



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

PRAPS 2023 - 2028

SOMMAIRE

PREAMBULE.....	4
1. ELEMENTS CLES POUR LA REVISION DU PRAPS	6
1.1 Eléments du bilan du PRAPS 2018-2023	6
1.2 Points de rupture	13
1.3 Eléments de diagnostic	16
2. PUBLICS PRIORITAIRES.....	19
3. RENFORCEMENT DE LA STRATEGIE DE PREVENTION ET DE REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE.....	21
3.1 NOUVELLE GOUVERNANCE.....	21
3.1.1 Collectif partenarial.....	22
3.1.2 Articulation avec les parcours et les autres projets de l'agence	27
3.1.3 Territorialisation.....	27
4. PLACE DE LA PERSONNE AU SEIN DE LA STRATEGIE.....	29
5. STRATEGIE OPERATIONNELLE DU PRAPS 2023-2028.....	30
5.1 AXE 1 : PLACE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE AU SEIN DU SYSTEME DE SANTE ET RENFORCEMENT DES COMPETENCES ET CONNAISSANCES DES DIFFERENTS ACTEURS POUR UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LEUR SANTE	30
5.1.1 Démocratie sanitaire.....	30
5.1.2 Pair Aidance	30
5.1.3 Interprétariat en santé.....	31
5.1.4 Montée en compétence des acteurs œuvrant dans le champ de la précarité.....	33
5.2 AXE 2 : ADAPTATION ET PERSONNALISATION DES REPONSES D'ACCES A L'OFFRE DE PREVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT VERS LA SANTE	34
5.2.1 Espace mobile de santé.....	34
5.2.2 Médiation en santé	35
5.2.3 Promotion des bonnes pratiques en matière d'hygiène dans les structures d'accueil des personnes migrantes	36
5.2.4 Dépistage des pathologies chroniques au sein des structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion	37
5.2.5 Rendez-vous santé migrant.....	37
5.3 AXE 3 : DIVERSIFICATION ET DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE ET SANITAIRE.....	39
5.3.1 Consolidation de l'offre médico-sociale population à difficulté spécifique (SMS PDS) avec hébergement.....	39
5.3.2 Développement de l'offre « aller vers » médico-sociale	40
5.3.3 Renforcement de la mission des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	41
5.3.4 Renforcement des équipes mobiles psychiatrie précarité	42
6. LES MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES.....	44
7. LES MODALITES D'EVALUATION DU PRAPS.....	46

PREAMBULE

La crise de la Covid-19 a mis en exergue le cumul des inégalités sociales face à une crise sanitaire avec :

- Les risques d'exposition de certaines populations à la précarisation, la pauvreté et l'exclusion sociale.
- La prévalence plus importante de certaines pathologies chroniques dans les territoires défavorisés.
- Les différences de prise en charge.

Dès lors, le parcours santé des personnes en situation de précarité doit être conforté par un renforcement collectif de la lutte contre les inégalités sociales de santé, la poursuite de la prise en compte de la parole de ces personnes et le déploiement de « l'aller vers » qui permettra de répondre au mieux à leurs besoins dans la proximité.

Ce parcours a été décliné au travers du PRAPS Bourgogne-Franche-Comté 2018-2023 avec pour ambition de faire reculer les inégalités de santé en relation avec les risques d'exposition de certaines populations. Le bilan d'actions spécifiques mises en œuvre dans le cadre de ce programme montre bien les efforts réalisés notamment pour améliorer, sur notre territoire régional, l'accompagnement des plus démunis vers l'accès aux droits et aux soins mais également vers la prévention et l'éducation à la santé. Le PRAPS était également un outil complémentaire de la déclinaison des autres politiques publiques : plan national « Priorité Prévention », pour développer une politique de promotion de la santé et de prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie, stratégie « Ma Santé 2022 », feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » ainsi que de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté.

La mesure 27 issue du Ségur de la santé soutient la synergie partenariale et les efforts engagés sur les territoires dans le cadre de la réduction et de la lutte contre ces inégalités de santé. Cette dernière donne ainsi la possibilité aux ARS de renforcer la gouvernance stratégique pour la réduction de ces inégalités en étendant le réseau des acteurs qui travailleront ensemble sur des actions communes.

Cette nouvelle gouvernance, tant à l'échelon régional qu'à l'échelon territorial, contribuera à l'efficacité du parcours santé des personnes en situation de précarité sur notre territoire.

Le PRAPS a, quant à lui, été revisité en s'appuyant sur des éléments clés du bilan du PRAPS 2018-2023 et de diagnostic.

Il s'inscrit également en cohérence avec les axes de la stratégie pauvreté portée par le gouvernement. La levée des freins « santé » en matière d'insertion par l'emploi ou encore la prévention de la bascule vers la pauvreté sont notamment autant de mesures qui doivent s'articuler avec l'esprit et les actions du PRAPS.

Il s'articule autour de trois axes auxquels seront rattachées des actions spécifiques prioritaires :

- ⇒ **Axe 1 : Place des personnes en situation de précarité au sein de notre système de santé et renforcement des compétences et connaissances des différents acteurs pour une meilleure prise en compte de leur santé.**
- ⇒ **Axe 2 : Adaptation et personnalisation des réponses d'accès à l'offre de prévention et accompagnement vers la santé.**
- ⇒ **Axe 3 : Diversification et développement de l'offre médico-sociale et sanitaire pour les personnes les plus fragiles socialement/éloignées du système de santé/exclues.**

Il est fondé sur quatre principes majeurs, à savoir :

- La conception d'une stratégie partagée avec les différents 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.
- L'approche globale de la santé des publics les plus fragiles d'entre nous.
- La priorisation d'interventions et le développement d'une offre médico-sociale permettant de répondre aux besoins des plus fragiles d'entre nous en allant au-devant et au plus près d'eux et au plus près de leur lieu de vie et fondées sur une approche globale de leur santé.

1. ELEMENTS CLES POUR LA REVISION DU PRAPS

1.1 Eléments du bilan du PRAPS 2018-2023

Malgré la crise sanitaire survenue début 2020, avec un premier confinement strict lors de la 1^{ère} vague de l'épidémie et un deuxième confinement, les actions et dispositifs mis en œuvre dans le cadre du PRAPS ont continué à se développer en s'adaptant au contexte sanitaire et aux nouveaux besoins générés par la crise. Quelques exemples ci-après en sont l'illustration.

Maintenir la place des usagers au cœur du PRAPS

Afin de développer la place des usagers au sein du PRAPS, l'ARS s'est appuyée sur deux opérateurs régionaux : la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) et l'Instance Régionale d'Education et de la Promotion de la Santé (IREPS).

Des représentants du Conseil Régional des Personnes Accueillies ou accompagnées ont été associés aux travaux du PRAPS et ont participé aux instances et commissions d'appels à projet. La FAS sensibilise et forme ces personnes sur le fonctionnement des institutions, des politiques publiques et des missions des différents acteurs afin de faciliter leur compréhension des enjeux et leur participation effective aux instances et groupes. La pair-aidance est une démarche dans laquelle une personne concernée par un parcours de vie difficile (expérience d'addiction, parcours locatif précaire, problématiques de santé mentale, etc.), et ayant mis ses difficultés à distance, choisit d'utiliser cette expérience personnelle pour aider des personnes rencontrant à leur tour des épreuves de vie similaires. Depuis 2019, le PRAPS BFC soutient la formation à la médiation pair dispensée par la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) afin de conforter la place de la personne au sein de ce programme et le déploiement de la médiation pair dans les pratiques d'intervention auprès des publics en difficulté.

Dans le cadre de son plan d'actions précarité contribuant à la mise en œuvre du PRAPS, l'IREPS propose un accompagnement sur mesure. Ce dernier intègre les modalités de mobilisation des publics aux actions qui les concernent.

Dispenser une information lisible et accessible aux personnes en situation de précarité

L'IREPS avec l'appui de la FAS et en concertation avec les acteurs du champ social a élaboré des documents permettant une communication simple et compréhensible sur la Covid à destination des personnes en situation de grande précarité.

☞ **Renforcer les compétences et les connaissances des acteurs pour une meilleure prise en compte de la santé des personnes en situation de précarité**

L'accompagnement « sur mesure » des acteurs par l'IREPS pour la construction d'actions santé destinées aux personnes en situation de précarité s'appuie sur différentes stratégies d'intervention en promotion de la santé afin d'agir sur un grand nombre de déterminants. Il vise à favoriser les échanges entre les professionnels, renforcer les compétences, l'interconnaissance et la mise en réseau autour des parcours des personnes.

Dans chaque département, cet accompagnement a pu recouvrir différents types d'activités qui parfois se combinaient selon les besoins des acteurs. Ces actions ont été d'une part, plus ciblées territorialement avec la priorisation d'acteurs et d'autre part, la thématique santé prévention Covid a été depuis 2020 au cœur des préoccupations des acteurs.

☞ **Adapter et personnaliser les réponses d'accès à l'offre de prévention et d'accompagnement vers la santé**

- **L'Espace mobile santé**

L'espace mobile santé (EMS) a pour vocation de s'installer dans des territoires et communes ciblés au regard de critères socio-économiques et sanitaires préalablement définis. Il s'installe en deux demi-journées, de 3 heures chacune, organisées à 15 jours d'intervalle. La première demi-journée a pour objectif de faciliter l'accès aux droits de santé par l'information, l'étude des situations individuelles et l'accompagnement à l'ouverture des droits. La deuxième demi-journée a pour objectif de permettre aux personnes de réaliser un bilan de santé à travers une consultation médicale de prévention. Au cours des deux demi-journées, un espace prévention et promotion de la santé est organisé afin de sensibiliser, informer, accompagner et orienter les personnes sur différentes thématiques de santé. Il s'appuie sur un partenariat volontariste entre acteurs institutionnels, associatifs, collectivités territoriales, professionnels du champ sanitaire, social, médico-social et usagers. Il a été expérimenté sur le Territoire de Belfort dès 2018 et son déploiement se poursuit sur la base d'un guide, réalisé en 2020, pour accompagner l'analyse de l'applicabilité du dispositif sur d'autres territoires.

- **La médiation sanitaire auprès des gens du Voyage**

Ce projet a été travaillé, au cours du dernier semestre 2019, avec l'association Gadjé qui intervient auprès des Gens du Voyage sur les départements franc-comtois. Elle a débuté, malgré la crise Covid, en 2020. Des permanences santé ont été mises en place au sein d'antennes de l'association. Par ailleurs, l'association est intervenue sur les différentes aires et lieux de stationnement ou de vie de Franche-Comté. Avec l'arrivée de la Covid, la médiation sanitaire s'est principalement axée sur l'accès à l'information sur les gestes barrières, les réponses à apporter aux inquiétudes et questionnements des familles rencontrées et également sur les conditions de vie afin de faciliter le respect des règles lors des périodes de confinement. En 2021, la médiation sanitaire a largement contribué à la gestion des clusters dans les aires de la Franche-Comté, facilitant ainsi le travail des CDI et l'intervention des Médiateurs de Lutte Anti-COVID (MLAC).

- **La promotion des bonnes pratiques en matière d'hygiène dans les structures d'accueil et d'hébergement pour migrants**

Ce projet, initié au second semestre 2019, a été mis en œuvre en 2020 pour les structures d'accueil et d'hébergement pour migrants de l'Yonne. Les journées de formation destinées aux professionnels de ces structures initialement prévues en mars et avril 2020 ont été reportées, en raison du confinement de la première vague, et se sont déroulées en présentiel et dans le respect des consignes sanitaires en vigueur en septembre 2020. A l'issue de cette formation il a été proposé aux professionnels bénéficiaires un accompagnement à la mise en place de stratégies en promotion de la santé, la mise à disposition de ressources d'information pédagogiques et une formation à leur utilisation. Cette action répliquable pour les structures d'accueil et d'hébergement pour migrants de BFC a débuté en 2022 sur les autres départements.

