



« A force de sacrifier l'essentiel pour l'urgence, on finit par oublier l'urgence de l'essentiel. »

Edgar MORIN

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. »

Extrait de l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme

« ... tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés. »

« La Nation ... garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »

Préambule de la Constitution Française du 27 octobre 1946

« Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. » pour « garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. »

Article L. 1110-1 du code de la santé publique

Comment utiliser ce document

- Les principales définitions des termes et descriptions des dispositifs marqués d'un astérisque* sont indiquées dans le lexique commun du Projet Régional de Santé – Schéma régional de santé. Les concepts marqués de 2 astérisques** sont décrits en annexe 1.
- Renvoi à d'autres thématiques du Schéma Régional de Santé

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et l'attention à porter aux plus démunis sont à intégrer dans l'ensemble des autres thématiques du schéma régional de santé, notamment le premier recours, celles relatives aux établissements de santé, à la société inclusive et aux parcours prioritaires (en particulier santé mentale, personnes en situation de handicap, santé des personnes détenues).

- Deux fiches synthétiques présentent l'essentiel du PRAPS (synthèse du présent document en annexe 2) et du parcours santé précarité (voir parcours du schéma régional de santé).

Table des matières

INTRODUCTION ET NOTIONS CLES.....	5
<i>La santé : un équilibre entre l'individu et son environnement ; une capacité à se remettre.....</i>	<i>5</i>
<i>L'intrication de la santé et du social.....</i>	<i>5</i>
<i>Inégalités de santé : de quoi parle-t-on ?.....</i>	<i>6</i>
<i>Des forces et des limites.....</i>	<i>7</i>
<i>(R)évolution ?</i>	<i>8</i>
1. LE ROLE DU PRAPS.....	9
2. CONTEXTE.....	9
3. DIAGNOSTIC PARTAGE.....	11
3.1. Qui est concerné ?.....	11
3.1.1. Principales populations cibles et principaux facteurs de vulnérabilité.....	11
Facteurs de vulnérabilité et sous-groupes cibles.....	11
Un nombre limité de situations complexes.....	12
3.1.2.Principaux acteurs, rôles et responsabilités.....	12
3.1.2.1.Les institutionnels.....	13
3.1.2.2. Les opérateurs clés de la santé des populations les plus démunies : dispositifs de droit commun et dispositifs spécifiques.....	14
○ L'Assurance maladie.....	14
○ Les établissements de santé et leurs dispositifs spécifiques (PASS EMPP).	15
○ Les professionnels de santé libéraux.....	16
○ Le dispositif d'appui à la coordination - DAC Corsica Via Salute.....	17
○ Les assistantes de service social.....	17
○ Unités mobiles de prévention santé et d'accès aux droits.....	17
○ Les autres services de la Collectivité de Corse.....	17
○ Le secteur associatif.....	18
• Consultations médicales – Ajaccio et Bastia.....	18
• Psychologues dans les lieux d'accueil et d'hébergement - Ajaccio et Bastia.....	18
• Equipes mobiles santé-social – Ajaccio et Plaine Orientale.....	18
• Espace accueil médiation santé - Ajaccio.....	19
• Interprétariat professionnalisé en santé.....	19
• Accompagnement non médical.....	19
• Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation (SIAO).....	19
• Offre de logement - hébergement.....	20
○ Accompagnement médico-social des personnes précaires confrontées à des difficultés spécifiques..	21
3.1.3.Pilotage et gouvernance.....	22
3.2. Analyse des principales difficultés d'accès à la santé pour les plus démunis.....	23
3.2.1.Le manque d'adaptation du système, notamment des dispositifs de droit commun aux plus démunis.....	24
3.2.2. Les plus démunis décrochent et (re)deviennent invisibles.....	25
4. PRINCIPAUX AXES DE PROGRES : OBJECTIFS ET ACTIONS PRIORITAIRES.....	25

Trois enjeux.....	25
Principaux résultats attendus.....	25
4.1. OBJECTIF GENERAL N°1 : Accroître notre efficacité collective dans le repérage et la prise en charge individuelle précoce des facteurs de fragilité et des accidents de la vie.....	26
4.1.1. OBJECTIF OPERATIONNEL 1.1. Co-Construire avec les usagers démunis les solutions adaptées à leurs fragilités.....	26
4.1.2. OBJECTIF OPERATIONNEL 1.2. Systématiser l’approche santé sociale dans les projets.....	26
4.1.3. OBJECTIF OPERATIONNEL 1.3. Accompagner le fonctionnement en réseau sur les territoires.....	27
4.1.4. OBJECTIF OPERATIONNEL 1.4. Accompagner la mise en place d’une organisation de gestion des situations individuelles complexes.....	28
4.2. OBJECTIF GENERAL N°2 : Adapter l’accompagnement de l’accès aux droits, à la prévention et aux soins aux capacités et niveau de littératie des plus démunis.....	28
4.2.1. OBJECTIF OPERATIONNEL 2.1. Adapter la communication pour la rendre plus inclusive.....	28
4.2.2. OBJECTIF OPERATIONNEL 2.2. Développer le recours à l’interprétariat professionnalisé...29	29
4.2.3. OBJECTIF OPERATIONNEL 2.3. Développer la médiation en santé sur les 9 territoires de projet.....	29
4.2.4. OBJECTIF OPERATIONNEL 2.4. Accompagner l’adaptation et l’aide aux usages du numérique.....	30
4.3. OBJECTIF GENERAL N°3 : « Aller vers » les plus démunis et populations socialement défavorisées pour les « ramener vers » le droit commun (Assurance Maladie, accès à la prévention et aux soins).....	30
4.3.1. OBJECTIF OPERATIONNEL 3.1. Contribuer au développement des unités mobiles santé-sociales de prévention et/ou de soins.....	30
4.3.2. OBJECTIF OPERATIONNEL 3.2. Développer les équipes mobiles médico psychosociales et les projets fédérateurs sur les territoires urbains et ruraux.....	31
4.3.3. OBJECTIF OPERATIONNEL 3.3. Accompagner la mise en place de solutions de transport à moindre coût.....	31
4.3.4. OBJECTIF OPERATIONNEL 3.4. Consolider les PASS et les EMPP et développer les relais dans les territoires.....	31
4.4. OBJECTIF GENERAL N°4 : Accélérer le déploiement de l’offre d’ESSMS pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques.....	32

