutualité sociale agricole (MSA)

En complément de la protection sociale légale, la MSA mène des actions à caractère sanitaire et social, et développe, seule ou en partenariat, des services adaptés aux besoins de ses bénéficiaires et des populations rurales.

5.9 Les Caisses d'allocations familiales (CAF)

Les actions en vue de l'amélioration de l'accès aux droits et la lutte contre le non recours aux prestations sociales et familiales se concrétisent au niveau des caisses d'allocations familiales (CAF) par :

- La mise en œuvre des rendez-vous des droits : le rendez-vous des droits consiste à étudier l'ensemble des aides au titre des dispositifs gérés par la branche famille, et dans un cadre partenarial, à informer et orienter au titre des dispositifs gérés par les autres opérateurs. A titre d'exemple, bénéficie de ce dispositif l'ensemble des allocataires qui sont reçus par les travailleurs sociaux dans le cadre des offres de service sur les thématiques logement (impayés de loyer, accédants à la propriété en difficulté et habitat indigne) et séparation.
- La prise en charge dans les lieux d'accueil CAF du public en difficulté dans l'usage des outils numériques pour l'ouverture des droits aux prestations CAF et RSA et de manière plus globale le renforcement du partenariat entre la CAF et tout organisme recevant du public : pour tout organisme qui reçoit du public, pour quel que motif que ce soit, la CAF peut proposer une offre aux professionnels de ces organismes afin de mieux connaître les circuits et procédures de contact avec la CAF (notamment le site internet CAF.fr). Ce qui permet à ces organismes de mieux conseiller et orienter leurs propres usagers qui auraient des questionnements concernant la CAF, étant entendu que la CAF garde la charge de donner la réponse in fine à l'allocataire. Cette offre de service peut intéresser plus particulièrement les organismes voulant s'engager dans une démarche de réduction de la fracture numérique, internet devenant de toute façon le mode de contact de 1er niveau que l'administration française dans son ensemble va privilégier dans les années à venir. La démarche peut également aboutir le cas échéant véritablement à une forme de labellisation CAF, qui garantit au partenaire un accompagnement pérenne de la CAF dans cette fonction d'orientation.

5.10 Les Conseils départementaux

La Loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République, prévoit que dans chaque département, l'Etat et le département élaborent conjointement, d'ici fin 2017, un schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public. Ce schéma définit, pour une durée de six ans, un programme d'actions destiné à renforcer l'offre de services dans les zones présentant un déficit d'accessibilité des services. Il comprend un plan de développement de la mutualisation des services sur l'ensemble du territoire départemental et dresse une liste des services au public existant sur le territoire départemental, leur localisation et leurs modalités d'accès. Les services de santé sont concernés, qu'ils soient publics ou privés, directement accessibles ou par voie électronique.

Ces schémas, en cours d'élaboration, pourront faire le lien avec les contrats de ruralité, qui, à l'instar des contrats de ville, coordonnent les moyens financiers et prévoient l'ensemble des actions et des projets à conduire en matière d'accessibilité aux services et aux soins, de développement de l'attractivité, de redynamisation des bourgs-centres, de mobilité, de transition écologique ou, encore, de cohésion sociale.

L'accueil social inconditionnel de proximité (ASIP) dans le cadre des SDASP doit permettre de coordonner les réponses de premier niveau à apporter aux usagers. Les Conseils départementaux en tant que chefs de file de l'action sociale, sont les maîtres d'œuvre de cette coordination. Leurs équipes de travailleurs médico-sociaux sont en première ligne pour rencontrer, accompagner et orienter les publics fragiles, à tous les âges de la vie, notamment en matière d'accès aux droits.

Ils portent l'offre de service des Départements en matière de santé pour les femmes enceintes, les adolescent(e)s, les jeunes enfants : les services de protection maternelle et infantile (PMI) proposent une offre de consultations médicales de prévention pour les enfants jusqu'à 6 ans, avec mise en œuvre du calendrier vaccinal. Cette offre repose sur un maillage territorial de lieux de soins, et bénéficie notamment aux plus démunis. De même le suivi des femmes enceintes, à domicile ou en centres de consultations prénatales, s'adresse notamment aux femmes en situation de vulnérabilité. Enfin les centres de planification familiale proposent une offre médicale et sociale de prévention et soins en matière d'accès à la contraception.

Les mineurs isolés étrangers sont confiés au conseil départemental. Ils sont pris en charge complètement et ont un accès aux soins. La réalisation d'un bilan de santé est une des premières actions réalisées au moment de leur prise en charge. A suivre à terme, l'accès à une offre psychiatrique adaptée à la prise en charge de ce public (culture différente, histoire de vie ...).

Les Conseils départementaux conduisent aussi les actions de prise en charge des personnes en perte d'autonomie et participent, en tant que co-signataires des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements et structures médico-sociaux (ESMS) avec l'ARS, à l'évolution de l'offre médico-sociale. Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) contribuent aux diagnostics des CPOM et orientent les personnes cumulant situation de précarité et handicap vers les solutions de droit commun.

La politique d'action sociale que les conseils départementaux portent sur l'ensemble de leur territoire est déployée en lien avec les centres communaux d'action sociale (CCAS) et les centres intercommunaux d'action sociale (CIAS) existants.

5.11 Actions des Centres communaux d'action sociale (CCAS)

Dans le cadre de leurs missions, les Centres Communaux d'Action Sociale luttent contre le non-recours aux droits et accompagnent les plus précaires. De nombreuses actions sont initiées dans le cadre des orientations définies par les conseils municipaux.

En matière de soins, les CCAS favorisent l'accès aux droits de santé et soutiennent l'accès aux soins des personnes les plus en difficultés à travers les orientations suivantes :

- La promotion de la mutualisation soit à travers l'incitation et l'accompagnement vers la CMU-C ou l'ACS pour les personnes pouvant prétendre à ces 2 dispositifs, soit dans le cadre d'une

proposition de mutuelles solidaires garantissant tout à la fois, une offre mutuelle adaptée à la situation des personnes et un tarif négocié ;

- L'engagement dans une convention CPAM/UDCCAS permettant, grâce à une coopération entre travailleurs sociaux des CCAS et agents de la CPAM, un traitement rapide des situations complexes pouvant retarder une ouverture de droit ou le traitement d'une situation pouvant conduire à un refus ou un retard de soins ;
- Le relais et la promotion des actions de sensibilisation et des campagnes nationales en matière de prévention/santé.

Ces 3 axes sont développés par la majorité des CCAS adhérents à l'Union départementale des CCAS (UDCCAS) du Doubs, seule union départementale de notre territoire régional. Les CCAS des communes les plus importantes de ce département sont également engagés dans des actions telles que la gestion de Lits Halte Soins Santé, l'animation d'Ateliers-Santé, l'accueil mutualisé des publics (CPAM/CCAS), l'animation d'ateliers permettant à la personne de se réapproprier son parcours de santé, l'accompagnement individuel (et physique parfois) vers un parcours santé personnalisé, la gestion du service de promotion vaccinal...

L'UDCCAS, en lien avec les acteurs de la santé du territoire, organise, à destination des élus et des équipes des CCAS, des journées de réflexion sur les diverses thématiques en lien avec la santé. Elle reste un partenaire privilégié pour travailler, avec l'ensemble des acteurs, dans la proximité des personnes en difficultés (accès aux droits, souffrance psychique,...).

Pour conclure : Fédérer

Au regard de ces différents plans, programmes, actions et dispositifs déjà mis en œuvre sur notre territoire, des logiques de complémentarité, de cohérence et de cohésion restent à développer pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion. Il s'avère donc fondamental que le PRAPS s'inscrive dans une démarche de transversalité avec les partenaires institutionnels et collectivités territoriales de l'Agence. Afin de garantir cette transversalité et cette dynamique partenariale, une charte pluri partenariale de ce programme sera construite et formalisée, au premier trimestre 2018, avec les membres du comité stratégique du parcours précarité vulnérabilité.

Enfin, les acteurs qu'ils œuvrent dans le champ sanitaire, social, médico-social, qu'ils relèvent d'un secteur associatif, professionnel ou mutualiste contribuent activement et quotidiennement sur le terrain à faire reculer les inégalités sociales de santé sur notre territoire. Leur investissement doit également se traduire au travers d'une approche globale et partagée de la santé des personnes auxquelles ce programme est destiné, d'une articulation renforcée autour de leur parcours de vie.

C'est ainsi que le PRAPS permettra de faciliter l'inclusion des publics suivis dans une démarche de santé avec l'identification et le déploiement de réponses adaptées à leurs besoins et à leur parcours de vie et de meilleurs relais vers les dispositifs de droit commun.