- **Le réseau régional de prise en compte de la souffrance psychosociale des jeunes de 16 à 25 ans accueillis en mission locale**

Ce réseau porté par l'association régionale des missions locales (ARML) et soutenu dans le cadre du PRAPS vise à prendre en compte la souffrance psychosociale de ces jeunes pour lever le frein qu'elle constitue à la réalisation de leur parcours vers l'emploi et la formation. Ce projet comprend une seule action qui est la mobilisation de prestataires spécialisés (psychologues cliniciens) intervenants de façon intégrée au sein des locaux des 20 missions locales parties prenantes de ce projet. L'objectif est d'intervenir directement auprès des jeunes afin d'aider à lever les freins périphériques en matière de santé mentale pouvant retarder ou bloquer leurs parcours d'accompagnement vers l'insertion professionnelle. Les bénéficiaires sont orientés par les conseillers en insertion vers le psychologue prestataire. Les modalités d'intervention des psychologues prestataires prennent notamment la forme :

- D'entretiens individuels avec les jeunes bénéficiaires.
- D'ateliers collectifs avec les jeunes bénéficiaires.
- D'entretiens individuels avec les conseillers de la Mission Locale dans le cadre de l'orientation et de l'accompagnement des bénéficiaires.
- D'entretiens avec des partenaires extérieurs à condition que ceux-ci soient liés directement à l'orientation et aux situations des jeunes bénéficiaires de l'action pour un passage de relais vers le droit commun en santé mentale.

☞ ***Enrichir et diversifier l'offre sanitaire et médico-sociale pour permettre aux personnes les plus fragiles socialement/exclues de bénéficier d'une prise en soins et d'une continuité de ces derniers***

- **Dans le champ sanitaire**

Les permanences d'accès aux soins de santé :

La Bourgogne-Franche-Comté compte 17 sites de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) généralistes. Bien que ces PASS permettaient l'accès aux soins des personnes qu'elles accueillent, en 2018 sept sites ne disposaient pas d'un temps médical « attitré ». Fin 2022, seuls 3 sites ne disposent pas de temps médical. Parallèlement, la coordination régionale des PASS de BFC a été renforcée. Elle s'est mobilisée pendant la crise Covid en élaborant une procédure permettant aux structures sociales confrontées à des clusters de faire appel à elle pour un appui méthodologique et pour fournir des conseils. Un annuaire des PASS de BFC a été réalisé et mis à jour régulièrement.

Les équipes mobiles psychiatrie précarité :

La Bourgogne-Franche-Comté disposait en 2018 de 7 équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). Une 8ème EMPP a été créée en 2020 et des travaux sont engagés pour la création d'une 9ème EMPP notamment pour desservir le Nord Franche-Comté. Parallèlement, 5 EMPP existantes ont été renforcées en moyens humains en prenant en compte leurs moyens financiers, le nombre de places du champ social présentes sur leurs territoires respectifs, le bilan réalisé depuis leur création et leur projet.

L'expérimentation article 51 SEC (structure d'exercice coordonnée) participative :

Le pacte des solidarités en cours de concertation prévoit le déploiement d'une centaine de maisons de santé participatives supplémentaires à l'échelle nationale.

Les centres et maisons de santé « participatifs » (également appelés « communautaires ») visent à offrir une prise en charge sanitaire et sociale en ville de premier recours, tournée vers les besoins de leurs usagers et généralement implantés dans des territoires défavorisés. Cette prise en charge est particulièrement adaptée aux populations précaires ou éloignées du soin car fondée sur un accompagnement médico-psychosocial assuré par une équipe pluri-professionnelle, associant notamment des médecins généralistes et auxiliaires médicaux, des psychologues, des agents d'accueil, des médiateurs en santé et des interprètes professionnels. Ces professionnels font participer les usagers au projet de santé de la structure, en visant à les rendre acteurs de leur propre santé. Un appel à candidatures, clôturé le 21 octobre 2021, a été lancé par le ministère chargé des solidarités pour sélectionner des candidats volontaires pour expérimenter durant une période de 2 ans un modèle économique pour une vingtaine de structures (dont six admises d'office dans l'expérimentation). L'objectif est d'intégrer ce modèle dans le droit commun selon des paramètres financiers susceptibles d'évoluer en fonction des résultats observés et d'inscrire ainsi la santé communautaire dans un modèle économique pérenne et soutenable. La candidature du Centre de Santé Léon Blum de Belfort a été retenue par le ministère chargé des solidarités.

Le projet Eros « Ecoute-Régulation-Orientation Sociale » :

Ce projet innovant et expérimental d'une durée de 3 ans a été co-construit par le service social des patients du CHU de Dijon et le service intégré d'accueil et d'orientation de la Côte d'Or (SIAO 21). Il couvre le territoire du groupement hospitalier de territoire 21-52 (GHT). L'expérimentation a débuté en janvier 2022. Elle doit permettre au centre de réception et de régulation des appels (CRRA) :

- De prendre en compte les publics vulnérables relevant d'une problématique sociale et/ou médicosociale (prévention, anticipation, relais social et organisation des hospitalisations).
 - D'inscrire le secteur pré hospitalier et hospitalier du département dans une dimension de prévention en appui au Service d'Accès aux Soins (SAS) et ses différentes filières de régulation : Médecine d'Urgence, Médecine Générale, Vigilans, hotline gériatrique, psychiatrie et médecine non urgente (Prévention des hospitalisations, des ré-hospitalisations et des ruptures de soins).
 - De coordonner la prise en charge entre les différents acteurs de la santé, prestataires à domicile et du champ sanitaire et social pour ces publics spécifiques (grande précarité, secteur Accueil, Hébergement, Insertion (AHI), handicap, personnes âgées vulnérables etc.).
- **Dans le champ médico-social des populations à difficultés spécifiques**

Le réseau régional des structures médicosociales pour populations à difficultés spécifiques (SMS PDS) instauré et animé par l'ARS a été un réel atout pour une répartition équitable de l'offre, des autorisations et ouvertures rapides des places avec une forte implication et dynamique des gestionnaires.

Les appartements de coordination thérapeutique classiques (ACT) :

Depuis 2010, la région Bourgogne-Franche-Comté poursuit sa dynamique dans le cadre de l'optimisation du maillage territorial.

Début 2018, la région disposait de 49 places d'appartement de coordination thérapeutique (ACT) et fin 2022 de 128 places réparties dans tous les départements. A noter que parmi ces places, certaines peuvent être dédiées aux personnes sous-main de justice non incarcérées/sortantes de prison et d'autres à l'accueil d'enfants, nécessitant un accompagnement pédiatrique, et à leur famille.

Les ACT répondent à des situations complexes sanitaires et sociales qui nécessitent un accompagnement pluridisciplinaire. Le bilan national réalisé en 2020 par la Fédération Santé et Habitat précise que la proportion de personnes accueillies âgées de plus de 45 ans est la plus élevée en BFC (75,0%), et que les maladies neurologiques dégénératives sont la pathologie avec la plus forte prévalence soit 25%.

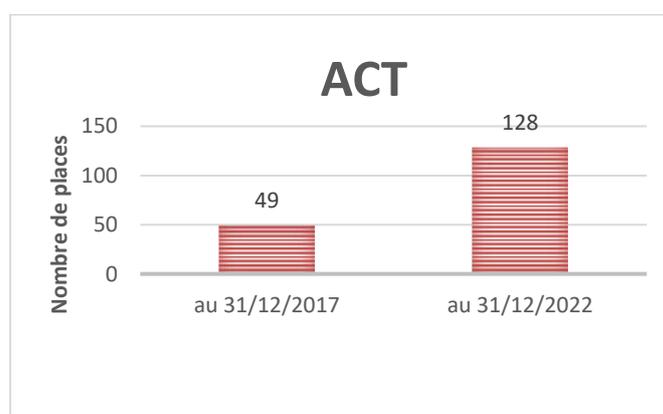


Figure 1 : évolution du nombre d'appartements de coordination thérapeutique

La Direction Générale de la Santé (DGS) travaille actuellement, en étroite concertation avec la Fédération Santé Habitat et des ARS, dont l'ARS BFC, à la révision de la trame du rapport d'activité des ACT. Cette nouvelle trame est attendue pour le 1^{er} semestre 2023 et intégrera également l'activité des ACT hors les murs.

Le dispositif « Un chez soi-d'abord »:

Début 2018, la BFC ne disposait pas de dispositif Un chez soi d'abord (UCSD). Fin 2022, elle dispose d'un UCSD métropole : 110 places au sein de Dijon métropole et d'un UCSD ville intermédiaire doté de 55 places à Besançon. Une expérimentation a débuté sur Dijon pour 6 places UCSD jeunes portée par le groupement de coopération sanitaire et médico-social (GCSMS) UCSD Dijon métropole. Cette même expérimentation débutera en 2023 sur Besançon portée par le GCSMS Besançon ville intermédiaire.

Les lits halte soins santé avec hébergement (LHSS):

Début 2018, la région disposait de 36 lits haltes soins santé (LHSS). Fin 2022, leur nombre atteint 92 lits. Fin 2018, 5 départements ne disposaient pas de cette offre (89, 58, 39, 70, 90) alors que fin 2022, seul le département du Territoire de Belfort n'a pas encore de places ouvertes. Les 6 places autorisées dans ce département ouvriront au second semestre 2023.

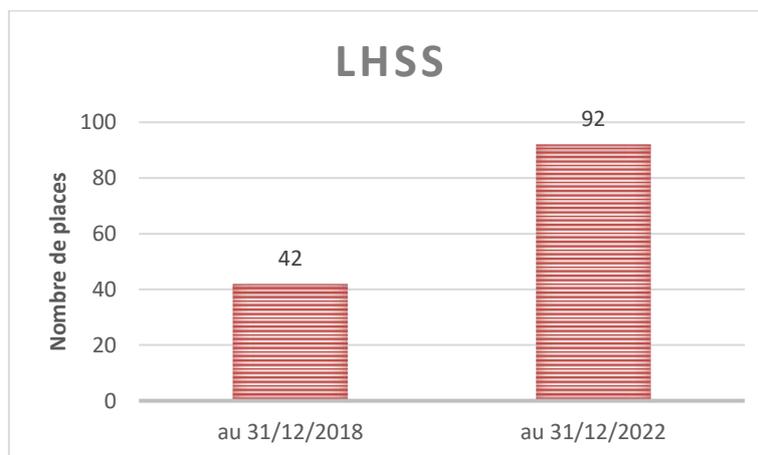


Figure 2 : évolution du nombre de lits halte soins santé

La monographie réalisée par le cabinet Planète publique à la demande de l'ARS en octobre 2022 met en exergue les points ci-après (cf le rapport d'évaluation du PRS Bourgogne-Franche-Comté sur le site Internet de l'ARS¹ et la fiche Evaluation du SRS 2018-2023 et du PRAPS 2018-2023 – Principaux enseignements et recommandations du Préambule du SRS 2023-2028).

¹ <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/evaluation-du-prs-bourgogne-franche-comte>

Concernant les publics accueillis au sein des LHSS :

- Les publics bénéficiaires des LHSS sont issus pour plus de la moitié d'établissements de santé (services sociaux des CH et PASS) ; le passage à l'hôpital étant souvent déclencheur de la mise en place d'un parcours d'accompagnement en santé.
- Le public des LHSS est généralement masculin avec un besoin de soin à la suite d'une hospitalisation, associé à une polypathologie et parfois des troubles psychiatriques. Le public accueilli en LHSS est très varié en termes de pathologies et donc de besoins de soins et d'accompagnement social, nécessitant ainsi une adaptabilité de l'équipe et le développement d'une offre LHSS complète.
- Les acteurs notent une augmentation des dossiers pour des profils de plus en plus complexes, alliant besoins de soins et polypathologies, voire troubles psychiatriques.

Concernant la réponse apportée par les LHSS :

- Les évolutions et le développement de l'offre LHSS est pertinente et satisfaisante et elle apporte une réponse aux besoins identifiés sur le territoire. En effet, cette offre sanitaire et sociale apporte les soins nécessaires, un lieu de repos et un accompagnement (actualisation des droits, accompagnement vers plus d'autonomie, projet de soin et construction d'un parcours de suite).
- Dans la majorité des cas observés, les personnes accueillies se voient proposer une solution d'hébergement à la suite de leur passage. Les profils qui posent des difficultés en termes d'orientation par la suite sont ceux sans droits ouverts ou avec des maladies psychiatriques lourdes.
- Des freins se présentent à l'orientation en sortie, tels que l'offre limitée dans les départements (par exemple, un nombre de places en LAM limité), la durée jugée parfois insuffisante des séjours en LHSS au regard des pathologies et les situations complexes des personnes pour construire un projet de sortie.

Les lits d'accueil médicalisés (LAM) :

Début 2018, la région ne disposait pas de places de lits d'accueil médicalisés (LAM). Fin 2022, 20 places sont ouvertes sur le site de Montceau les Mines et 15 nouvelles places ouvriront fin 2023 sur Dijon. Par ailleurs, un appel à manifestation d'intérêt sera lancé, premier semestre 2023, pour la création de 14 places ciblant le territoire franc-comtois.

L'offre d'aller vers pour les personnes les plus éloignées de l'offre de droit commun :

Le décret N° 2020-1745 du 29 décembre 2020 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « Lits halte soins santé » « lits d'accueil médicalisés » et « appartements de coordination thérapeutique » a ouvert de nouvelles modalités de prise en charge s'inscrivant dans une approche « d'aller-vers ». L'ARS BFC a anticipé, dans le cadre du réseau régional SMS PDS, ces nouvelles modalités donnant ainsi la possibilité aux gestionnaires d'ACT classiques et de LHSS avec hébergement de proposer une offre « d'aller-vers » médico-sociale.

- La mission complémentaire des ACT classiques : les places ACT hors les murs

En 2019, la BFC a débuté l'expérimentation de 10 places ACT hors les murs : 5 en Haute-Saône et 5 dans la Nièvre. Ces dernières ont été pérennisées fin 2021. Fin 2022, la BFC dispose de 74 places ACT hors les murs. L'ensemble des gestionnaires d'ACT classiques (hormis un gestionnaire) de BFC ont souhaité développer ces nouvelles modalités de prise en charge.

- La mission facultative des LHSS avec hébergement : le LHSS mobile

L'outil « d'aller vers » est une réponse attendue et adaptée aux besoins. Ce travail a permis de doter en 2021 tous les sites LHSS avec hébergement ouverts sur notre région, leur offrant ainsi la possibilité de déployer cette mission facultative. La monographie précitée souligne aussi que cette offre « d'aller-vers », en développement, est jugée très pertinente car en complément des LHSS avec hébergement.

En BFC, 10 équipes LHSS mobiles ont ainsi été financées. Puis en 2023, l'ARS BFC a renforcé et étendu le périmètre géographique d'intervention de certains LHSS mobiles existants selon le besoin. Au 31/12/2022, la file active est de 471 situations suivies. Un appel à manifestation d'intérêt est prévu en 2023, pour créer des équipes mobiles santé précarité (EMSP) ciblant des territoires où il est difficile d'étendre le périmètre d'intervention des LHSS mobiles.

1.2 Points de rupture

Amélioration des points de rupture identifiés en 2018

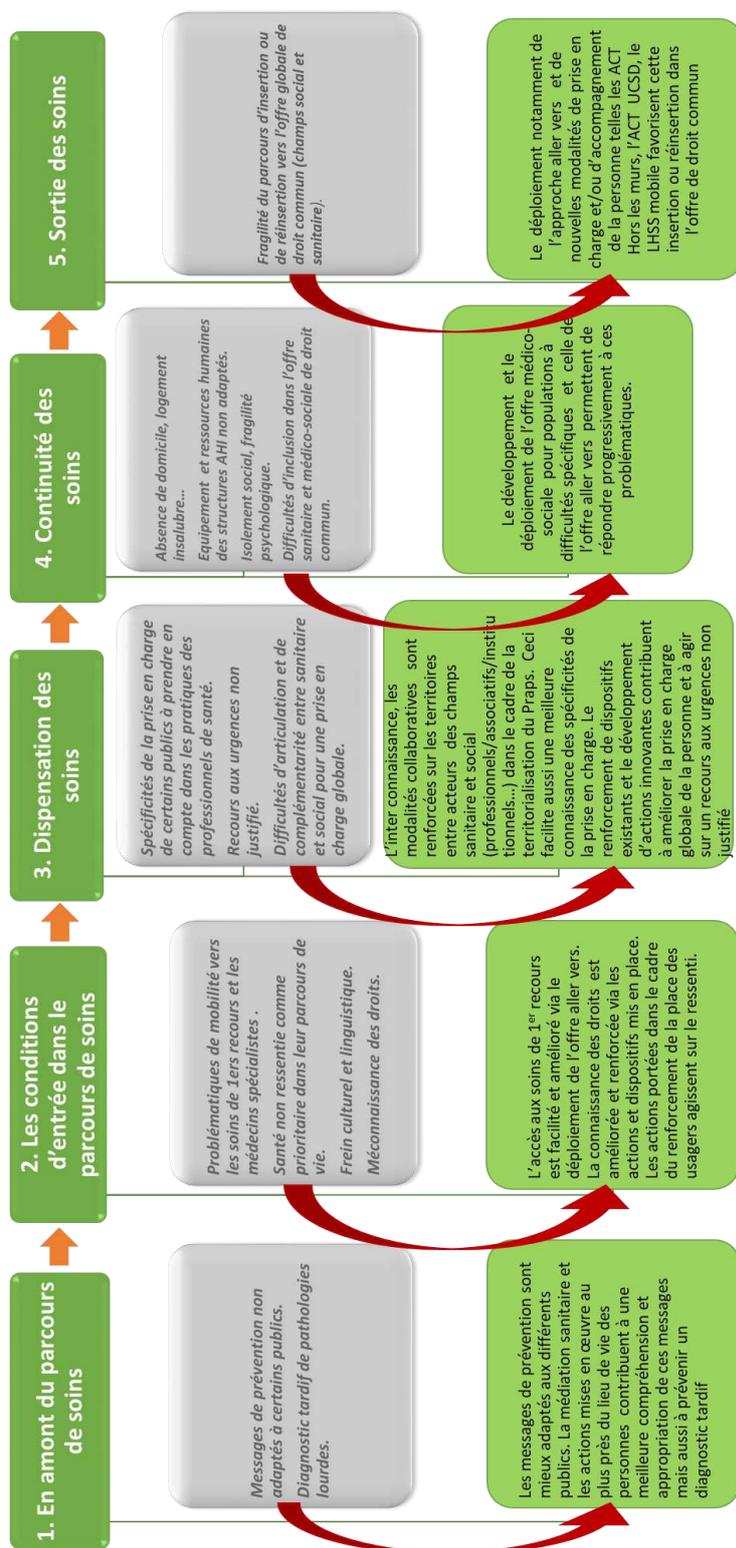


Figure 3 : amélioration des points de rupture identifiés en 2018

⇒ Les efforts mis en œuvre doivent être poursuivis dans le cadre du PRAPS 2023-2028

📍 Points de rupture persistants ou nouveaux

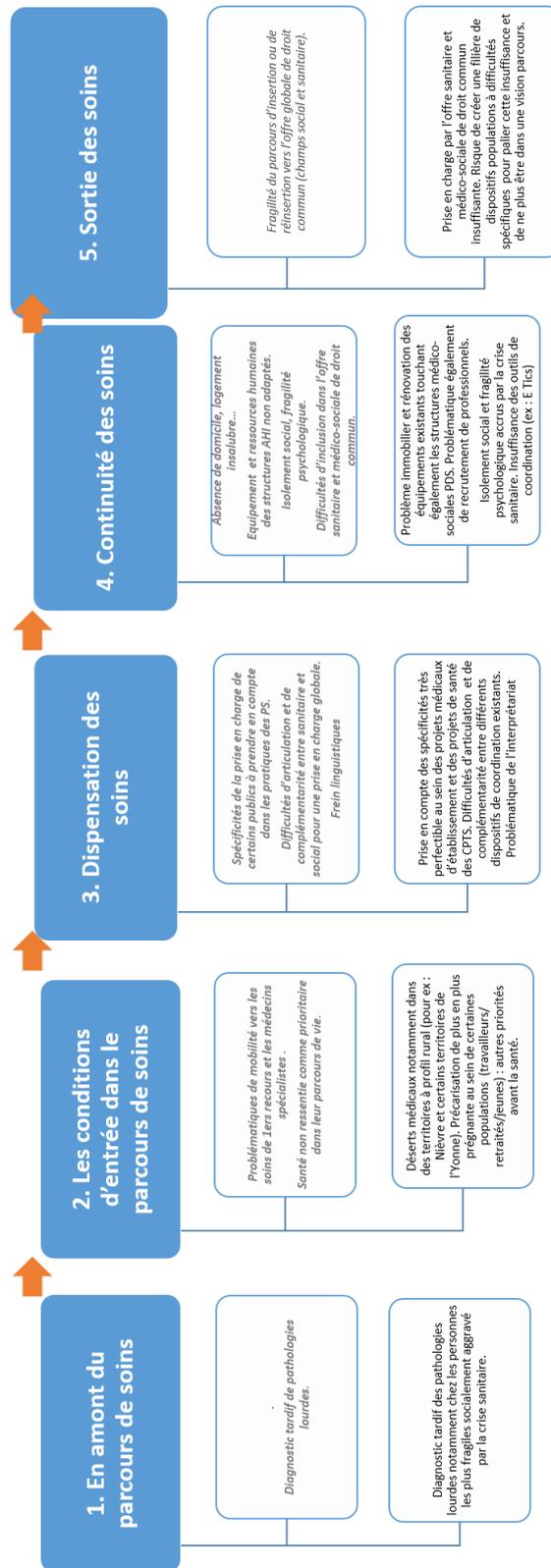


Figure 4 : Points de rupture persistants ou nouveaux

Le renforcement de l'articulation entre le PRAPS 2023-2028 et la déclinaison régionale de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté, le renforcement des modalités collaboratives entre les différents services de l'état alliés à une territorialisation efficiente du PRAPS ont pour objectif d'agir sur ces points de rupture.

1.3 Eléments de diagnostic

En novembre 2022, la Bourgogne-Franche-Comté compte 197 850 personnes au chômage (contre 152 981 en 2018) et 55 600 d'entre elles sont âgées de 50 ans et plus².

En 2019, le taux de pauvreté en Bourgogne-Franche-Comté est inférieur au taux national (12,8 % vs 14,5 %) toutes classes d'âges confondues. Il a très peu évolué par rapport à 2013 (13,0 % en Bourgogne-Franche-Comté vs 14,5 %).

Il existe des disparités marquées entre les départements. La Nièvre (15,5 %), le Territoire de Belfort (14,7 %) et l'Yonne (14,5 %) présentent les taux de pauvreté les plus élevés. À l'inverse, on observe les taux les plus faibles en Côte-d'Or (11,2 %), dans le Jura (11,4 %) ainsi que dans le Doubs (12,1 %).

En 2019, le revenu disponible médian par Unité de consommation (UC), encore appelé « niveau de vie » médian, s'élève à 21 640 € en Bourgogne-Franche-Comté (21 930 € au niveau national). Au niveau départemental, les valeurs les plus faibles sont observées dans la Nièvre, en Haute-Saône et dans l'Yonne (niveaux de vie médians inférieurs à 21 000 €), le Territoire de Belfort, la Côte-d'Or et le Doubs présentant les valeurs les plus élevées (supérieures à 22 000 €).

Taux de pauvreté et revenu disponible médian par départements en BFC

	*Taux de pauvreté (%)	Revenu disponible médian par UC (en €)
Côte-d'Or	11,2	22 590
Doubs	12,1	22 750
Jura	11,4	21 880
Nièvre	15,5	20 510
Haute-Saône	12,9	20 840
Saône-et-Loire	12,9	21 000
Yonne	14,5	20 920
Territoire de Belfort	14,7	22 050
Bourgogne-Franche-Comté	12,8	21640
France métropolitaine	14,5	21 930

**Le taux de pauvreté correspond à la proportion d'individus dont le niveau de vie est inférieur, pour une année donnée, au seuil de pauvreté.*

Sources : Insee, Filosofi (2019) - Exploitation ORS

Tableau 1 : Taux de pauvreté et revenu disponible médian par départements en BFC

² Source : <https://statistiques.pole-emploi.org/stmt/publication>

Fin 2020, en Bourgogne-Franche-Comté, 64 150 personnes bénéficient du revenu de solidarité active (RSA), soit 4,9 % des ménages ; ce taux est inférieur à celui observé en France métropolitaine (6,4 %). Au niveau départemental, le Territoire de Belfort (7,1 %), l'Yonne (6,2 %) et la Nièvre (6,0 %) présentent des taux d'allocataires parmi les ménages, les plus importants, au contraire du Jura (3,4 %).

A cette même date, on compte un peu plus de 67 500 allocataires dépendant à 100 % des prestations sociales. Ils représentent 12,1 % de l'ensemble des allocataires de ces prestations. Cette part est inférieure à celle observée au niveau national (13,3 %). Au niveau infrarégional, le taux est nettement plus élevé dans la Nièvre (17,3 %), et moindre en Côte-d'Or (9,9 %) et dans le Jura (10,1 %).