6 - ANNEXE : FICHES MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE DU PRAPS BOURGOGNE- FRANCHE-COMTE

6-1 - Place des usagers en tant qu'acteurs de leur santé

Objectif Transversal : impliquer, à chaque étape et à chaque échelon, les publics concernés dans la construction et la déclinaison du programme

Objectif opérationnel 1 : associer les représentants des personnes en situation de précarité à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi du parcours précarité/PRAPS.

Enjeux des actions	La place des usagers en tant qu'acteurs de leur santé au sein du PRAPS se joue à deux niveaux. Le premier niveau, auquel contribueront les actions, est leur intégration et leur réelle participation à la construction et à la mise en œuvre des politiques publiques qui leur sont destinées.
---------------------------	---

Nature des actions	<p>Echelon régional :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Intégration de deux délégué(e)s du Conseil régional des personnes accueillies ou accompagnées (CRPA) en tant que membres du comité stratégique du parcours précarité/PRAPS ➤ Sensibilisation et formation des représentants du CRPA sur le fonctionnement des institutions, des politiques publiques et des missions des différents acteurs afin qu'ils comprennent mieux les enjeux et que leur implication soit facilité <p><u>Public ciblé :</u> Personnes accueillies ou accompagnées.</p> <p>Echelon territorial :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Intégration de délégué(e)s départementaux(ales) du CRPA lors de l'écriture et de la mise en œuvre des feuilles de route départementales du PRAPS <p><u>Public ciblé :</u> Personnes accueillies ou accompagnées.</p>
---------------------------	---

Objectif opérationnel 2 : prendre en compte les attentes, les besoins et la parole des personnes en situation de précarité en les associant à l'élaboration et à l'évaluation des projets qui leur sont destinés.

Enjeux des actions	Le deuxième niveau, auquel participeront les actions, est la mobilisation de leurs compétences psychosociales afin qu'ils se réapproprient ou s'approprient leur santé en tant qu'acteurs. Il s'agira aussi de valoriser le savoir expérientiel des publics en situation de précarité afin de leur proposer un accompagnement vers leur santé différent mais complémentaire au travail social et soignant.
---------------------------	--

Nature des actions	<p>Echelon régional (en lien étroit avec niveau territorial) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identification des besoins et formation de médiateurs santé pairs ARS/DRDJSCS) <p><u>Public ciblé :</u> Personnes accueillies ou accompagnées.</p> <p>Echelon territorial :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Co-construction, avec des représentants des publics bénéficiaires, de chaque action qui sera mise en œuvre dans le cadre du PRAPS <p><u>Public ciblé :</u> Personnes désocialisées et/ou relevant de structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, et du logement accompagné. Migrants. Habitants de logement insalubres et/ou indignes. Habitants des quartiers prioritaires et des quartiers en veille active. Personnes précaires en milieu rural. Personnes en situation de précarisation du fait de la chronicisation de leur pathologie. <i>(Au regard de caractéristiques et de besoins objectivés localement, des profils populationnels spécifiques peuvent être identifiés au sein de ces publics. Pour exemple : familles monoparentales, jeunes,...)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Participation formalisée autour des questions de santé des personnes accueillies au sein des structures sociales (réunions de synthèse, entretiens tripartites et/ou mise en place de médiateurs santé pairs) <p><u>Public ciblé :</u> Personnes accueillies ou accompagnées.</p>
---------------------------	---

Planification prévisionnelle de la mise en œuvre de la fiche

Dernier semestre 2017 :

- Intégration de deux délégué(e)s du CRPA dans le comité stratégique du parcours précarité/PRAPS

1^{er} trimestre 2018 :

- Intégration de délégué(e)s départementaux(ales) du CRPA à l'élaboration des feuilles de route départementales

1^{er} semestre 2018 :

- Elaboration pluri-partenaire dans le cadre du comité stratégique du parcours précarité/PRAPS d'un plan de formation/sensibilisation des représentants du CRPA
- Identification pluri-partenaire au niveau régional et territorial des besoins et élaboration d'un plan de formation de médiateurs santé pairs

2^{ème} semestre 2018/1^{er} semestre 2019 :

- Dispensation des actions de formation/sensibilisation des représentants du CRPA

1^{er} semestre 2019/2022 :

- Dispensation des actions de formation de médiateurs santé pairs

Éléments facilitateurs/Freins éventuels à la mise en œuvre de la fiche

Éléments facilitateurs :

- Outils de la loi 2002.2 mis en place : Charte des droits et libertés de la personne accueillie, Conseil de Vie Sociale (CVS), projet d'établissement ...
- CRPA constitué et actif sur la région Bourgogne-Franche-Comté. Délégués déjà invités dans le comité stratégique du parcours précarité/PRAPS

Freins éventuels :

- Complexité du « langage » administratif et institutionnel
- Culture professionnelle des acteurs du champ social et du champ sanitaire
- Organisation des transports des usagers pour participer aux réunions des instances

Evaluation de la mise en œuvre de la fiche

Résultats attendus pour les publics concernés :

- Leur parole est écoutée et leurs attentes et besoins sont pris en compte
- Une meilleure connaissance par les personnes en situation de précarité des dispositifs, des institutions et des professionnels ainsi que de leurs réalités de travail, favorise une réelle participation

Suivi du processus :

- Représentation et participation des usagers : relevé des réunions Comité stratégique/suivi des feuilles de route départementales
- Formalisation des plans de formation/sensibilisation
- Enquête par questionnaire tous les ans pour mesurer l'évolution du nombre de structures sociales déclarant prévoir la participation des personnes accueillies sur des questions de santé

Indicateurs de résultat :

- Taux de participation des représentants du CRPA aux instances (cible : 100 %)
- Taux d'actions mises en œuvre dans le cadre du PRAPS associant les publics à l'élaboration et au suivi de l'action (cible : 100 % en 2022)

6-2 - Accessibilité et appropriation de l'information

Objectif général n°1 : favoriser une communication et une diffusion de l'information adaptées aux publics du PRAPS

Objectif opérationnel 1.1 : Développer des outils de communication et d'information sur les dispositifs et structures sanitaires, sociaux et médico-sociaux présents localement dans le champ de la santé en associant les publics à la démarche.

Enjeux des actions	Pour s'approprier ou se réapproprier leur santé, les personnes en situation de précarité doivent disposer de la connaissance, des compétences, de la capacité à se repérer, à comprendre, à évaluer et à utiliser des informations sur la santé. Pour ce faire, l'information doit être accessible et disponible et la communication, qu'elle soit orale ou écrite, de qualité : audible, lisible, compréhensible.
---------------------------	--

Nature des actions	<p>Echelon régional :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Construction, dans le cadre d'un groupe de travail issu du comité stratégique du parcours, en associant IREPS aux travaux, d'un guide pratique destiné aux publics du PRAPS. Construction sous forme de fiches synthétiques inventoriant et expliquant, par bassin de vie, les outils, dispositifs, activités liés à la santé dont ces publics pourraient bénéficier <p>Echelon territorial</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Communication sur le guide et relais partenariaux pour une appropriation locale de ce dernier ➤ Actions collectives de communication orale pluri-institutionnelle sur les dispositifs, structures et outils existants. Communication adaptée aux publics auxquels elle s'adressera, permettant les échanges avec ces derniers et dispensée sur des territoires de proximité ➤ Intégration dans le projet de chaque action qui sera mise en œuvre dans le cadre du PRAPS des modalités d'une information sur cette dernière lisible et compréhensible par les bénéficiaires <p><u>Public ciblé</u> : Personnes désocialisées et/ou relevant de structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, et du logement accompagné. Migrants. Habitants de logement insalubres et/ou indignes. Habitants des quartiers prioritaires et des quartiers en veille active. Personnes précaires en milieu rural. Personnes en situation de précarisation du fait de la chronicisation de leur pathologie. Sortants de prison. <i>(Au regard de caractéristiques et de besoins objectivés localement, des profils populationnels spécifiques peuvent être identifiés au sein de ces publics. Pour exemple : familles monoparentales, jeunes,...).</i></p>
---------------------------	--

Objectif opérationnel 1.2 : Accompagner les publics ne maîtrisant pas, ou peu, le numérique.