À l'échelle infra-départementale, la communauté de communes de Montbenoit présente à la fois les proportions d'allocataires du RSA et d'allocataires dépendants à 100 % des prestations sociales les plus faibles (respectivement 0,7 % et 3,0 %). A l'opposé, les proportions les plus élevées sont observées dans la communauté de communes du Jovinien et la communauté d'agglomération de Nevers (respectivement 9,1 % et 10,4 %).

Effectifs et taux d'allocataires du RSA et d'allocataires dépendant à 100 % des prestations sociales par départements en BFC

	Allocataires du RSA		Allocataires dép. à 100 % des prestations sociales	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Côte-d'Or	10 826	4,3	11 301	9,9
Doubs	13 430	5,5	14 140	12,7
Jura	4 072	3,4	4 734	10,1
Nièvre	6 043	6	7 153	17,3
Haute-Saône	4 502	4,2	4 877	11,2
Saône-et-Loire	11 169	4,4	12 127	11,5
Yonne	9 537	6,2	9 154	13,9
Territoire de Belfort	4 569	7,1	4 036	13,8
Bourgogne-Franche-Comté	64 148	4,9	67 522	12,1
France métropolitaine	1 844 383	6,4	1 852 164	13,3

Sources : Insee, *Filosofi* (2019) - Exploitation ORS

Tableau 2 : effectifs et taux d'allocataires du RSA et d'allocataires dépendant à 100% des prestations sociales par département

Fin 2019, en Bourgogne-Franche-Comté, 135 600 personnes affiliées au régime général (RG) d'assurance maladie bénéficient de la complémentaire santé solidaire (CSS), soit 7,6 % des assurés du RG de 18 ans et plus. Ce taux est inférieur de près de 2 points à celui observé en France métropolitaine. Au niveau départemental, le Territoire de Belfort (9,1 %), la Nièvre (9,0 %) et l'Yonne (8,1 %) présentent des taux de bénéficiaires de la CSS, parmi les assurés du RG, les plus importants, au contraire des départements du Jura (6,0 %) et de la Haute-Saône (6,7 %).

À l'échelle infra-départementale, selon les EPCI, la proportion de bénéficiaires de la CSS varie de 1,0 % (CC de Montbenoit) à 12,9 % (CA de Nevers).

Effectifs et parts de bénéficiaires de la CSS parmi les assurés du régime général de 18 ans et plus par départements en Bourgogne- Franche-Comté

	Effectifs des bénéficiaires de la CSS	Effectifs d'assurés du régime général d'assurance maladie	Part des bénéficiaires de la CSS
Côte-d'Or	23 920	334 391	7,2
Doubs	27 790	351 710	7,9
Jura	10 101	169 505	6
Nièvre	11 699	130 658	9
Haute-Saône	10 113	150 673	6,7
Saône-et-Loire	25 851	345 242	7,5
Yonne	17 228	213 559	8,1
Territoire de Belfort	8 914	97 776	9,1
Bourgogne-Franche-Comté	135 616	1 793 514	7,6
France métropolitaine	3 864 157	43 171 325	9

Source : SNDS (DCIRS) 31/12/2019 - Exploitation ORS

Tableau 3 : effectifs et parts de bénéficiaires de la CSS parmi les assurés du régime général de 18 ans et plus par département

Les 58 quartiers prioritaires de la ville (QPV) de notre région représentent 4% des QPV du niveau national (au 31/12/2020). 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).

L'ensemble des QPV de notre région regroupe 143 363 habitants soit 5,1% de la population régionale. Le taux de pauvreté dans l'ensemble des QPV au niveau régional est de 47,1 %, ce taux est supérieur au taux national qui est de 44,3%.

2. PUBLICS PRIORITAIRES

La pauvreté s'entend principalement comme une absence ou insuffisance de ressources (monétaires notamment). Il est également d'usage de parler de pauvreté « en conditions de vie ». Celle-ci mesure la part de la population incapable de couvrir les dépenses liées à au moins 8 éléments de la vie courante sur 27 considérés comme souhaitables, voire nécessaires, pour avoir un niveau de vie acceptable.

Des difficultés de quatre types différents sont observées :

- Insuffisance de ressources.
- Retards de paiement.
- Restrictions de consommation (chauffage, vacances alimentation...).
- Difficultés de logement (logement trop petit, bruyant, difficile à chauffer...).

Par ailleurs, le statut professionnel, la composition familiale et l'âge influent fortement sur le taux de pauvreté. Les catégories les plus touchées sont les chômeurs, les familles monoparentales et les retraités.

La précarité est une notion subjective renvoyant aux caractères pluridimensionnels de la pauvreté. Joseph WRESINSKI, fondateur du mouvement "Aide à Toute Détresse quart monde" en a donné une définition en 1981 dans le rapport Grande pauvreté et précarité économique : la précarité est « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet des chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir des droits par soi-même dans un avenir prévisible ». La précarité est un processus et peut être réversible. L'insécurité provoquée par une perte d'emploi, une séparation, une maladie peut être effacée par un changement de situation.

L'exclusion est un processus. Des personnes sont exclues de tous les droits ou seulement de certains droits. Elle ne concerne donc pas que les personnes sans domicile fixe mais aussi des jeunes adultes en rupture familiale, des femmes victimes de violence, des familles avec des enfants, des hommes et de femmes qui travaillent mais sont confrontés à des difficultés financières, des demandeurs d'asile, des personnes sortantes de prison, des personnes présentant des pathologies graves...

Au regard des éléments précités, la stratégie opérationnelle du PRAPS s'adressera prioritairement aux publics ci-dessous et ce qu'ils soient en milieu rural, semi-urbain ou urbain :

- Bénéficiaires de minima sociaux.
- Chômeurs.
- Travailleurs pauvres.
- Retraités pauvres.
- Personnes en insertion socio-professionnelle ou réinsertion socio-professionnelle.
- Enfants et jeunes majeurs accompagnés par ou confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE).
- Jeunes majeurs en difficulté sociale, en insertion, en sortie d'ASE...
- Familles monoparentales.
- Personnes sans domicile fixe, exclus/marginalisés.
- Personnes en logement insalubre.
- Migrants.
- Gens du voyage.
- Personnes sous-main de justice (non incarcérées) et sortantes de prison.

3. RENFORCEMENT DE LA STRATEGIE DE PREVENTION ET DE REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

3.1 NOUVELLE GOUVERNANCE

La lutte contre la précarité recouvre plusieurs champs et s'appuie sur différents leviers : les revenus de subsistance ; l'accès à l'emploi ou le retour vers l'emploi ; l'accès à un hébergement, le recours aux soins et leur continuité ; les compétences psychosociales, l'empowerment.

Cette lutte est un enjeu partagé par toutes et tous et accompagner au mieux sur notre territoire régional les personnes, en tenant compte de leur état de santé et de leur parcours de vie, est un axe majeur de cette dernière. Dès lors, nous devons renforcer la dynamique déjà engagée par les différents acteurs institutionnels, les collectivités territoriales, le milieu associatif dans une double perspective :

- Agir en complémentarité et en s'articulant ;
- Prévenir le risque de comitologie, de superposition d'instances de concertation et de groupes de travail qui impacte les acteurs de terrain et plus particulièrement sur les territoires où les ressources humaines se raréfient.

La mesure 27 du Ségur de la santé vise à poursuivre les efforts déjà à l'œuvre sur les territoires et l'instruction SGMAS/Pôle santé-ARS/DIPLP/2021/2 du 4 janvier 2021 précise les modalités de renforcement de la gouvernance stratégique de réduction des inégalités.

En BFC, dans le cadre de la mise en œuvre du PRAPS 2018 - 2023 et de la déclinaison régionale de la stratégie de lutte contre la pauvreté, l'ARS travaillait déjà en concertation avec le commissaire de lutte contre la pauvreté en Région. Ces modalités collaboratives sont poursuivies et confortées avec la mise en place par l'ARS de cette gouvernance renforcée. Pour ce faire, l'Agence a revisité le comité stratégique du PRAPS et a élargi celui-ci à de nouveaux membres.

L'instance de gouvernance régionale de stratégie renforcée de lutte contre les inégalités sociales en santé a été installée par l'ARS BFC le 13 octobre 2021. Elle se substitue au comité stratégique du PRAPS et a acté trois axes de travail que devra cibler la stratégie interventionnelle du PRAPS 2023 – 2028 :

- ⇒ Axe 1 : « Place des personnes en situation de précarité au sein du système de santé et renforcement des compétences et des connaissances des différents acteurs pour une meilleure prise en compte de la santé de ces personnes »
- ⇒ Axe 2 : « Adaptation et personnalisation des réponses d'accès à l'offre de prévention et d'accompagnement vers la santé »
- ⇒ Axe 3 : « Diversification et développement de l'offre médico-sociale pour les personnes les plus fragiles socialement/exclues/marginalisées.

Le rôle dévolu à cette instance est d'évaluer la déclinaison de cette stratégie interventionnelle sur les territoires, d'analyser les besoins propres à ces derniers qui remonteraient et de réajuster, si nécessaire, les moyens au regard des priorités.

3.1.1 Collectif partenarial

Afin d'accompagner au mieux, sur notre territoire régional et quel que soit le lieu où elles se trouvent, les personnes les plus fragiles socialement, le PRAPS 2023-2028 doit continuer à s'inscrire dans une démarche complémentaire et articulée avec les différents partenaires institutionnels et les collectivités territoriales.

❖ Avec la déclinaison régionale de la stratégie de lutte contre la pauvreté

En 2024, la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté sera renouvelée dans sa méthode à travers un nouveau Pacte des solidarités dont les contours restent encore à préciser. Sa déclinaison territoriale s'effectuera à travers des « alliances locales pour la solidarité ».

Accompagner au mieux les personnes en tenant compte de leur santé (somatique, psychosociale...) est un axe majeur de la lutte contre la précarité. Les enjeux du PRAPS convergent donc avec les axes de travail de la stratégie de lutte contre la pauvreté notamment autour de trois des quatre thématiques qui se profilent pour la période 2023 – 2027, à savoir : la prévention de la pauvreté par la lutte contre les inégalités à la racine, l'amplification de la politique d'accès au travail pour tous et la lutte contre la grande exclusion. Par ailleurs, l'adaptation des politiques aux caractéristiques des territoires est aussi un objectif partagé tant dans le cadre de la territorialisation du PRAPS que dans la perspective des déclinaisons territoriales de la stratégie de lutte contre la pauvreté à venir. Ces dernières se feront grâce à de nouveaux « contrats de solidarité » Etat – Collectivités. Les contours de ce nouveau pacte des solidarités restent encore à préciser mais il est nécessaire que le partenariat et la synergie développés entre l'ARS BFC et le Commissaire de Lutte contre la Pauvreté se poursuivent et soient confortés dans les années à venir.

❖ Avec les autres services de l'Etat

- La Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail, et des Solidarités (DREETS) et les Directions Départementales de l'Emploi, du Travail et des Solidarités-Protection des Populations (DDETS-PP)

Les politiques publiques s'inscrivent également dans une logique de parcours global allant de l'insertion sociale à l'insertion professionnelle en passant par le développement des compétences pour lutter contre la pauvreté et favoriser le retour à l'emploi :

- Insertion sociale et professionnelle (accès à l'hébergement et au logement, à la formation, politique de la ville, intégration des réfugiés...).
- Protection des personnes vulnérables et lutte contre les discriminations et les inégalités (personnes en situation de précarité, de handicap, jeunes, discriminations...).
- Développement de l'emploi (apprentissage, l'insertion par l'activité économique (IAE)...). Ces politiques publiques sont pilotées, animées et coordonnées pour l'ensemble du territoire régional par la DREETS et mises en œuvre au plus proche des usagers par les DDETSPP.

- La Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL) et les Directions Départementales des Territoires (DDT)

Les politiques de l'État en matière de logement, notamment l'offre de logement, la lutte contre l'habitat indigne et la rénovation urbaine sont élaborées et mises en œuvre par la DREAL et les DDT sont notamment chargées de la mise en œuvre des politiques publiques dans les domaines de la planification, l'urbanisme et l'habitat, la cohésion des territoires.

- La Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF)

Le programme national pour l'alimentation est mis en œuvre en région par la DRAAF. Ce programme trouve un ancrage territorial dans les Projets Alimentaires Territoriaux (PAT) et replace l'aide alimentaire dans une problématique plus générale d'accès physique, économique, social, culturel... des plus démunis à une alimentation de qualité et dans des conditions satisfaisantes.

❖ Avec l'Assurance Maladie

La première des missions au quotidien des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) est de renforcer, dans chaque territoire, l'accès aux droits et le recours aux soins pour l'ensemble de ses assurés.

Pour lutter contre le non recours aux soins lié à des problèmes financiers ou à un manque d'information concernant les droits, l'Assurance Maladie propose des services d'accompagnement spécifiques qui s'adressent à tous ceux qui ont besoin d'aide pour comprendre à quoi ils ont droit et pour :

- Réaliser leurs démarches (rendez-vous individuels pour accompagner les personnes les plus fragiles dans leurs démarches.
- Mettre en place un accompagnement du service social intégrant une aide plus globale à la fois psychosociale et professionnelle et des solutions concrètes.
- Mettre en œuvre un dispositif de lutte contre le renoncement aux soins pour les entreprises).

Elle agit aussi à différents niveaux pour lever les freins à l'accès aux soins partout sur le territoire, notamment dans les régions les plus isolées :

- A travers des aides pour favoriser l'installation de médecins ou l'ouverture de maisons de santé pluridisciplinaire dans les zones les plus désertées.
- En travaillant à définir un cadre pour développer la télémédecine.
- En proposant un accompagnement - fourni par le service conciliation de la caisse primaire d'assurance maladie.
- Pour identifier un médecin traitant. Elle se mobilise également aux côtés des autorités de santé sur la prévention, primaire, secondaire et tertiaire.

Il s'agit d'encourager les comportements favorables à la santé pour éviter l'apparition ou l'aggravation de la maladie et dans le même temps de porter une attention particulière aux personnes les plus vulnérables et aux situations jugées « à risques ».

Elle développe aussi des services spécifiques pour aider les personnes atteintes de certaines pathologies chroniques à mieux vivre avec leur maladie. Elle aide également les patients qui y sont autorisés et qui le souhaitent à organiser leur prise en charge à la sortie de l'hôpital dans le cadre d'un programme de retour à domicile permettant d'éviter des ruptures dans la prise en charge et de parer ainsi aux risques de complication ou d'aggravation. Elle accompagne également les personnes qui rencontrent des difficultés à reprendre leur travail dans les mêmes conditions suite à une maladie ou à un accident du travail, pour prévenir la désinsertion professionnelle.

Le Pacte des solidarités prévoit par ailleurs, des actions de garantie d'accès des enfants aux lunettes et aux soins dentaires sans reste à charge.

❖ Avec la Caisse Régionale d'Assurance Retraite et de Santé au Travail (CARSAT)

Elle assure ses missions sous l'égide de deux caisses de tutelle : la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (l'Assurance retraite) et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (l'Assurance Maladie).

Son service social assure auprès des assurés actifs et retraités du régime général confrontés à des problèmes de santé dont les conséquences impactent la vie professionnelle et/ou personnelle un accompagnement vers le retour à l'emploi, il est un acteur majeur dans la prévention de la désinsertion professionnelle et dans la sécurisation des parcours en santé.

❖ Avec la Mutualité Sociale Agricole (MSA)

Elle participe au développement social des territoires ruraux et à la mise en place, avec ses partenaires, d'actions et de services répondant aux besoins sanitaires et sociaux des populations vivant en milieu rural. A partir des orientations et les axes communs constitués au niveau central, les MSA adaptent leur propre politique d'action sanitaire et sociale (ASS) à leur contexte local. Cette politique d'ASS se traduit par des actions individuelles auprès de ses ressortissants sous forme de prestations fixes et d'accompagnement social, des actions collectives liées à l'appartenance à un groupe ou à l'inscription sur un territoire de vie. L'objectif est de permettre à ces populations de mieux vivre sur les territoires ruraux grâce à une offre sanitaire et sociale complète.

❖ Avec les Caisses d'Allocations Familiales (CAF)

Elles assurent le service des prestations familiales dues aux salariés de toute profession, aux employeurs et aux travailleurs indépendants des professions non agricoles ainsi qu'à la population non active. C'est ainsi qu'elles :

- Aident les familles à concilier vie professionnelle, vie familiale et vie sociale.
- Soutiennent la fonction parentale et facilitent les relations parents-enfants.
- Créent des conditions favorables à l'autonomie, améliorent le parcours d'insertion des personnes et des familles en situation de précarité et aident aussi les familles confrontées à des événements ou des difficultés fragilisant leur vie familiale.
- Accompagnent également les familles dans leurs relations avec l'environnement et leur cadre de vie en favorisant les conditions de logement et un cadre de vie de qualité. Elles facilitent leur intégration sociale dans leur environnement et contribuent à la cohésion sociale sur les territoires.

❖ Avec les rectorats

Les rectorats sont des partenaires essentiels pour une meilleure prise en compte de la santé des jeunes. Avec eux, l'ARS développe notamment des actions de promotion et d'éducation pour la santé (thématiques identifiées comme prioritaires : développement des compétences psychosociales, conduites addictives (tabac), éducation à la vie affective et sexuelle, souffrance psychique, éducation nutritionnelle, vaccination et écoute de musique amplifiée). Dans cette perspective une convention cadre avait été signée en 2016 entre l'ARS et les Rectorats de Bourgogne et de Franche-Comté, avec pour objectif un renforcement partenarial en définissant des objectifs de santé communs.

La qualité du partenariat éprouvée lors de la crise sanitaire Covid-19 permettra la poursuite autour de la santé des jeunes avec des modalités collaboratives renforcées.

❖ Avec le Conseil Régional

Dans le cadre de ses compétences, le conseil Régional BFC promeut ainsi la formation professionnelle et l'accompagnement des employeurs, des salariés et des demandeurs d'emploi. Il renforce aussi les formations dans le secteur sanitaire et social à la suite des accords issus du Ségur de la Santé. Il aide à l'emploi dans le champ de l'Economie Sociale et Solidaire (ESS) en soutenant les emplois des associations d'aide à domicile et d'insertion des entreprises d'insertion et des entreprises de travail temporaire d'insertion. Il encourage la citoyenneté, la vie associative et l'autonomie des jeunes. Il participe au développement d'une offre de santé de proximité.

❖ Avec les Conseils Départementaux

La solidarité sociale est l'un des fondements de l'action départementale notamment en faveur de l'enfance, de la jeunesse, de la famille, des personnes âgées, des personnes handicapées et de toutes celles et ceux qui sont confrontés à des difficultés d'insertion sociale et professionnelle.

Le premier accueil social inconditionnel garantit que toute personne rencontrant des difficultés ou souhaitant exprimer une demande d'ordre social bénéficie d'une écoute attentionnée de la globalité de ses besoins et préoccupations afin de lui proposer le plus tôt possible des conseils et une orientation adaptée, dans le respect du principe de participation des personnes aux décisions qui les concernent. Au sein du schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services aux publics (SDAASaP) le département, chef de file en matière d'action sociale et de développement social local, structure un réseau de premiers accueils sociaux inconditionnels de proximité et constitue un maillage répondant aux besoins sociaux du territoire. Le département assure par ailleurs lui-même un premier accueil social, en coordination avec les ressources du territoire.

Les conseils départementaux portent également l'offre de service sur leur département en matière de santé pour les femmes enceintes, les adolescents, 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...).

❖ **Avec les centres communaux d'action sociale (CCAS) et les centre intercommunaux d'action sociale (CIAS)**

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.

Les communes ont un rôle essentiel dans l'action sociale locale, exercée au travers de services publics en gestion directe ou déléguée ou avec un outil stratégique : le centre communal d'action sociale (CCAS).

Du fait de leur taille, toutes les communes n'ont pu se doter d'un CCAS. L'intercommunalité est apparue une solution appropriée pour les communes trop petites pour disposer d'un CCAS, mais également pour toutes celles qui souhaitent développer avec d'autres communes des actions sociales concertées, démultipliées par un territoire d'intervention et des moyens plus importants.

Leurs interventions concernent l'accompagnement des familles et des personnes en difficulté financière, personnelle ou d'insertion, le soutien aux personnes sans domicile, que cette situation soit pérenne ou accidentelle (domiciliation, hébergement d'urgence, accompagnement social, logement temporaire, bail glissant, médiation locative...). Il s'agit aussi de mesures spécifiques à l'égard de personnes connaissant des difficultés d'écriture ou de lecture ; des actions de médiation, pénale ou entre populations d'origines différentes; des animations de quartiers. Ils contribuent à l'organisation de chantiers d'insertion ou de chantiers école, d'initiatives en partenariat avec Pôle emploi, avec les missions locales ou les maisons de l'emploi. Ils participent aux actions de formations spécifiques, d'aide à la recherche de travail, à des actions conjointes avec les entreprises...

Ils ont également investi la dimension «prévention» : actions de prévention des conduites dépendantes auprès des jeunes ; actions d'éducation à l'hygiène de vie, à la santé et à la nutrition notamment dans le cadre des épiceries sociales ; actions de sensibilisation à la lecture ; actions en matière de santé à destination des personnes âgées (maladies cardio-vasculaires, prévention des chutes...) ; soutien à la parentalité ; éducation budgétaire, prévention du surendettement ; pilotage des dispositifs de réussite éducative...

3.1.2 Articulation avec les parcours et les autres projets de l'agence

Dans le cadre de la mise en œuvre du PRAPS 2018-2023 une transversalité complémentaire avec les autres parcours projets et politiques de santé portés par l'ARS a été mise en place. Ainsi, une attention particulière en faveur des populations précaires a été intégrée par les 13 parcours qui structuraient le PRS (nutrition, addictions, cancer, santé mentale, maternité parentalité, développement de l'enfant, personnes âgées, personnes en situation de handicap). Il en a été de même concernant la santé des jeunes. La santé des personnes placées sous-main de justice a quant à elle été reprise dans un plan spécifiquement dédié.

Les actions et interventions destinées aux personnes en situation de précarité continueront à être développées et portées dans les différents parcours et projets du SRS 2023-2028. L'habitat insalubre ou indigne fera l'objet d'une complémentarité renforcée avec le plan régional santé environnement.

Trois priorités de l'ARS devront être 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) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). 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 de territoire (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.
- Les urgences sont un lieu clé pour repérer, capter les patients les plus éloignés du soin, ceux présentant des difficultés importantes d'accès aux droits et aux soins. L'enjeu est donc de réaliser un bon diagnostic et d'orienter le patient vers les dispositifs adaptés permettant la sortie des urgences et la continuité des soins. La collaboration et la complémentarité des professionnels des urgences avec ceux des PASS sont donc essentielles pour établir ce diagnostic.

3.1.3 Territorialisation

L'instance régionale a mis en exergue que l'échelon territorial était indispensable à la mise en œuvre efficiente du PRAPS. En effet, notre région est hétérogène et il ne peut y avoir un modèle unique de réponse. Cette dernière doit être adaptée et modélisée sur les territoires au regard des acteurs présents et des caractéristiques de ce territoire.

Les directions territoriales de l'ARS ont installé leurs instances territoriales de stratégie renforcée de lutte contre les inégalités sociales en santé constituées des acteurs institutionnels, des collectivités territoriales, des acteurs du champ sanitaire, social et médico-social, des acteurs associatifs œuvrant dans le champ de la précarité, de représentants des usagers...

Ces instances ont pour mission de décliner la stratégie opérationnelle du PRAPS au plus près des réalités de leur territoire et de ses besoins. Pour ce faire :

- Elles identifient les actions et dispositifs déjà existants et en partagent le diagnostic.
- Elles en préviennent et anticipent les éventuels doublons.
- Elles renforcent la complémentarité de l'existant.
- Elles repèrent et objectivent les besoins non couverts, notamment en termes de besoins populationnels ou de zones géographiques pour y porter les leviers déjà à leur disposition ou les mettre en place.