Enjeux des actions	<p>La dématérialisation est un progrès pour une majorité de personnes, mais constitue un véritable obstacle dans l'accès aux droits pour les personnes ne maîtrisant pas l'outil informatique, mais également les personnes allophones ou ne maîtrisant pas bien l'écrit, ou encore les personnes situées en zones blanches. Ce frein à l'accès aux droits influe sur l'ensemble des déterminants de la santé : le niveau de revenu, l'environnement social, l'emploi...Selon les estimations de l'Observatoire des non recours aux droits et aux services (ODENORE) «Un français sur cinq peut ainsi se retrouver exclu des aides sociales de base et risque de devoir renoncer à ses droits».</p> <p>Les actions mises en œuvre doivent contribuer à lever ce frein.</p>
---------------------------	--

Nature des actions	<p>Echelon régional</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identification en étroite concertation avec la DRDJSCS des besoins d'accès à l'outil informatique et d'accompagnement des publics dans les structures sociales et médico-sociales pour populations spécifiques <p>Echelon territorial</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Développement d'ateliers d'initiation à l'outil informatique pour former et accompagner les publics au plus près de leur lieu de vie (prise en main de l'outil informatique, découvrir internet, effectuer des démarches en ligne...) ➤ Identification et communication sur les points d'accès gratuit à internet. Développement de l'accès au matériel informatique et à internet dans les espaces collectifs des structures sociales et médico-sociales pour populations spécifiques <p><u>Public ciblé</u> : Publics priorités dans le PRAPS ne maîtrisant pas l'outil informatique, allophones ou ne maîtrisant pas bien l'écrit.</p>
Planification prévisionnelle de la mise en œuvre de la fiche	
<p>1^{er} trimestre 2018 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Constitution d'un groupe de travail régional issu du Comité stratégique du parcours précarité et associant IREPS pour l'élaboration du guide pratique. <p>Dernier trimestre 2018/premier trimestre 2019 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Transmission du guide aux délégations départementales de l'Agence et relais à l'échelon territorial. ➤ Identification des besoins et élaboration d'un plan d'actions pluri-annuel (2018 – 2022) d'accès à l'outil informatique et d'accompagnement des publics dans la prise en main de cet outil. <p>1^{er} trimestre 2019/1^{er} semestre 2022 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mise en œuvre à l'échelon territorial du plan d'actions relatif à la prise en main de l'outil informatique. 	
Éléments facilitateurs/Freins éventuels à la mise en œuvre de la fiche	
<p>Éléments facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Travaux de recensement des outils et dispositifs existants déjà développés dans les territoires via les contrats locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale, les ateliers santé ville existants, les plates formes en psychiatrie et en santé mentale...Se rapprocher de leurs productions. - S'appuyer sur les compétences internes ARS et externes (IREPS, FAS...) pour la construction du guide, méthode, contenu des fiches adapté au profil des publics du PRAPS. <p>Freins éventuels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modalités et moyens de suivi et de mise à jour annuelle du guide pratique. - Modalités de diffusion du guide pratique. - Modalités et moyens d'équipement en parc informatique des structures sociales 	
Evaluation de la fiche	
<p>Résultats attendus pour les publics concernés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'information dispensée permet aux publics de développer des choix favorables à leur santé <p>Suivi du processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Production du guide pratique - Formalisation du plan d'actions pluri-annuel d'accès à l'outil informatique et d'accompagnement des publics dans la prise en main de cet outil <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux d'actions déclinées dans le cadre du PRAPS dont le projet a intégré les modalités d'une information lisible et compréhensible par les bénéficiaires. (cible : 100 % en 2022) 	

6-3 - Mobilisation pour une approche globale de la santé des personnes en situation de précarité

Objectif général n°2 : renforcer l'interconnaissance entre acteurs pour une approche globale de la santé des publics en situation de précarité et une meilleure transition vers l'offre de droit commun

Objectif opérationnel 2.1 : Mobiliser et renforcer les compétences des acteurs en matière de prise en charge globale de ces publics afin d'assurer la continuité du parcours de vie/parcours de santé.

Enjeux des actions	<p>Contribuer au décloisonnement entre les différents acteurs en les sensibilisant et formant sur les dispositifs de prise en charge des personnes en situation de précarité, ainsi que sur les spécificités de cette prise en charge (conséquences de la précarité, sur la santé, accès aux soins, les attentes de ces publics à l'égard des professionnels de santé...) permettra :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Une meilleure prise en compte pluri-partenaire et pluri-professionnelle des besoins de santé de ces publics et d'adapter leur prise en charge en conséquence ➤ De prévenir d'éventuelles discriminations dans ladite prise en charge ➤ De mieux identifier l'ensemble des relais pouvant être mobilisés pour faciliter l'insertion ou la réinsertion dans l'offre de droit commun
Nature des actions	<p>Echelon régional :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Intégration d'un module « approche globale de la santé des personnes en situation de précarité » dans le cadre des cursus initiaux des futurs travailleurs sociaux et professionnels soignants ➤ Formalisation de temps de sensibilisation et d'échanges spécifiques avec les URPS (unions régionales des professionnels de santé) sur la prise en charge des personnes en situation de précarité <p><u>Public ciblé</u> : Elèves de l'IRTS (Institut régional du travail social) et des IFSI (instituts de formation en soins infirmiers. URPS.</p> <p>Echelon territorial :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Organisation, sur les territoires des MSP (maisons de santé pluri-professionnelles) et/ou des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) de temps de sensibilisation pluri-professionnelle et pluri-partenaire à l'approche des Inégalités Sociales de Santé. Temps associant l'ensemble des acteurs (champ social, sanitaire, médico-social, judiciaire, éducatif, collectivités...) amenés à travailler ensemble sur le secteur géographique concerné. Ces temps de sensibilisation devront associer des usagers en situation de précarité résidant sur le périmètre géographique choisi ➤ Développement de stages d'immersion croisés entre professionnels du sanitaire, du social et du médico-social ➤ Réalisation par les services sociaux des établissements de santé, en étroite concertation avec la Direction de l'établissement, de temps de sensibilisation destinés aux professionnels de santé de l'établissement : mieux faire connaître les activités, les spécificités du travail social au sein de l'hôpital ainsi que le partenariat extra muros <p><u>Public ciblé</u> : Acteurs des champs sanitaire, social, médico-social, éducatif, judiciaire, collectivités, usagers en situation de précarité ...</p>

Objectif opérationnel 2.2 : Favoriser les temps et les outils de coordination sur les territoires de proximité pour améliorer l'interconnaissance entre professionnels du sanitaire, du social, du médico-social, et élus.	
Enjeux des actions	Complémentaire aux actions de sensibilisation/formation pluri-partenaire et pluri-professionnelle, une coordination renforcée et efficiente entre les différents acteurs contribuera à faire reculer les inégalités sociales de santé sur notre territoire et permettra une meilleure prise en soins des personnes les plus démunies.
Nature des actions	<p>Echelon régional en étroite concertation avec l'échelon territorial :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Déploiement au sein des structures médico-sociales : LHSS (lits halte soins santé), ACT (appartements de coordination thérapeutique), LAM (lits d'accueil médicalisé), d'e-TICSS : dossier partagé et utilisé par tous les professionnels du cercle de soin de la personne accueillie pour une meilleure coordination entre les acteurs et meilleure prise en charge <p><u>Public ciblé</u> : Professionnels des structures médico-sociales précitées.</p> <p>Echelon territorial :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Formalisation sur les territoires de temps de concertation pluri-professionnelle et pluri-partenaire au sein d'instances existantes exemples : CLSM (conseils locaux en santé mentale), Plateformes de santé mentale, SIAO (Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation...), CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) pour les situations dites « complexes ». Situations à intégrer dans le flux des futures PTA (plates-formes territoriales d'appui) quand elles seront mises en place ➤ Renforcement sur un territoire des outils de coordination opérationnels afin de faciliter le maillage partenarial entre champs sanitaire, social, médico-social. Exemples : annuaires des ressources sociales et sanitaires d'un territoire, fiches de liaison, création d'un passeport santé pour coordonner les prises en charge ... <p><u>Public ciblé</u> : Acteurs des champs sanitaire, social et médico-social.</p>
Objectif opérationnel 2.3 : Rendre visible et articuler ce programme pour une meilleure complémentarité avec les autres politiques publiques, les parcours et projets prioritaires de l'Agence et pour une déclinaison efficiente sur les territoires tenant compte des caractéristiques locales.	
Enjeux des actions	Un engagement réciproque entre acteurs institutionnels, associatifs, collectivités, professionnels du champ sanitaire, social, médico-social et usagers à agir collectivement et conjointement au sein du parcours précarité/PRAPS aidera à créer des conditions favorables à leur santé, telle qu'elle est définie dans la charte d'Ottawa, pour les populations les plus fragiles et précaires de notre territoire régional. Il s'agira notamment de capitaliser les ressources existants, amplifier les bénéfices attendus des actions qui seront mises en œuvre, insuffler une nouvelle dynamique pour apporter des réponses efficientes aux besoins repérés localement sur notre territoire