Cette déclinaison de la stratégie opérationnelle du PRAPS fait l'objet d'une feuille de route dont les huit objectifs opérationnels sont :

- De veiller à la fluidité des échanges et à l'efficacité des modalités collaboratives entre acteurs /opérateurs/gestionnaires présents sur un même territoire. Ces modalités collaboratives devant s'inscrire dans une vision parcours et non filière.
- De soutenir le déploiement des actions transférables en les adaptant au territoire.
- D'innover pour prévenir le risque de zone blanche. Ne pas concentrer la stratégie interventionnelle uniquement en zones urbaine et/ou zones où les opérateurs sont déjà très présents mais cibler également les zones rurales et celles où les ressources sont moindres, voire absentes.
- D'agir en intersectoriel. L'intervention doit être au cœur d'un projet pluri-partenarial et pas uniquement une réponse sanitaire.
- De mieux inclure et mieux s'appuyer sur les métiers intervenant au plus près des publics concernés mais aussi sur les communes, les CCAS, les EPCI...afin d'ajuster la réponse, la rendre la plus fine possible.
- D'aller au-devant et au plus près des publics : sur leur lieu de vie quel qu'il soit, de travail et de mieux intégrer leur participation ou celle de leurs représentants dans la construction des interventions les concernant, le suivi de leur mise en œuvre, au sein des dispositifs qui leur sont destinés.
- De faire pour et avec eux.
- D'évaluer la mise en œuvre de la feuille de route et de remonter, si nécessaire, à l'échelon régional leurs besoins argumentés concernant des demandes de renforcement en termes de moyens.

Les interventions prioritaires, si elles répondent à la stratégie opérationnelle du PRAPS, pourront être déployées en concertation avec les partenaires dans le cadre de dispositifs de contractualisation: contrats locaux de santé, contrats ville, contrats territoriaux de santé, contrats ruraux, pactes de solidarité à venir...

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 l'opérateur en a déjà conclu un avec l'ARS.

4. PLACE DE LA PERSONNE AU SEIN DE LA STRATEGIE

Il ne s'agit pas ici de rappeler ce que doit être la place de l'utilisateur au sein de notre système de santé. De nombreux rapports, études, guides méthodologiques existent pour nous accompagner dans la démarche.

Il s'agit simplement de rappeler que le PRAPS est un programme destiné à des personnes dont le parcours de vie a été, est ou devient difficile et ce parcours de vie impacte leur état de santé physique et moral.

Il s'agit de s'interroger, parallèlement au développement des compétences psychosociales, sur la vraie place à donner à la personne au sein de ce programme et de poser de simples questions :

- En premier lieu, ce document avec ces données et ces terminologies leur est-il accessible ?
- En deuxième lieu, associer un représentant de ces personnes aux instances et aux groupes de travail est-il suffisant ?
- En troisième lieu, la déclinaison du PRAPS peut-elle s'appuyer sur l'expérience personnelle des personnes ?

Nous évoquons souvent les besoins d'interprétariat pour lever le frein linguistique. Or, le PRAPS restera à l'état de document illisible pour les personnes auxquelles il est destiné si les acteurs institutionnels, professionnels du social, du médico-social, du sanitaire et du tissu associatif ne le rendent pas lisible et n'en deviennent pas les interprètes. Il sera traduit si chaque action, chaque dispositif, chaque structure médico-sociale intègre dans son projet la place des personnes auxquelles ce projet est destiné. Elles doivent être associées concrètement à la construction et à l'évaluation des interventions dont elles seront bénéficiaires, aux projets d'établissement et de service des structures médico-sociales populations à difficultés spécifiques. Nous évoquons souvent la représentation de ces personnes dans nos instances. Or, ce programme appelle une participation active de leur part et non pas une représentation passive. L'effort d'acculturation à notre « langage » administratif et acronymes ne doit pas leur être demandé mais nous devons porter notre effort sur l'animation de nos réunions tant dans les documents de présentation que dans la prise de parole.

Nous évoquons souvent le décloisonnement et l'articulation entre acteurs du champ social et du champ sanitaire. Or, le travail pair est complémentaire des autres interventions professionnelles de l'action sociale et sanitaire par son point de vue différent et aide à replacer la personne accompagnée au cœur des pratiques. Le PRAPS continuera à soutenir la formation de pairs aidants et leur intégration dans les équipes pluridisciplinaires.

5. STRATEGIE OPERATIONNELLE DU PRAPS 2023-2028

5.1 AXE 1 : PLACE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE AU SEIN DU SYSTEME DE SANTE ET RENFORCEMENT DES COMPETENCES ET CONNAISSANCES DES DIFFERENTS ACTEURS POUR UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LEUR SANTE

5.1.1 Démocratie sanitaire

Objectif général : Assurer la prise en compte effective de la parole des personnes les plus éloignées de notre système de santé.

Objectif opérationnel :

- ☞ **Faciliter l'intégration et la participation des personnes accueillies ou accompagnées dans la mise en œuvre du PRAPS.**

Public ciblé :

Personnes accueillies ou accompagnées.

Renforcement des actions déjà déployées.

Sensibilisation et formation dispensées aux personnes accueillies ou accompagnées sur le fonctionnement des institutions et des politiques publiques en amont des instances et réunions auxquelles elles participeront.

Représentation et participation des personnes accueillies ou accompagnées aux travaux des instances régionales et territoriales de stratégie renforcée de lutte contre les ISS.

Opérateur : FAS

Élément facilitateur : Glossaire santé diffusé systématiquement aux personnes concernées en amont des réunions auxquelles elles participeront.

Évaluation : Nombre de séances de formation dispensées. Taux de participation de personnes accueillies ou accompagnées aux travaux des instances régionales et territoriales..

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ La parole des personnes accueillies ou accompagnées est prise en compte par le renforcement de la démocratie sanitaire.

5.1.2 Pair Aidance

Objectif général : Repositionner la personne accompagnée au centre des pratiques structurantes du travail social et soignant.

Objectifs opérationnels :

- ☞ **1 - Permettre aux personnes concernées de développer les outils et compétences adéquats pour être en capacité d'exercer des missions de médiation sociale et sanitaire auprès de leurs pairs.**
- ☞ **2 - Promouvoir la pratique de la pair-aidance.**

Public ciblé :

Personnes concernées par un parcours de vie difficile et ayant mis ses difficultés à distance souhaitant devenir pairs-aidant de façon professionnelle ou bénévole ; pairs-aidant déjà salarié

Poursuite de la formation pair-aidance dispensée par la FAS :

Inclusivité dans la formation sans aucun pré-requis demandé (qualités rédactionnelles, diplômes...). Seul pré-requis : la personne doit avoir déjà avancé dans son propre rétablissement. Cette formation est essentiellement basée sur l'utilisation du savoir expérientiel, le développement des capacités d'écoute...Point de fragilité : cette formation n'est pas reconnue à ce jour par Pôle Emploi.

Poursuite du déploiement de la médiation pair

Dispensation d'actions de sensibilisation destinées aux professionnels sur cette thématique.

Coordination des interventions entre pair-aidants de la région, communication sur les sujets traitants de pair-aidance et construction de projets.

Opérateur : FAS

Élément facilitateur : Collectif d'autosupport créé pour les pair-aidants, en 2021, à l'initiative des pair-aidants en formation

Évaluation : Nombre de personnes formées à la pair-aidance. Nb de pair-aidants formés recrutés à l'issue de cette formation et emploi (CDD, CDI...). Nombre d'actions de sensibilisation dispensées par la FAS et nombre de professionnels sensibilisés. Rapport d'activité des travaux conduits dans le cadre du collectif d'autosupport.

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Les personnes les plus éloignées de notre système de santé adhèrent mieux à l'adoption de comportements favorables à leur santé.

5.1.3 Interprétariat en santé

Pour les populations d'origine étrangère, le frein lié à la langue est également important, non seulement dans l'accès aux droits, mais aussi dans les relations avec les professionnels de santé. Cette difficulté est ressentie aussi bien par les patients que par les professionnels de santé qui se trouvent limités dans la qualité de leur prise en charge. Le recours à des interprètes, issus de la communauté de vie du patient, est parfois délicat pour des questions liées à l'intimité du patient et au secret professionnel. La solution la plus adéquate paraît donc celle du recours à l'interprétariat professionnel mais les coûts sont parfois très lourds pour les structures de soins concernées.

L'accès à un interprète professionnel est, pour nombre de patients allophones, une condition de leur accès aux soins et de la qualité et de la sécurité de leur prise en charge médicale. A la demande de la ministre des solidarités et de la santé, une mission de l'IGAS s'est penchée sur ce sujet peu exploré³. Elle a formulé des propositions pour faciliter le recours des patients à un interprète professionnel à l'hôpital comme dans les cabinets médicaux et dessiné l'économie générale du secteur en précisant les ressources nécessaires et leurs modalités de financement.

Dès lors que le professionnel de santé et le patient ne parlent pas la même langue, le recours à l'interprétariat est indispensable. Le non-recours constitue une prise de risque, un facteur de non qualité et une source potentielle de soins non pertinents et inutilement coûteux. L'interprétariat dans le domaine de la santé est une fonction qualifiée qui se définit à travers un référentiel de compétences, un domaine et un cadre d'intervention ainsi qu'un cadre déontologique. Il s'agit d'une interprétation dite de liaison.

Certains établissements de santé semblent s'être engagés de façon volontariste en s'appuyant sur l'expérience d'associations fournissant les prestations d'interprétariat.

Les immigrés sont moins présents en Bourgogne-Franche-Comté qu'en moyenne en France, mais on observe une augmentation. En 2016, la Bourgogne-Franche-Comté compte 191 000 immigrés (personnes nées étrangères à l'étranger), (contre 180 300 en 2012) soit 6,8 % de sa population, contre 7,2 % en France. Près de 36 % de cette population est originaire de l'Union européenne et 30 % du Maghreb. Elle réside surtout dans les grandes villes et dans les territoires de tradition industrielle⁴. Dijon, Besançon et Montbéliard accueillent plus des deux tiers des immigrés de la région.

L'ARS souhaite faciliter la relation soignant/soigné en donnant la possibilité aux professionnels de santé de recourir à l'interprétariat pour les patients allophones.

Objectif opérationnel :

- ☞ **Mettre en place un outil permettant de faciliter l'accès à un interprétariat professionnel et de qualité afin de permettre, par leur action, d'établir une communication tant culturelle que linguistique et de faciliter ainsi l'intégration dans le système de santé.**

Exemples d'actions :

- ◎ Organiser l'accès et rendre effectif l'interprétariat médical pour les secteurs hospitaliers, en ville et autres dispositifs sanitaires financées par l'ARS (centre de vaccination...) :
 1. Lancer un marché public pour retenir un prestataire en lien avec l'URPS ML afin de faire bénéficier l'offre aux médecins, infirmiers, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et professionnels de santé ciblés.
 2. Conventionner avec l'URPS ML pour assurer le pilotage fonctionnel en lien avec l'organisme d'interprétariat et l'ARS pour les actions de communication.
 3. Recenser l'existant du recours à l'interprétariat au sein de chaque GHT.

³ Voir les trois référentiels HAS « La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins » et « Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé », octobre 2017, et le rapport sur le modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé

⁴ INSEE FLASH BOURGOGN FRANCHE-COMTE avril 2016

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Mise en œuvre effective du dispositif d'interprétariat

INDICATEURS

- ☞ Taux d'utilisation du dispositif d'interprétariat dans le domaine de la santé pour les médecins, infirmiers, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et professionnels de santé exerçant dans les secteurs et dispositifs ciblés

5.1.4 Montée en compétence des acteurs œuvrant dans le champ de la précarité

Objectif général : Renforcer les compétences et connaissances des acteurs sur les enjeux santé précarité et les stratégies d'intervention efficaces.

Objectifs opérationnels :

- ☞ **1 - Capitaliser les expériences et outils entre acteurs du secteur Accueil/Hébergement/Insertion (AHI), du secteur de la santé et les personnes accueillies ou accompagnées.**
- ☞ **2 - Accompagner les dynamiques territoriales et soutenir les acteurs sur le plan méthodologique pour l'élaboration de projets de prévention/promotion de la santé intégrant la participation des publics concernés.**

Public ciblé :

Acteurs intervenant auprès des publics en situation de précarité et/ou exclus.

Actions :

Renforcement des commissions santé associant acteurs du champ AHI et personnes accueillies ou accompagnées avec une intégration de temps d'échanges avec les professionnels de santé du secteur libéral et journées régionales thématiques (opérateur régional FAS)

Poursuite de l'accompagnement sur mesure des acteurs dans les territoires (opérateur régional IREPS)

Éléments facilitateurs : Guide pratique « Accompagner les publics en situation de précarité » par la FAS. Rapport d'évaluation plan d'actions précarité volet CPOM IREPS réalisé par IREPS.

Évaluation : Nombre de commissions santé/an. Nombre de participants et structure d'origine/commission. Relevé de la commission santé. Nb de journées régionales thématiques/an. Nb participants. Actes de la journée.