Nature des actions	<p>Echelon régional :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboration d'une charte régionale dans le cadre du comité stratégique du parcours précarité/PRAPS ayant pour objet de : <ul style="list-style-type: none"> ○ favoriser le Partage des informations ; ○ faciliter la transversalité entre les différents plans et projets institutionnels ; ○ construire les projets sur un socle pluri-partenarial, répondant aux critères d'éligibilité du PRAPS et associant les publics auxquels ils s'adressent : ○ assurer ensemble la réalisation et l'évaluation du parcours. ➤ Avis dans le cadre du comité stratégique sur le plan d'actions et la planification annuelle proposés par l'échelon territorial. Evaluation des plans d'actions <p><u>Public ciblé</u> : Membres du Comité stratégique du parcours précarité/PRAPS.</p> <p>Echelon territorial</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mise en place d'une équipe projet départementale PRAPS co-animée par la délégation départementale de l'Agence/DDCSPP –DDCS réunissant les partenaires institutionnels de proximité ainsi que des représentants des publics du PRAPS : planification des actions à prioriser au regard des caractéristiques locales, suivi de leur mise en œuvre et évaluation, remontée à l'échelon régional des éléments facilitateurs, des freins rencontrés, des besoins objectivés ➤ Déclinaison de la charte régionale dans le cadre de cette équipe projet
Planification prévisionnelle de la mise en œuvre de la fiche	
<p><u>Dernier trimestre 2017 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mise en place des équipes projet PRAPS départementales ➤ Courrier d'information sur l'outil e-TICSS aux gestionnaires de structures médico-sociales pour populations spécifiques <p><u>Janvier 2018 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboration de la charte régionale. Diffusion aux équipes projet départementales pour appropriation ➤ Organisation d'une réunion avec les SMS pour populations spécifiques sur le déploiement expérimental de l'outil e-TICSS. Choix de SMS expérimentatrices <p><u>1^{er} semestre 2018 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Groupe de travail déploiement expérimental e-TICSS avec les SMS expérimentatrices ➤ Réunions régionales de réflexion avec IFSI et IRTS : possibilité et modalités d'un module « approche globale en santé des personnes en situation de précarité ➤ Réunions régionales de réflexion avec les URPS : modalités de sensibilisation des professionnels sur la prise en charge des personnes en situation de précarité <p><u>2^{ème} semestre 2018 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Planification d'un plan pluri annuel d'actions spécifique formation et sensibilisation pluri-professionnelle et pluri-partenariale à l'approche globale en santé des personnes en situation de précarité <p><u>1^{er} trimestre 2019 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1er bilan du déploiement expérimental e-TICSS <p><u>2019 – 2002 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mise en œuvre du plan d'actions spécifique formation et sensibilisation 	

Éléments facilitateurs/Freins éventuels à la mise en œuvre de la fiche

Éléments facilitateurs :

- Partenariats déjà engagés entre SMS et professionnels du champ social et du champ sanitaire
- Appui technique au sein de l'Agence sur e-TICSS
- Futures PTA, futures CTPS
- Dispositifs de concertation déjà existants sur lesquels s'appuyer

Freins éventuels :

- Coursus de formation initiale
- Absence de formalisation desdits partenariats
- Problème de démographie médicale
- Volonté restant à concrétiser de travailler ensemble entre les différents acteurs du cercle de soin de la personne en situation de précarité

Evaluation de la fiche

Résultats attendus pour les publics concernés :

- La mobilisation et une meilleure connaissance par les acteurs des besoins spécifiques de ces publics facilitent leur insertion et/ou réinsertion dans l'offre de droit commun

Suivi du processus :

- Charte partenariale pluri-partenariale formalisée
- Plan d'actions sensibilisation/formation formalisé

Indicateurs de résultat :

- Taux de contrats locaux de santé (CLS) intégrant une action de sensibilisation, de formation pluri professionnelle ou d'échanges de pratiques ayant pour finalité d'améliorer l'approche globale de la santé de ces publics par les acteurs locaux. (cible : 70 % en 2022. (le territoire régional devrait être couvert à terme par 38 CLS)
- Taux de projets mis en œuvre dans le cadre du PRAPS construits en pluri-partenariat (cible : 100 % en 2022)
- Taux de centres de formation initiale (IFSI, IRTS) ayant mis en place un module sur l'approche globale en santé des personnes en situation de précarité

6-4 - Accessibilité et appropriation des droits à la santé

Objectif général n°3 : faciliter et optimiser les démarches administratives.

Objectif opérationnel 3.1 : Faciliter les démarches d'ouverture des droits et conforter leur continuité.

Objectif opérationnel 3.2 : Conforter les dispositifs PLANIR et PFIDASS proposés par l'Assurance Maladie grâce aux partenariats développés via le PRAPS.

Enjeux des actions	Dans son rapport annuel 2016, le défenseur des droits constate que : « les difficultés d'accès aux droits résultent tout d'abord d'un manque d'information sur les droits eux-mêmes ainsi que sur les démarches à entreprendre mais aussi sur les failles des dispositifs d'accompagnement pour mettre en œuvre ces droits ». Le PRAPS contribuera à combler ces failles.
---------------------------	---

Nature des actions	<p>Echelon régional :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Analyse dans le cadre pluri-institutionnel du comité stratégique du parcours précarité/PRAPS des partenariats formalisés à l'échelon territorial contribuant à faciliter l'accessibilité et l'appropriation des droits à la santé <p>Echelon territorial :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Formalisation de partenariats entre institutions (assurance maladie, CAF, MSA, Pôle emploi...) et structures sociales. Introduction dans la convention d'un référent/interlocuteur unique pour la structure partenaire ➤ Organisation de réunions d'information participatives et collectives sur l'accès aux droits, notamment au sein des dispositifs de veille sociale <p><u>Publics ciblés</u> : professionnels. Publics du PRAPS</p>
---------------------------	---

Planification prévisionnelle de la mise en œuvre de la fiche

1^{er} semestre 2018 :

- Remontée à l'échelon régional des partenariats existants à l'échelon territorial et/ou des partenariats à développer. Analyse des remontées dans le cadre d'un groupe de travail issu du comité stratégique du parcours/PRAPS et élaboration d'un plan pluri annuel d'actions
- Planification à l'échelon territorial d'un plan pluri annuel d'actions : information participative et collective

Dernier trimestre 2018 – 2022 :

Mise en œuvre des plans d'actions.

Éléments facilitateurs/Freins éventuels à la mise en œuvre de la fiche

Éléments facilitateurs :

- Liens partenariaux institutionnels déjà engagés et implication des partenaires dans le cadre du PRAPS.

Freins éventuels :

- Moyens logistiques pour les réunions d'information à mobiliser.

Evaluation de l'action

Résultats attendus pour les publics concernés :

- Leurs droits sont utilisés

Suivi du processus :

- Restitution des travaux régionaux
- Formalisation des plans d'actions

Indicateurs de résultat :

- Nombre de conventions signées dans le cadre du déploiement du dispositif PLANIR
- Nombre de personnes accompagnées dans l'accès aux soins via PLANIR
- Nombre de signalements « PFIDASS » par les partenaires
- Nombre de personnes accompagnées dans l'accès aux soins via PFIDASS

6-5 - Adaptation et personnalisation de l'accompagnement vers la santé

Objectif général n°4 : adapter les réponses d'accès à l'offre de prévention et aux soins permettant de prévenir le risque de sortie du droit commun ou conduisant vers celui-ci.

Objectif opérationnel 4.1 : Mettre en place une articulation cohérente dans le champ de la prévention entre l'approche par le collectif et l'individuel.

Objectif opérationnel 4.2 : Inscrire le dépistage des pathologies chroniques dans un accompagnement pluri-professionnel et pluridisciplinaire du repérage au diagnostic, jusqu'à l'accès aux soins.

Objectif opérationnel 4.4 : Favoriser, via les partenariats, l'information et l'accès à l'offre de service des centres d'examen de santé de l'assurance maladie, proposée aux personnes en situation de précarité.

Enjeux des actions

Les actions collectives de prévention sont des moyens pour mobiliser les personnes autour de leur santé en favorisant une dynamique positive autour de cette thématique. Afin de répondre au plus près des besoins des publics du PRAPS, l'action collective n'est qu'une partie de la réponse. Une attention particulière doit être apportée aux suites qui leur seront données. Dès lors, elles doivent pouvoir faire émerger les éléments qui seront repris pour proposer aux bénéficiaires de cette action collective un accompagnement plus personnalisé vers l'accès et la prise en soins.

Nature des actions

Echelon territorial !

- Planification par l'équipe projet départementale des priorités territoriales au regard des caractéristiques de leurs territoires :
 - thématiques santé et/ou pathologies prégnantes (ex : alcool, nutrition, diabète, cancer, problèmes dentaire..);
 - des caractéristiques des populations précaires plus présentes sur certains de leurs territoires (ex : jeunes, familles monoparentales, personnes en situation de précarité isolées...);
 - périmètre géographique
 - L'action intégrera trois volets : un volet de prévention collective, un volet accompagnement vers un bilan de santé et un volet suivi des suites qui seront données au bilan. Concernant ce dernier volet, il ne s'agit pas de recueillir des données cliniques nominatives mais d'avoir une approche au plus près de la réalité de l'entrée dans le parcours de soins et de la prise en soins. Cette approche permettra de mettre en place, si besoin et dans un cadre partenarial, les mesures appropriées pour lever les freins rencontrés par les bénéficiaires
- L'action pourra être proposée soit :
- Dans le cadre d'ateliers santé au sein des quartiers (à privilégier en milieu urbain) car elle pourra s'appuyer sur les ateliers santé ville existants, les maisons de quartier...
 - Soit par la mise en place d'espaces santé mobiles (milieu rural et semi-rural) en étroite concertation avec les élus des communes ciblées. Cet espace proposera : un accueil convivial, des animations de prévention et des informations validées sur la santé, un bilan de santé assuré par des professionnels de santé
 - Cet espace santé mobile pourra également être mis en place au sein de structures sociales en étroite concertation avec les SIAO (services intégrés d'accueil et d'orientation)

	<p>Elle intégrera une analyse et construction en multi partenariat institutionnel. Elle précisera sa complémentarité avec les dispositifs existants, les relais éventuels existants ou à mettre en place, les modalités et moyens partenariaux à mobiliser pour une mise en œuvre efficiente. Elle associera à la réflexion des membres de la communauté professionnelle territoriale de santé du périmètre géographique et des représentants.</p> <p><u>Public ciblé</u> : Personnes désocialisées et/ou relevant de structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, et du logement accompagné. Habitants de logement insalubres et/ou indignes. Habitants des quartiers prioritaires et des quartiers en veille active. Personnes précaires en milieu rural. Personnes en situation de précarisation du fait de la chronicisation de leur pathologie. <i>(Au regard de caractéristiques et de besoins objectivés localement, des profils populationnels spécifiques peuvent être identifiés au sein de ces publics. Pour exemple : familles monoparentales, jeunes,...).</i></p>
<p>Objectif opérationnel 4.3 : Aller vers les personnes socialement les plus éloignées du système de santé et de son offre de droit commun pour leur permettre de l'intégrer ou de le réintégrer.</p>	
<p>Enjeux des actions</p>	<p>L'accès aux soins pour tous est garanti dans le code de la santé publique, cependant de nombreux publics renoncent aux soins pour des questions financières mais également de problématiques de mobilité (sociale et/ou géographique) ou des difficultés d'orientation dans le système de santé. Le manque de ressources médicales sur certains territoires alimente ce renoncement aux soins.</p> <p>En complémentarité avec les actions décrites ci-dessus, l'accompagnement vers les soins somatiques des personnes les plus socialement éloignées du système de santé et de son offre de droit commun nécessitera d'aller au-devant et au plus près d'elles.</p>
<p>Nature des actions</p>	<p><u>Echelon régional !</u></p> <p>Au regard de la situation de plus en plus complexe des jeunes en situation de précarité, une action spécifique portera sur un accompagnement santé individualisé de ces derniers. Cette action pourra se dérouler :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Au sein des missions locales, en étroite partenariat avec ces dernières, pôle emploi, les structures institutionnelles suivant ces jeunes, les structures sanitaires, professionnels de santé libéraux et les maisons de l'adolescent ➤ Dans le cadre du dispositif TAPAJ (travail alternatif payé à la journée) <p><u>Echelon territorial !</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Planification par l'équipe projet départementale des priorités territoriales comme décrite précédemment en tenant compte particulièrement des profils des publics précaires résidant dans le territoire et des caractéristiques géographiques du territoire ➤ L'action pourra être proposée soit : <ul style="list-style-type: none"> ○ par un accompagnement individualisé santé de la personne sous forme de contractualisation entre cette dernière et son référent social. Action à privilégier en milieu rural et en zones blanches) ; ○ par des consultations de proximité au sein des maisons de santé pluridisciplinaires, des centres de santé sous forme de contractualisation entre la structure sociale qui suit la personne et la structure de santé. Action à privilégier en milieu urbain et semi-urbain ;

	<ul style="list-style-type: none"> ○ par des consultations extra-muros des permanences d'accès de santé ou des équipes mobiles psychiatrie précarité au sein des structures sociales d'hébergement et d'insertion sous forme de contractualisation entre l'établissement de santé porteur gestionnaire du dispositif sanitaire et la structure sociale. Action à privilégier dans les structures sociales situées à proximité desdits établissements de santé ; ○ par un bilan de santé assuré par le médecin coordonnateur de structures médico-sociales pour populations spécifiques (ACT, LHSS, LAM). Action à privilégier au sein des structures sociales porteuses de ce type de structure médico-sociale. L'intervention se fera sous forme de convention entre ce professionnel de santé et la structure sociale ; ○ par un accompagnement santé par les médiateurs santé pairs qui seront mis en place au sein des structures sociales. <p><u>Public ciblé</u> : Personnes désocialisées et/ou relevant de structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, et du logement accompagné. Habitants de logement insalubres et/ou indignes. Personnes en situation de précarité en milieu rural. Personnes en situation de précarisation du fait de la chronicisation de leur pathologie. (Au regard de caractéristiques et de besoins objectivés localement, des profils populationnels spécifiques peuvent être identifiés au sein de ces publics. Pour exemple : jeunes,...).</p>
Objectif opérationnel 4.5 : Organiser territorialement le parcours santé des publics identifiés dans le plan migrants.	
Enjeux des actions	En sus des actions décrites précédemment, il s'agit notamment de permettre une meilleure compréhension entre ces publics allophones et les professionnels de santé mais aussi d'apporter des réponses appropriées à des personnes en situation de stress post-traumatique.
Nature des actions	<p><u>Echelon régional en étroite concertation avec l'échelon territorial !</u></p> <p>En étroite articulation ARS Parcours/DD et DRDJSCS/DDCSPP/DDCS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Interprétariat dans les lieux d'accompagnement et de soin (mise à jour des listes de personnels en interne parlant une ou plusieurs langues étrangères, accès à l'interprétariat téléphonique, recours à des interprètes professionnels) ➤ Coordination des examens de santé réalisés par ce public sous forme de mise en place d'un passeport santé permettant de faire le lien entre les différents partenaires. ➤ Formalisation sur les territoires de partenariats entre les professionnels de la santé mentale et les dispositifs d'accueil des migrants <p><u>Public ciblé</u> : Migrants</p>

Planification prévisionnelle de la mise en œuvre de la fiche

Dernier trimestre 2017 – 1^{er} trimestre 2018 :

- Priorisation par les équipes projet départementales de leurs actions. Elaboration et formalisation de leur plan pluri annuel d'actions

Avril 2018 :

- Présentation au Comité stratégique du parcours précarité/PRAPS et avis sur les plans d'actions des équipes projet départementales

1^{er} semestre 2018 :

- Analyse des besoins en interprétariat et en coordination des examens de santé pour le public migrant dans le cadre d'un groupe de travail issu du comité stratégique du parcours précarité/PRAPS. Elaboration et formalisation d'un plan pluri annuel d'actions

Deuxième semestre 2018 – 2002 :

- Mise en œuvre des plans d'actions

Éléments facilitateurs/Freins éventuels à la mise en œuvre de la fiche

Éléments facilitateurs :

- Comité stratégique du parcours précarité/PRAPS avec co-pilotage ARS/DRDJSCS
- Equipes projet PRAPS départementales.

Freins éventuels :

- Manque de ressources sur certains territoires
- Manque de complémentarité ou de lisibilité de l'ensemble des moyens mobilisables et à mobiliser
- Démobilisation institutionnelle et des acteurs sur le terrain d'où la nécessité de connaître l'existant, de ne pas agir en doublon, de prioriser et d'évaluer.

Evaluation de la mise en œuvre de la fiche

Résultats attendus pour les publics concernés :

- Leur santé est ressentie comme prioritaire
- Ils adoptent des comportements favorables à cette dernière
- Les pathologies lourdes sont diagnostiquées précocement et l'entrée dans les soins est accompagnée

Suivi du processus :

- Formalisation des plans d'actions. Rapport régional annuel sur la mise en œuvre des actions

Indicateurs de résultat :

- Taux de quartiers prioritaires politique de la ville (QPV) dans lesquels est déployée une action qui inscrit le dépistage d'une pathologie chronique dans un accompagnement pluri-professionnel et pluridisciplinaire du repérage au diagnostic, jusqu'à l'accès aux soins (cible : 70 % des QPV en 2022)
- Taux d'actions mises en œuvre dans le cadre du PRAPS proposant simultanément une action collective sur une thématique de prévention et un accompagnement personnalisé des bénéficiaires vers un bilan de santé ou autres soins. (cible : 100 % en 2022)
- Taux de bénéficiaires en fonction du nombre de projets de type « aller vers » mis en œuvre dans le cadre du PRAPS ayant engagé des soins. (cible 70 % en 2022)
- Nombre d'examens de santé ciblés sur les publics en situation de précarité dans les centres d'examens de santé de l'assurance maladie

6-6 - Optimisation de la prise en charge médico-sociale et organisation des relais de transition vers le droit commun

Objectif général n°5 : déployer les conditions d'une offre médico-sociale, sanitaire et sociale permettant une prise en charge globale et de qualité.