Nb de projets de promotion de la santé accompagnés/an. Nb de nouveaux professionnels et usagers accompagnés/an.

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ La montée en compétence des acteurs œuvrant dans le champ de la précarité contribue à améliorer le parcours santé des personnes les plus éloignées de notre système de santé.

5.2 AXE 2 : ADAPTATION ET PERSONNALISATION DES REPONSES D'ACCES A L'OFFRE DE PREVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT VERS LA SANTE

Les personnes en situation de précarité restent bien souvent éloignées de l'offre de prévention et de soin en raison de facteurs matériels, financiers, culturels, temporels et systémiques. S'ajoute sur certains territoires la désertification en ressources humaines (professionnels de santé mais aussi acteurs de la prévention et de la promotion de la santé) qui complique fortement l'accès des personnes les plus fragiles à cette offre. Malgré la mise en place de la Complémentaire santé solidaire, le coût des soins est également un frein dans l'accès aux soins, puisqu'il est estimé que 29% des renoncements de soins le sont pour raisons financières. De plus, le refus de soins et les discriminations, dont peuvent être victimes certains de ces publics, impactent négativement leur prise en charge et les conduisent vers le renoncement aux soins. Toutes ces inégalités ont un impact directement mesurable sur l'état de santé de ces publics qui sont par ailleurs plus touchés par certaines pathologies causées notamment par des conditions de vie délétères pour leur santé physique et mentale.

Les actions ci-dessous ont un seul enjeu, celui de développer l'équité en santé en allant vers ces publics et en faisant avec eux.

Leur déclinaison et leur adaptabilité relèvent de la territorialisation et elles seront mises en œuvre dans le cadre collégial instauré par les instances territoriales de stratégie renforcée de lutte contre les inégalités en santé. Elles s'appuieront sur ce socle pluri-partenarial pour tenir compte des dispositifs et leviers déjà existants et de leur complémentarité, des caractéristiques et des besoins prioritaires (territoriaux ou populationnels). La mise en œuvre territoriale de l'action pourra nécessiter, si besoin, un appel à manifestation d'intérêt notamment dans le cadre de la médiation en santé ou des moyens financiers renforcés. Ces besoins seront remontés à l'échelon régional par ces instances territoriales.

5.2.1 Espace mobile de santé

Objectif général : Renforcer l'équité en santé en favorisant le retour ou le maintien dans le droit commun

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Faciliter l'accès aux droits de santé par l'information, l'étude des situations individuelles et l'accompagnement à l'ouverture des droits ;
- ☞ 2 - Promouvoir la santé des personnes et prévenir les comportements à risque à travers un espace prévention et promotion de la santé : sensibiliser, informer, accompagner et orienter ;
- ☞ 3 - Permettre l'accès à un bilan de santé individuel à travers une consultation médicale de prévention : repérer les problématiques et orienter ;
- ☞ 4 - Développer le pouvoir d'agir des personnes en prenant en compte les freins à l'accès aux soins.

Public ciblé :

Personnes désocialisées et ou relevant de structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, et du logement accompagné, migrants, habitants des quartiers prioritaires et des quartiers en veille active, gens du voyage, personnes précaires en milieu rural et/ou éloignées des services de santé.

Poursuite du déploiement des équipes mobile santé (EMS) en BFC :

L'EMS s'installe dans des communes ciblées au regard de critères socio-économiques et sanitaires préalablement définis (paupérisation/faible densité médicale) sur la base d'un diagnostic territorial partagé. Elle peut également cibler des profils populationnels spécifiques et s'installer au plus près de leur lieu de vie (pour ex : CHRS, chantiers et structures d'insertion socio-professionnelle...).

Opérateur : antenne départementale IREPS

Evaluation : Evaluation du process par EMS. Rapport d'activité de chaque AMS incluant les travaux préparatoires en amont, les partenaires sollicités, les suites données à l'EMS.

Éléments facilitateurs : Action déjà expérimentée. Guide de transférabilité réalisé.

5.2.2 Médiation en santé

Objectif général : Développer une fonction d'interface entre les personnes très éloignées de notre système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé.

Objectifs opérationnels :

- ☞ **1 - Faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des publics les plus fragiles socialement ;**
- ☞ **2 - Sensibiliser les acteurs du système de santé sur les obstacles rencontrés par ces publics dans leur accès à la santé.**

Public ciblé : Les publics du PRAPS avec une attention particulière pour les jeunes en rupture, les bénéficiaires du RSA, les personnes accueillies ou accompagnées et les gens du voyage. **Établir un diagnostic initial :** identification des obstacles au recours à la prévention et aux soins (obstacles liés au système, obstacles liés au public-ciblé), les besoins et attentes de ce public.

Les structures porteuses du projet médiation en santé peuvent être une association, une collectivité...

Rôle du médiateur en santé.

Le médiateur en santé crée du lien et participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Il est compétent et formé à la fonction de repérage, d'information, d'orientation et d'accompagnement temporaire. Il a une connaissance fine de son territoire d'intervention, des acteurs et des publics. Son travail s'inscrit au sein d'une structure porteuse, en relation avec une équipe et des partenaires.

Il crée ou recrée la rencontre avec les populations concernées (population cible et professionnels de santé/institutions) et instaure une relation de confiance ;

Il facilite la coordination du parcours de santé ;

Il favorise les actions collectives de promotion de la santé en partenariat avec les professionnels de santé compétents et les associations œuvrant dans le champ de la promotion de la santé et du dépistage ;

Il participe aux actions structurantes du projet (veille/partnership/travail d'équipe, remontée des dysfonctionnements du système).

Opérateur : structure porteuse du projet médiation en santé.

Evaluation : Evaluation du process. Nb de projets médiation en santé par département. Rapport d'activité de la structure porteuse du projet médiation en santé.

Eléments facilitateurs : Médiation en santé expérimentée en BFC (public : gens du voyage. Structure porteuse : association Gadjé. Profil de la médiatrice en santé : infirmière). Action également expérimentée dans le cadre du contrat engagement jeunes(Nièvre). Référentiel HAS la médiation en santé octobre 2017

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Le parcours santé des publics concernés par l'action est coordonné et une relation de confiance est instaurée ou réinstaurée entre eux et les acteurs du système de santé.

5.2.3 Promotion des bonnes pratiques en matière d'hygiène dans les structures d'accueil des personnes migrantes

Objectif général : Accompagner les professionnels et les personnes migrantes à impulser une dynamique de promotion et d'éducation à la santé autour des questions d'hygiène de vie au sein de leur structure d'accueil et d'hébergement.

Objectifs opérationnels :

- ☞ **1 - Concevoir et mettre en œuvre une démarche participative de promotion de la santé sur les questions d'hygiène (corporelle, au niveau du cadre de vie : logement, cuisine...) ;**
- ☞ **2 - Renforcer les compétences des professionnels en charge de l'accompagnement à aborder les questions d'hygiène de vie avec les résidents.**

Public ciblé :

Professionnels (responsables de structure, intervenants action sociale, formateurs, coordonnateurs pédagogiques, accompagnateurs de vie sociale...) en charge de l'accompagnement au sein des structures d'hébergement et d'insertion. Personnes migrantes accueillies et accompagnées dans ces structures.

Contenu de l'action :

- Organisation et dispensation de sessions de formation aux professionnels de ces structures, dans une démarche partenariale, sur l'hygiène de vie des personnes migrantes.
- Accompagnement à la mise en place d'actions de sensibilisation à destination des personnes migrantes, dans le prolongement des formations proposées.

Opérateur : antenne départementale IREPS

Evaluation : Evaluation du process. Nb de sessions de formation départementales réalisées, Nb de professionnels formés, Nb de projets accompagnés, Nb de structures accueillant un public migrants accompagnés.

Eléments facilitateurs : action déjà expérimentée dans l'Yonne. Un dossier documentaire "Migrations et santé" élaboré en février 2020. Protocoles réalisés par l'ARS.

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ La mise en œuvre de bonnes pratiques en matière d'hygiène contribue à limiter le risque de propagation de certaines maladies infectieuses au sein des structures d'accueil des personnes migrantes implantées en BFC.

5.2.4 Dépistage des pathologies chroniques au sein des structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion

Objectif général : Promouvoir efficacement le dépistage de pathologies chroniques au sein des structures d'accueil d'hébergement et d'insertion.

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Favoriser le recours au dépistage des personnes accueillies au sein de structures du réseau accueil, hébergement et d'insertion.
- ☞ 2 - Accompagner le diagnostic et créer les conditions d'une prise en charge de qualité.

Publique ciblé : Personnes accueillies dans des structures d'accueil d'hébergement et d'insertion.

Site de l'intervention : structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion.

Pathologies ciblées en priorité : Diabète. Maladies rénales chroniques. Cancer du sein et cancer colorectal.

Organisation du dépistage au sein de la structure par une association de patients ou une structure de dépistage.

Annonce du diagnostic par le médecin

Accompagnement dans l'entrée dans les soins et dans le parcours de soins par un binôme professionnel de santé et un travailleur social de la structure.

Socle partenarial préalable à construire :

Gestionnaire de la structure d'accueil, d'hébergement et d'insertion. Association de patients ou structure de dépistage.

Travailleur social de la structure. Médecin référent de la structure et/ou médecin traitant de la personne. IDE référente de la structure. Si la structure ne dispose pas de professionnels de santé référents et si la personne n'a pas de médecin traitant, le partenariat devra être élargi à la CPTS du lieu d'implantation de la structure.

Élément facilitateur : action en cours de construction (association française des diabétiques avec foyer la manutention Dijon)

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Les personnes bénéficient d'un diagnostic précoce et leur entrée dans le parcours de soins est accompagnée.

5.2.5 Rendez-vous santé migrant

Objectif général : Faciliter, par la santé, l'intégration dans la vie sociale et citoyenne des migrants primo-arrivants

Objectif opérationnel :

- ☞ Structurer et renforcer sur notre territoire régional le parcours santé des migrants primo-arrivants afin qu'ils puissent accéder à un RV santé.

Public ciblé : Primo-arrivants (à l'exception des ressortissants de l'union européenne) : étudiants, personnes arrivant dans le cadre de l'immigration familiale, travailleurs, demandeurs d'asile.

Site de l'intervention : un lieu unique

Partenariat à mettre en place pour organiser le RDV : PASS/PMI/CLAT/CeGiDD/CPAM/CMP ou EMPP/CPTS/Structure d'accueil de ce public.

Contenu du RV :**Dispensation d'informations sur :**

Les principes de la santé en France, les règles de fonctionnement du service public, les modalités d'accès, d'organisation et de fonctionnement du système de soins en France ; les modalités de prise en charge des soins (assurance maladie, ...) ; la santé des femmes, la santé et la protection des mineurs ...

Examen clinique général effectué par un médecin incluant systématiquement :

Une évaluation de l'exposition à des violences physiques et mentales et de leurs conséquences sur la santé (séquelles de sévices, dépression, syndrome post-traumatique, ...) ; le recueil des antécédents médicaux personnels (connus) du patient, en particulier des allergies, et des consommations de tabac, d'alcool et de toxiques.

Evaluation et mise à jour du statut vaccinal

Dépistage de la tuberculose pour toutes les personnes provenant ou ayant séjourné dans un pays de haute endémicité tel que défini par l'OMS, quels que soient leur âge et leur statut vaccinal vis-à-vis du BCG.

Dépistage VIH, VHB, VHC.Coordination des partenaires

Mettre en place un outil de coordination entre les intervenants.

Éléments facilitateurs : Instance territoriale de stratégie renforcée de lutte contre les ISS. RDV en cours de construction dans le Doubs dans le cadre de l'instance territoriale. Coordination régionale des PASS. CeGIDD. CLAT, PMI.

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Le RDV santé proposé dans les 4 mois aux migrants primo-arrivants contribue à leur insertion dans la vie sociale et citoyenne.

5.3 AXE 3 : DIVERSIFICATION ET DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE ET SANITAIRE

Le parcours de vie des personnes les plus éloignées, voire exclues de notre système de santé, nécessite une prise en soins globale et adaptée répondant à la complexité de leur situation. Le développement et la diversification des structures et dispositifs médico-sociaux et sanitaires dédiés à ces personnes permettent cette dernière. Toutefois, ces dispositifs ne doivent pas suppléer l'offre de droit commun. Il ne s'agit non pas de créer une filière population en situation de précarité complètement cloisonnée, mais bien d'œuvrer à la construction d'un parcours et des relais nécessaires aux transitions vers le droit commun.