Objectif opérationnel 5.1 : Diversifier et conforter l'offre médico-sociale pour populations spécifiques.

Enjeux des actions

Ces structures médico-sociales pour populations spécifiques : LAM (lits d'accueil médicalisé), LHSS (lits halte soin santé), ACT (appartements de coordination thérapeutique), expérimentation appartements de coordination à domicile (dans l'attente du cahier des charges national), expérimentation « Un chez soi d'abord » doivent :

- Permettre aux personnes les plus fragiles socialement et psychologiquement et aux personnes sans domicile fixe de bénéficier d'un accompagnement médico-social garant de la continuité et de la qualité des soins engagés.
- Faciliter leur insertion/et ou réinsertion dans l'offre de santé de droit commun mais aussi dans une vie sociale et citoyenne. Leurs missions sont définies dans un cadre réglementaire.

A ce jour l'offre autorisée en BFC est la suivante :

- **LAM** : 20 places à Châlon (71)
- **LHSS** : 6 places au Creusot (71), 4 places à Mâcon (71), 9 places à Dijon (21), 9 places à Besançon (25), 4 places à Pontarlier (25), 4 places à Montbéliard (25). *Un appel à projet sera lancé pour la création de 10 nouvelles places en LHSS*
- **ACT généralistes** : 5 places à Nevers (58), 6 places à Sens et 6 à Auxerre (89), 5 places à St Rémy (71), 10 places à Dijon (21), 6 places à Besançon (25), 1 place à Montbéliard (25), 1 place à Vesoul (70), 1 place à Lons le saunier (39), 1 place à Dole (39), 1 place à Belfort (90). *10 nouvelles places ACT généralistes seront autorisées dans le cadre d'extensions EFi sans appel à projet*
- **ACT sortants de prison** : 1 place à Besançon (25), 1 place à Montbéliard (25), 1 place à Vesoul (70), 1 place à Lons le saunier (39)

Dans le cadre de l'expérimentation appartements de coordination à domicile : 50 places ont été octroyées en 2017 par le National sur l'ensemble du territoire national. La BFC s'est vue octroyer 10 places. Un appel à projet sera lancé ciblant les départements de Haute-Saône et de la Nièvre.

Concernant l'expérimentation « Un chez soi d'abord » : la BFC est pressentie par le National dans le cadre de l'extension de cette expérimentation (90 à 105 places sur un pôle urbain unique).

Les travaux conduits par la fédération nationale santé habitat dans le cadre de la coordination régionale ACT qui s'est mise en place ont mis en exergue pour l'année 2016 les éléments suivants :

Pour 66 % de l'offre, il y a eu 68 % de refus dont 10 % par manque de disponibilité de places. Par ailleurs, les ACT de notre région se distinguent des autres régions administratives par le profil des résidents. 61 % présentent une co morbidité, 54 % doivent quitter un hébergement durable, 22 % souffrent des maladies psychiatriques ou psychiques et une prévalence importante de situations d'addiction est relevée.

	Il s'agit donc de permettre conjointement l'équité de la répartition de l'offre médico-sociale pour populations spécifiques sur notre territoire et que le fonctionnement et les pratiques de ces structures permettent que cette offre soit de qualité.
Nature des actions	<p>Echelon régional en concertation avec l'échelon territorial</p> <p>L'échelon régional (direction et comité stratégique du parcours précarité/PRAPS) est privilégié dans un cadre de coordination, en concertation avec l'échelon territorial, afin que l'ensemble des structures gestionnaires partagent une vision commune de leur région et de ses besoins et travaillent en collectif pour améliorer la qualité de leur offre. Les actions suivantes seront mises en œuvre.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Formalisation de la coordination régionale ACT en l'étendant aux LHSS et LAM ➤ Programmation des besoins et construction des argumentaires dans le cadre des campagnes budgétaires afin d'obtenir du niveau national des places permettant : <ul style="list-style-type: none"> ○ le déploiement de l'offre LHSS dans les départements non couverts ○ le développement de nouvelles places ACT généralistes au sein de chaque département. Pour une offre de qualité et au regard des moyens nécessaires à une prise en charge pluri professionnelle et pluri disciplinaire de qualité, les structures gestionnaires doivent avoir au moins 10 places ; ○ le déploiement de places de LAM ; ○ la poursuite du déploiement de places dédiées aux sortants de prison sur une autorisation administrative ACT généraliste ; ○ l'Accompagnement des enfants malades dont l'entourage rencontre une fragilité psycho-sociale et des difficultés de logement : développement de places nouvelles dédiées à cet accompagnement spécifique (ACT pédiatrique) ; ○ la possibilité de créer des places ACT handicap psychique en BFC. Le comité interministériel du handicap de décembre 2016 a annoncé la création de 30 places ACT handicap psychique : 10 places en Ile de France, 10 places en Nouvelle Aquitaine, 10 places en Occitanie ; ○ l'extension sur un site en BFC de l'ACT « Un chez soi d'abord ». Testé à titre expérimental dans 4 agglomérations Lille, Marseille, Toulouse et Paris, la montée en charge programmée au National prévoit la création de 16 sites (pôles urbain) de 100 places chacun jusqu'en 2022. ➤ Conjointement au développement de l'offre, il est important de renforcer au sein des structures médico-sociales (ACT, LHSS, LAM) la prise en charge des problématiques de santé mentale et l'accompagnement jusqu'à la fin de vie : <ul style="list-style-type: none"> ○ formation des équipes de ces structures ciblant la santé mentale ; ○ inscription de ces structures dans la déclinaison territoriale du plan national d'accompagnement à la fin de vie : développement de places dédiées sur une autorisation administrative ACT généraliste. Formation des équipes ACT, LHSS, LAM à l'accompagnement en fin de vie ; ○ formalisation des partenariats avec l'HAD (hospitalisation à domicile), avec les EMSP (équipes mobiles soins palliatifs) et les équipes mobiles psychiatrie. <p><u>Public ciblé</u> : les professionnels et résidents des structures médico-sociales pour populations spécifiques.</p>

Objectif opérationnel 5.2 : Prévenir le risque discriminatoire dans l'accessibilité aux structures et dispositifs médico-sociaux de « droit commun » relevant du champ de l'autonomie (personnes âgées/personnes handicapées) en favorisant le lien entre ce dernier et celui du social.	
Enjeux des actions	Les structures médico-sociales pour population spécifiques ne suppléent pas l'offre de droit commun. Il ne s'agit non pas de créer une filière population en situation de précarité complètement cloisonnée de cette offre mais bien d'œuvrer à la construction d'un parcours et des relais nécessaires aux transitions vers le droit commun. Les actions à mettre en œuvre contribueront à cette construction tout en restant vigilant à ne pas créer de nouvelles iniquités sociales de santé au sein de la population générale.
Nature des actions	<p>Echelon régional :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Objectivation et analyse du risque discriminatoire : où se situerait-il, par qui est-il constaté... : <ul style="list-style-type: none"> ○ constitution du dossier de reconnaissance du handicap ; ○ orientation MDPH ; ○ admission en structure adaptée au handicap ; ○ identification et accès aux places en Ehpad financées par l'aide sociale. <p>L'outil via trajectoire croisée avec une étude qui pourrait être demandée au CREAL pourraient permettre de mieux analyser et qualifier ce risque discriminatoire ressenti ou réel.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A l'issue de cette analyse mise en place, si nécessaire, d'un plan d'actions pour lutter et mieux prévenir ce risque à l'échelon régional et territorial <p>Echelon territorial :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Structuration et formalisation des modalités d'admission entre structures sociales et structures médico-sociales de l'offre de droit commun ; entre structures médico-sociales pour populations spécifiques et structures médico-sociales de l'offre de droit commun : protocole d'accueil et d'accompagnement, identification d'un référent social. Travaux à conduire en étroite concertation avec le conseil départemental, le SIAO <p><u>Public ciblé</u> : Les acteurs du champ médico-social (populations spécifiques et offre de droit commun).</p>
Objectif opérationnel 5.3 : Développer et conforter les missions des permanences d'accès aux soins de santé.	
Enjeux des actions	La région BFC dispose de 20 PASS : 17 généralistes et 3 psychiatriques. Le fonctionnement, les moyens et les pratiques de ces structures est disparate. Il est nécessaire de mettre en place une coordination régionale des PASS couvrant la région Bourgogne-Franche-Comté ayant pour mission de : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Construire un projet de santé fédérateur commun et de renforcer les liens entre les PASS. ➤ Veiller à ce que chaque PASS puisse offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun ➤ S'assurer de la construction des partenariats des PASS en interne et en extrahospitalier pour faciliter le repérage et la prise en charge des patients

	<p>La coordination des PASS de Bourgogne-Franche-Comté repose sur des temps de travail et une importante mobilisation des professionnels ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Temps assuré par le médecin de la PASS du CHU de Dijon et le médecin de la PASS du CHU de Besançon ➤ Temps assuré par l'assistant du service social de la PASS du CHU de Dijon ➤ Temps assuré par un chargé de mission de la Fédération des Acteurs de la Solidarité <p>Le travail de la coordination régionale des PASS permettra d'appuyer les PASS pour favoriser leur développement en fonction des besoins identifiés sur le territoire, de mieux répartir les MIGAC au regard de leur file active et de leur fonctionnement.</p>
Nature des actions	<p>Echelon régional</p> <p>L'échelon régional (direction et comité stratégique du parcours précarité/PRAPS) est privilégié en tant qu'interlocuteur de cette coordination régionale.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mise en réseau des PASS et travail commun : <ul style="list-style-type: none"> ○ organisation d'une journée régionale par an (possibilité d'ouverture aux partenaires) ; ○ organisation de groupes de travail thématiques entre PASS pour partager des outils et des pratiques de terrain, ainsi que travailler ensemble sur des éléments communs (protocole, logiciel de statistiques, rapport d'activité, communication...). ➤ Appui aux PASS de la région : <ul style="list-style-type: none"> ○ appui méthodologique pour les PASS de la région sur des projets internes en lien avec les besoins du territoire ; ○ mise en place d'un temps médical dédié à chaque PASS (0.2 ETP médecin ou lien formalisé et effectif avec la médecine de ville.). Actions hors murs ; ○ structuration des modalités partenariales en interne (avec les autres services de l'établissement de santé) et extra-muros avec les acteurs locaux du champ social, médico-social, éducatif et sanitaire, en cohérence avec le service social. ➤ Amélioration la visibilité et la lisibilité des PASS : <ul style="list-style-type: none"> ○ production d'un rapport d'activité de la PASS régionale et mise en place d'un Copil régional ; ○ production d'un rapport d'activité pour chaque PASS et mise en place d'un Copil ; ○ réalisation d'enquêtes quantitatives/qualitatives au sein des PASS en fonction des thématiques concernant les territoires ; ○ création d'un cahier des charges d'une PASS ; ○ définition de critères de pondération pour la répartition des financements mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et communication aux établissements de santé ; ○ mise en place d'un site internet pour améliorer la visibilité des PASS : annuaires des PASS, missions, documents cadres, documentation. ➤ Veille documentaire et juridique : <ul style="list-style-type: none"> ○ veille et suivi documentaire et législatif avec communication de ces éléments auprès des PASS de la région (liste mail, site internet...). <p>Public ciblé : les personnels et publics bénéficiaires des PASS, les directions des ES.</p>

Objectif opérationnel 5.4 : Structurer une interface de proximité entre secteur psychiatrique et structures sociales (articulation avec le parcours psychiatrie santé mentale (Projets territoriaux en santé mentale, conseils locaux en santé mentale).	
Enjeux des actions	<p>Les interactions entre santé mentale et précarité entretiennent des liens complexes. Des enquêtes spécifiques menées sur les lieux de vie de population précaires (Chauvin et Parizot, 2005) ou sans-domicile (Kavess et Mangin-Lazarus, 1999) attestent cependant de la surreprésentation de la maladie mentale au sein de populations en vulnérabilité sociale. Cela comporte deux dimensions : le trouble mental participe à la précarisation des personnes en altérant leurs relations avec l'entourage au sens large avec un fort risque de rupture sociale et de rupture dans le maintien en logement. D'un autre côté, les situations de précarité entraînent l'apparition de troubles et augmentent la souffrance psychique. Le rapport Samenta du Samu social de Paris (janvier 2010) estime qu'un tiers de cette population souffre de troubles psychiatriques sévères.</p> <p>En articulation étroite avec le parcours psychiatrie santé mentale et complémentarité avec ses orientations, le PRAPS contribuera à une meilleure prise en compte de ces interactions.</p>
Nature des actions	<p>Echelon régional :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Renforcement du rôle et de la couverture territoriale des EMPP (équipes mobiles psychiatrie précarité) autour de leurs deux missions : l'accompagnement des publics et l'accompagnement des professionnels de première ligne. <p>Echelon territorial :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mise en place de partenariats formalisés entre les maisons relais, résidences accueil et les structures psychiatriques. <p><u>Public ciblé</u> : les publics en situation de précarité présentant des troubles psychiques. Les professionnels du champ social et du champ psychiatrique.</p>
Objectif opérationnel 5.5 : Prévenir les ruptures des soins engagés liées à un défaut d'articulation entre secteur hospitalier et secteur social.	
Enjeux des actions	<p>L'un des points de ruptures identifiés dans le parcours de vie, parcours de soins des personnes précaire est des aller/retour fréquents au service des urgences. Ces situations ne sont souvent pas anticipées, et mal repérées. De plus, les sorties d'hospitalisation non préparées en amont peuvent aboutir sur une sortie sans solution d'hébergement, augmentant ainsi la précarisation de la situation.</p>
Nature des actions	<p>Echelon territorial :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Instauration d'un outil de liaison entre le service social de l'hôpital et le secteur social extra hospitalier pour les entrées et les sorties d'hospitalisation ➤ Mise en place d'un protocole de repérage des situations de précarité au sein des services hospitaliers (notamment au niveau des urgences) en lien avec la PASS et le service social de l'établissement de santé

Objectif opérationnel 5.6 : Optimiser le parcours de santé des personnes sous main de justice et des sortants de prison.	
Enjeux des actions	<p>Les Ministères de la santé et de la justice rappellent que les personnes détenues cumulent un certain nombre de surexpositions aux risques en santé préexistant généralement à leur entrée en détention, et/ou déclenchés ou majorés par l’incarcération. Les addictions et leurs conséquences, la souffrance psychique et les actes auto-agressifs, les pathologies psychiatriques, bucco-dentaires, infectieuses, chroniques y sont plus fréquentes que dans la population générale. Leur prise en charge sanitaire relève des unités sanitaires qui dépendent des établissements de santé. Les personnes placées sous main de justice et suivies en milieu ouvert ne relèvent pas des unités sanitaires mais doivent accéder et bénéficier de l’offre de droit commun. Si leur état de santé n’est pas spécialement connu, les déterminants sont très souvent similaires à ceux des personnes incarcérées : précarité sociale. Concernant cette population, la qualité de leur accès effectif aux dispositifs de soins et de protection sociale de droit commun n’est également pas connue. En ce qui concerne les jeunes pris en charge par la PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse), ces derniers sont plus vulnérables que leurs pairs sur le plan social, comportemental et sanitaire.</p> <p>La BFC dispose en 2016 de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 8 maisons d’arrêt : Dijon : 185 places dont 40 places femmes. Nevers 118 places hommes. Auxerre 100 places hommes dont 4 en CSL (centre de semi-liberté), Besançon 275 places hommes dont 20 pour mineurs et un CSL de 23 places. Lons le Saunier 31 places hommes dont 8 places en semi-liberté, Vesoul : 50 places hommes dont 7 en semi-liberté), Belfort : 39 places hommes dont 5 semi-liberté et Montbéliard 41 places hommes dont 9 en CSL) ○ 1 centre pénitentiaire : Varennes le Grand (71) : 384 places hommes et 15 places pour mineurs. ○ 1 centre de détention : Joux la Ville (89) : 502 places hommes et 100 places femmes. Plus de 50 % de la population détenue sont auteurs d’infractions à caractère sexuel (AICS). <p>Seuls Varennes le Grand et Joux la Ville hébergent des longues peines.</p> <p>La moyenne des 12 relevés mensuels de l’année 2016 de l’ensemble des personnes détenues hébergées était de 2 055 personnes pour une capacité opérationnelle de 1 856 places La moyenne concernant les personnes détenues non hébergées était de 443 personnes.</p>
Nature des actions	<p>Echelon régional :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Instaure et formalise un socle partenarial régional ARS/Direction des services pénitentiaires/Etablissements de santé porteurs d’unités sanitaire afin de conforter la coopération des acteurs autour de la santé des personnes sous-main de justice et des sortants de prison

- Fixe la feuille de route de la déclinaison territoriale qui s'articulera autour des 6 axes de travail inscrits dans la Stratégie Santé des personnes placées sous-main de justice d'avril 2017 élaborée au niveau national :
 - 1- Meilleure connaissance de l'état de santé de cette population.
 - 2- Promotion de la santé.
 - 3- Amélioration des repérages et des dépistages.
 - 4- Amélioration de l'accès aux soins.
 - 5- Continuité de la prise en charge à la sortie.
 - 6- Coopération des acteurs.
- Évalue les actions mises en œuvre à l'échelon territorial : (points forts, points de fragilité) et identifie les leviers à actionner au regard des besoins locaux

Echelon territorial : Comité de coordination de chaque unité sanitaire.