Les structures médico-sociales populations à difficultés spécifiques que sont les appartements de coordination thérapeutique (ACT), le Un chez Soi d'Abord (UCSD), les Lits Halte Soins Santé (LHSS) et les Lits d'accueil médicalisés (LAM) offrent, en sus de l'accompagnement médico-social, les conditions d'un hébergement ou d'un logement favorables au rétablissement de la santé des personnes qui y sont accueillies. Néanmoins, elles sont de plus en plus confrontées à des problèmes d'immobilier et de locaux nécessitant d'être rénovés.

De plus, ce public dont la nature est plutôt diversifiée par ses trajectoires singulières, se trouve généralement dans l'incapacité de formuler et de négocier sa demande de soins. Leur adhésion à une démarche de soins et à un projet thérapeutique requiert d'aller à leur rencontre.

Les modalités d'aller-vers que sont la mission complémentaire ACT hors les murs (ACT HLM) rattachée aux ACT classiques, la mission facultative LHSS Mobiles rattachée aux LHSS avec hébergement, les équipes mobiles santé précarité (EMSP), les équipes spécialisées soins infirmiers précarité (ESSIP), offrent des bénéfices incontournables dans l'accès aux soins des publics les plus démunis, la continuité du projet thérapeutique et favorisent la dynamique d'insertion/réinsertion sociale.

5.3.1 Consolidation de l'offre médico-sociale population à difficulté spécifique (SMS PDS) avec hébergement

Objectif général : Offrir aux personnes les plus fragiles socialement et psychologiquement les conditions nécessaires à une prise en soins globale et de qualité.

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - 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.
- ☞ 2 - Faciliter leur insertion/et ou réinsertion dans l'offre de santé de droit commun, dès lors que celle-ci est possible, mais aussi dans une vie sociale et citoyenne.

Public ciblé : Personnes fragiles socialement et psychologiquement. Personnes les plus éloignées de l'offre de droit commun.

Poursuite des actions suivantes :

1) En articulation avec l'instance régionale de stratégie renforcée de lutte contre les ISS et les instances territoriales de stratégie renforcée de lutte contre les ISS et en concertation avec le réseau régional :

- Identification et analyse des besoins, au regard des besoins populationnels et du maillage territorial, en places d'ACT (appartements de coordination thérapeutique), « Un chez soi d'abord », LHSS (lits halte soin santé) et les LAM (lits d'accueil médicalisés).
- Construction des argumentaires concernant les besoins à remonter au niveau national.
- Planification de l'offre selon les places obtenues dans le cadre de la campagne budgétaire.

2) Structuration et formalisation par les gestionnaires des structures des modalités collaboratives avec les acteurs du champs social, sanitaire et médico-social du droit commun.

Éléments facilitateurs : Réseau régional SMS PDS. Instance régionale et territoriales de stratégie renforcée de lutte contre les ISS

Évaluation :

- Nombre de places créées selon les besoins identifiés. Livrables : tableau de bord.
- Rapports d'activité des structures

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ La cohérence et la pertinence du maillage territorial permettent de réunir les conditions nécessaires à une prise en soins globale et de qualité.

5.3.2 Développement de l'offre « aller vers » médico-sociale

Objectif général : Développer et conforter le déploiement de l'offre « aller-vers » déjà débuté sur le territoire régional.

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Faciliter le recours à la prévention et aux soins ;
- ☞ 2 - Favoriser le retour vers l'offre de droit commun ;
- ☞ 3 - Développer et renforcer l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé;
- ☞ 4 - Renforcer l'articulation des secteurs du sanitaire, du social et du médico-social afin d'apporter une réponse globale aux personnes accompagnées.
- ☞ 5 - Assurer la complémentarité avec les équipes mobiles sociales pratiquant l'aller-vers en milieu rural ou en quartier prioritaire de la ville

Public ciblé : Personnes fragiles socialement et psychologiquement. Personnes les plus éloignées de l'offre de droit commun.

1) En articulation avec l'instance régionale de stratégie renforcée de lutte contre les inégalités sociales de santé (ISS) et les instances territoriales de stratégie renforcée de lutte contre les ISS :

- Poursuite du déploiement de places ACT HLM et de la mission LHSS mobiles.
- Identification des territoires non couverts par la mission LHSS mobiles et création d'EMSP pour répondre à leurs besoins.
- Evaluation de l'activité des places d'ESSIP et identification des besoins sur les autres territoires.
- Construction des argumentaires concernant les besoins à remonter au niveau national.
- Planification de l'offre selon les places et la dotation obtenues.
- Elaboration et lancement d'appels à manifestation d'intérêt concernant les créations d'EMSP et d'ESSIP.

Éléments facilitateurs : Réseau régional SMS PDS. Instance régionale et territoriales de stratégie renforcée de lutte contre les ISS.

Évaluation :

- Nombre d'outils allers vers déployés et périmètres d'intervention. Livrables : tableau de bord. Rapport d'activité

RESULTATS ATTENDUS

☞ La cohérence et la pertinence du maillage territorial de l'offre en « aller-vers » favorise l'équité en santé

5.3.3 Renforcement de la mission des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

Les PASS jouent un rôle fondamental dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Elles sont identifiées et reconnues sur leur territoire comme des acteurs pivots, garants de l'accès aux soins de ce public vulnérable et sujet au renoncement aux soins. Elles sont à l'interface de l'hôpital, de la médecine de ville et des dispositifs sociaux et médicosociaux.

L'instruction du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières fournit un référentiel actualisé de leurs modalités organisationnelles et fonctionnelles. La coordination régionale doit accompagner la mise en œuvre de ce nouveau référentiel à partir d'un bilan réalisé.

Objectif général : Accompagner la mise en œuvre du cahier des charges destiné à consolider les PASS et les conforter dans leur mission sur leur territoire d'implantation.

Objectifs opérationnels :

- ☞ **1 - Poursuivre la dynamique régionale impulsée avec la coordination des PASS ;**
- ☞ **2 - Structurer le réseau des PASS ;**
- ☞ **3 - Renforcer la visibilité de l'action de l'ensemble des PASS;**
- ☞ **4 - Accompagner leur développement.**

Public ciblé : bénéficiaires directs : Professionnels des PASS. Bénéficiaires indirects : publics des PASS

Actions :

- Réactiver le COPIL régional des PASS.
- Définir avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT) une trajectoire afin d'organiser et de faciliter les modalités d'accès à une PASS à l'échelle du GHT ;
- Consolider les équipes des PASS conformément au cahier des charges ;
- Déployer prioritairement des PASS ambulatoires de proximité dans les pôles urbains, facilitant le lien avec la prise en charge en ville ;

Éléments facilitateurs : Coordination régionale des PASS. Convention CPAM/PASS dans le cadre du programme PLANIR. Dialogue de gestion avec les GHT.

Évaluation :

- Activité des PASS. Composition des équipes. Taux de couverture territoriale d'accès à une PASS.

Livrables

- Rapports d'activité des PASS (Piramig). Rapport d'activité de la coordination régionale des PASS.

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ La consolidation des missions des PASS et le maillage territorial permettent leur accès et contribuent à lever le frein du renoncement aux soins

5.3.4 Renforcement des équipes mobiles psychiatrie précarité

Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion sont plus souvent en souffrance psychique ou atteintes de pathologies mentales psychiatriques nécessitant à la fois un repérage et une prise en charge précoces en lien avec un décloisonnement des acteurs. De par leur situation précaire, ces personnes sont plus touchées que les autres par un accès difficile de la ressource en santé mentale : déficit de professionnels sur certains territoires, délais d'attente trop longs, difficulté à se déplacer pour les personnes.

Les EMPP créées par la circulaire DHOS du 23 novembre 2005, s'inscrivent dans les projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Elles ont pour missions :

- D'aller au-devant de ces publics, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...), afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire.
- D'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité.

De plus, les mesures du Ségur de la santé les identifient comme un acteur privilégié des démarches « d'aller-vers » et confortent leur rôle.

Objectif général : Améliorer le repérage et la prise en charge précoce de la souffrance psychique ou atteintes de pathologies mentales psychiatriques.

Objectif opérationnel :

- ☞ **Organiser et structurer le déploiement de l'offre en EMPP**

Public ciblé : bénéficiaires directs : Professionnels des EMPP. Bénéficiaires indirects : les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion en souffrance psychique ou atteintes de pathologies mentales psychiatriques.

Actions :

- Identifier les besoins territoriaux en s'articulant avec les PTSM
- Assurer le maillage territorial et de la complémentarité avec les autres dispositifs « d'aller vers »
- Accompagner la mise en œuvre du cahier des charges national des EMPP à venir
- S'assurer des modalités partenariales mises en place avec les acteurs du réseau accueil, hébergement, insertion ainsi qu'avec les acteurs du champ sanitaire, notamment les PASS

Éléments facilitateurs : PTSM, CLSM

Evaluation :

- Activité des EMPP. Composition des équipes. Taux de couverture territoriale des EMPP.

Livrables

- Rapports d'activité des EMPP (Piramig). Rapport d'activité des coordinateurs des PTSM.

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Le maillage territorial par les EMPP et la consolidation de leurs missions contribuent au repérage et à la prise en charge précoce des troubles psychiques et des pathologies mentales psychiatriques

6. LES MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Les moyens financiers mobilisables par l'ARS sont le fond d'intervention régional, la dotation annuelle de financement psychiatrie et les crédits ONDAM médicosociaux.

Fonds régional d'intervention (FIR)

Dans le cadre du PRAPS, l'ARS a conclu des CPOM avec des opérateurs pour soutenir notamment la mise en place et le déploiement d'actions sur l'ensemble du territoire. L'opérateur régional vient en appui de la territorialisation.

Parallèlement, il peut être fait appel au FIR dans le cadre de ladite territorialisation si la déclinaison de la stratégie interventionnelle du PRAPS le nécessite.

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

Par ailleurs, la source de financement d'un dispositif propre au PRAPS : les Permanences d'Accès aux Soins de Santé a changé en 2022. Les PASS étaient auparavant financées par la Mission d'Intérêt Général d'Aide à la Contractualisation (MIGAC), elles sont désormais financées sur l'enveloppe FIR. Les moyens financiers qui leur sont alloués le sont sur la base d'un rapport d'activité annuel permettant d'évaluer notamment leur file active, la composition de leur équipe 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. La coordination régionale des PASS est également financée par l'enveloppe FIR.

Dotation Annuelle de Financement (DAF) psychiatrie

Les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) sont financées sur la DAF psychiatrie. Leur dotation tient compte également de leur rapport d'activité et de la qualité de la réponse apportée, sur leur territoire d'intervention, à des besoins objectivés.

Objectif National des dépenses l'Assurance Maladie (ONDAM) médico-social spécifique

Le financement des structures médico-sociales population à difficultés spécifiques : appartements de coordination thérapeutique, lits halte soins santé, lits d'accueil médicalisés, relève de l'ONDAM médico-social spécifique dans le cadre d'une campagne budgétaire annuelle.

Cette source de financement est également celle des outils aller-vers issus de la mesure 27 du Ségur de la Santé : lits halte soins santé mobiles, équipes mobiles santé précarité, équipes soins spécialisés infirmiers précarité (ESSIP), Appartements de coordination thérapeutique hors les murs.

A noter une spécificité concernant le financement de la structure Un chez Soi d'Abord. Ce dernier fait l'objet d'un double financement : volet accompagnement sur l'ONDAM médico-social spécifique et volet logement sur le BOP 177.

Le ministère chargé des solidarités demande aux ARS de faire remonter leurs besoins afin d'estimer la dotation au regard de la disponibilité des financements. Il est donc important d'être en mesure d'évaluer l'activité et la qualité du service rendu sur notre territoire par ces structures et d'objectiver les besoins.

7. LES MODALITES D’EVALUATION DU PRAPS

L’instance régionale de stratégie renforcée de lutte contre les inégalités en santé évaluera l’efficacité de la déclinaison du PRAPS sur les territoires.

Cette évaluation s’appuiera :

- Sur les rapports d’activité qui seront demandés aux opérateurs ayant un financement sur le FIR, les rapports d’activité renseignés dans l’outil national Piramig par les PASS et les EMPP, les rapports d’activité ACT/LHSS/LAM dont la trame est en cours de construction au niveau national.
- Sur l’évaluation réalisée par les instances territoriales concernant la déclinaison du PRAPS sur leurs territoires : points forts, points de vigilance, besoins éventuels argumentés.