- Développe et consolide les partenariats de proximité associant notamment SPIP/PJJ/CSAPA/CMP/CEGIDD/Maison de l'adolescent/SIAO ...
- Décline et adapte les priorités ci-dessous au regard des caractéristiques et du profil de la population sous-main de justice (courte ou longue peine, femmes ou hommes, mineurs ou adultes, auteurs d'infractions à caractère sexuel...) :
 - 1- Meilleure connaissance de l'état de santé
 - Bilan médical d'entrée lors de l'arrivée en détention.
 - 2- Amélioration des repérages et des dépistages
 - Dépistage et prévention des maladies infectieuses (hépatites, SIDA autres MST, tuberculose...)
 - Dépistage du cancer (colorectal, sein, utérus...)
 - Couverture vaccinale (hépatite B, C, tétanos, grippe...)
 - Bilan dentaire
 - Prévention du risque suicidaire
 - 3- Promotion de la santé
 - Développement des compétences psychosociales de la personne
 - Sevrage tabagique
 - Réduction des risques et des dommages (RDRD) liés à l'usage de drogues
 - Observance des traitements/Education thérapeutique
 - 4- Amélioration de l'accès aux soins
 - Adéquation des ressources en professionnels de santé de l'unité sanitaire aux besoins de la population carcérale
 - Organisation et formalisation de la permanence des soins
 - Développement de la télémédecine : téléconsultation et télé expertise en fonction de la pathologie, de la disponibilité des professionnels de santé, des locaux et de l'équipement nécessaire

	<p>5- <u>Continuité de la prise en charge à la sortie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Systématisation du bilan médical de sortie ○ Renforcement de la coopération les SSRa (soins de suite et de réadaptation addictologie) ○ Mise en place et/ou renforcement des modalités partenariales avec les structures médico-sociales pour populations spécifiques présentes sur le territoire, notamment les CSAPA, les appartements de coordination thérapeutique, les lits halte soins santé ○ Mise en place ou développement du partenariat entre SPIP et SIAO (service d'intégration, d'accueil et d'orientation) ○ Recours aux plates-formes territoriales d'appui ○ Mise en place progressive de l'outil E-Ticcs pour améliorer la coordination entre les acteurs du cercle de soin
Planification prévisionnelle de la mise en œuvre de la fiche	
<p><u>Dernier trimestre 2017 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Appel à projet pour les 10 nouvelles places LHSS, les 10 places appartements de coordination à domicile, le dispositif « un chez soi d'abord » ➤ Définition des critères de pondération pour la répartition des MIGAC PASS. Installation du Copil régional des PASS <p><u>1^{er} trimestre 2018 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Programmation et mise en place des réunions régionales de concertation établissements pénitentiaires/établissements de santé ➤ Planification des journées annuelles PASS ➤ Modalités organisationnelles des réunions de coordination régionale structures médico-sociales pour populations spécifiques et planification <p><u>1^{er}, 2^{ème} et troisième trimestres 2018 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Etude et analyse du risque discriminatoire <p><u>4^{ème} trimestre 2018 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Remontée des plans d'actions formalisés par les comités de coordination des unités sanitaires ➤ Elaboration et formalisation des plans d'actions pour améliorer l'accessibilité aux structures médico-sociales de l'offre de droit commun <p><u>2019 – 2022 :</u> Mise en œuvre des plans d'actions.</p> <p><u>Chaque année :</u> évaluation du fonctionnement, de l'activité et des besoins SMS pour population spécifiques, des PASS et des unités sanitaires, argumentaire dans le cadre des campagnes budgétaires.</p>	
Éléments facilitateurs/Freins éventuels à la mise en œuvre de la fiche	
<p>Éléments facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dynamisme de la coordination régionale des PASS - Groupements hospitaliers territoriaux - Fédération santé habitat - Outil via trajectoire <p>Freins éventuels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'attribution par le national de places SMS - Diminution des MIGAC - Mobilisation variable des Directions des établissements de santé au regard de la démographie des professionnels de santé ou des stratégies locales prioritaires 	

Evaluation de la mise en œuvre de la fiche**Résultats attendus pour les publics concernés :**

- La mobilisation de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale est garante d'une prise en charge globale et permet l'engagement dans un parcours de soins et sa continuité

Suivi du processus :

- Rapports d'activité des SMS, des PASS, formalisation des plans d'actions
- Relevés des réunions de coordination

Indicateurs de résultat :

- Taux de permanences d'accès aux soins de santé disposant d'un temps médical formalisé (cible : 100 % en 2020. La région dispose en 2017 de 20 PASS).
- Taux de bilans médicaux de sortie réalisés par unité sanitaire (cible : 100 % en 2022).
- Taux du maillage régional de l'offre en lits halte soins santé (cible : 100 %. Soit, les 8 départements que compte la région disposeront de places LHSS. A ce jour, seuls la Côte d'Or, la Saône et Loire et le Doubs disposent de places en LHSS).
- Déploiement du dispositif « un chez soi d'abord » (cible : 105 bénéficiaires en 2022).
- Nombre de sorties d'hospitalisation accompagnées dans le cadre du dispositif Sortie Hospitalisation GIE. Impa proposé par la CARSAT.

6-7 - Observation et analyse du parcours de santé des personnes en situation de précarité

Objectif général n°6 : S'inscrire, sur le territoire régional, dans une démarche permanente d'analyse des facteurs de moindre accès et recours aux soins des publics précaires afin de mieux prévenir les risques de rupture de leur parcours de santé.

Objectif opérationnel 6.1 : Disposer d'indicateurs pertinents sur la précarité et les risques de précarisation (logique quantitative).

Objectif opérationnel 6.2 : Identifier les points de défaillance dans l'accès et le recours aux soins (logique d'enquête qualitative).

Enjeux de l'action

Il ne s'agit ni de se juxtaposer ou faire doublon avec les études, enquêtes, observatoires déjà mis en place mais de s'articuler avec ces derniers et de compléter les travaux existants afin de mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre sur les territoires de notre région dans le moindre accès et recours aux soins.

Cet éclairage nouveau permettra, tout au long de la mise en œuvre du PRAPS, un meilleur ciblage des publics et une territorialisation plus efficiente des actions mises en œuvre. L'intérêt étant de ne pas vouloir confirmer des hypothèses faites au préalable mais bien de laisser émerger, sans a priori, des informations auxquelles nous n'aurions pas pensé lors de l'élaboration du Programme.

Nature de l'action

Etude :

- Logique de recueil et exploitation de données quantitatives socio-économiques territorialisées. (Le recueil de données fera appel aux données disponibles source DRDJSCS, travaux INSEE, données d'activité...ainsi qu'aux données de recherches documentaires)
- Logique d'enquête qualitative. Basée sur un travail d'entretien avec les usagers et acteurs de la région BFC ainsi qu'une analyse de parcours usager sur ce territoire et des points de rupture sachant qu'un schéma de ces derniers a été établi lors des travaux du parcours précarité. La conduite de ce type d'enquête nécessite une expertise et une équipe de recherche spécialisée

Création d'un outil :

Détermination de données qualitatives pertinentes directement corrélées aux facteurs de moindre accès et recours aux soins identifiés dans l'étude.

Accompagnement sur la méthodologie de collecte des données, sur la création et l'alimentation d'un tableau de bord actualisable annuellement dans le cadre de la mise en œuvre et du suivi du PRAPS.

Des liens seront effectués avec le Réseau d'Observation Sanitaire et Social (ROSS) de Bourgogne-Franche-Comté, l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), ainsi que les têtes de réseaux (FAS, URIOPSS...) pour la mobilisation des acteurs de terrain.

Planification prévisionnelle de la mise en œuvre de l'action

4ème trimestre 2017 :

- Lancement marché public de services
- Choix du prestataire

1^{er} trimestre 2018 :

- Réunion de lancement entre le prestataire retenu et le Comité stratégique afin de finaliser la méthodologie et le planning détaillé de l'évaluation

Éléments facilitateurs/Freins éventuels à la mise en œuvre de l'action**Frein éventuel :**

- Marché infructueux

Evaluation de l'action**Résultats attendus pour les publics concernés :**

- Les risques de rupture de leur parcours de santé sont mieux repérés et prévenus localement

Indicateurs de résultat :

- Renseignement annuel d'un outil de recueil de données qualitatives pertinentes directement corrélées aux facteurs de moindre accès et recours aux soins identifiés dans notre région