INTRODUCTION ET NOTIONS CLES

La réduction des inégalités sociales de santé fait partie des objectifs de santé publique prioritaires, objectifs réaffirmés à plusieurs reprises depuis la Stratégie nationale de santé de 2013, dans la loi de modernisation du système de santé de 2016, ou dans la Stratégie nationale de santé 2018-2022. Dans la Stratégie nationale de santé 2023-2033 à venir le second axe est de « lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins », confirmant ainsi une priorité de la politique publique de santé.

Dans son avis sur le projet de Stratégie nationale de santé 2023-2033, le Haut Conseil de santé publique pointe la nécessité de « *Renforcer les actions envers les plus fragiles : déconstruire la fabrique des inégalités de santé* ». En effet, « *malgré l'affichage de la lutte contre les inégalités de santé dans les différentes politiques publiques depuis 10 ans, la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 a montré la fragilité des populations les plus démunies. ... de nombreux indicateurs ne montrent pas d'amélioration dans ce domaine* »¹

Le PRAPS de Corse s'inscrit principalement dans l'**objectif stratégique n° 3 « accompagner les plus fragiles dans leurs démarches de santé, dans une logique de parcours continu**²» du cadre d'orientation stratégique (COS) du Projet Régional de Santé 2024-2028. Il est le seul programme obligatoire du Projet régional de santé.

La santé : un équilibre entre l'individu et son environnement ; une capacité à se remettre

La santé au sens de l'OMS³ souligne « *l'interdépendance entre le psychique, le biologique et le social* »⁴. Elle nécessite « *un état d'équilibre entre l'individu et son environnement*⁵ ». Sa dimension dynamique est parfaitement illustrée par Georges Canguilhem : « *Être en bonne santé c'est pouvoir tomber malade et s'en relever, c'est un luxe biologique* »⁶. On pourrait compléter par : c'est un luxe social. Cette notion d'équilibre que l'on cherche à maintenir ou à retrouver aux différents moments du parcours de vie de l'individu, et de la personne vis-à-vis de son environnement physique et social, permet de mieux appréhender l'importance de la dimension multifactorielle et donc complexe de la santé. C'est vrai pour la santé de chacun d'entre nous ; cela l'est encore plus pour les plus démunis qui cumulent souvent certaines fragilités concernant leurs ressources financières, leur état de santé physique et mentale, leurs relations sociales et familiales, leur logement, leur mobilité, leur utilité et leur reconnaissance dans la société.

L'intrication de la santé et du social

La pauvreté génère ou exacerbe les problématiques de santé et leurs conséquences. Mais les problèmes de santé impactent directement la vie des patients et de leurs proches. Ils peuvent amener très rapidement certains usagers, qui jouissaient précédemment d'une certaine sécurité, vers la précarité, voire les faire basculer durablement dans la pauvreté. La santé est donc à la fois cause et effet de la précarité et de la pauvreté. Inversement, l'accès à la santé est un élément clé contribuant à la sortie de la précarité. La dimension sociale doit donc être totalement intégrée à celle de la santé, et ceci particulièrement concernant les personnes les plus démunies ciblées prioritairement par le PRAPS.

¹ Stratégie nationale de santé 2023 -2033 – Contribution du Haut Conseil de la santé publique – Collection Avis et Rapports – Mars 2023.

² La notion de « parcours » peut être résumée par la circulation de l'utilisateur dans le système de santé. Usager qui doit bénéficier du juste enchaînement des différentes compétences professionnelles et services, directement ou indirectement, au bon moment, dans les bons lieux.

³ Définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé « état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement comme l'absence de maladie ».

⁴ « [Les définitions de la santé](#) » - Chapitre premier - La santé et ses déterminants ; Emilio La Rosa dans Santé, précarité et exclusion (1998), pages 7 à 49

⁵ [Attribué à René Dubos dans « La parabole du trampoline » - Pierre Larcher – Revue Quart Monde - 184 | 2002/4 : « La santé pour tous : pour quand ? »](#)

⁶ « Le normal et le pathologique » - Georges Canguilhem (1904-1995)

« En France, une "maladie" fait plus de victimes que le cancer : la précarité**⁷. ...Avec jusqu'à 8,5 millions de pauvres en France, la précarité fait de plus en plus de ravages sanitaires ! Cancer, maladies cardiovasculaires, problèmes buccodentaires... ces pathologies explosent chez les plus démunis ».

[Dr. Marina CARRERE d'ENCAUSSE, « témoignage », Baromètre 2016 Ipsos / Secours populaire : plus de renoncement aux soins.](#)

Inégalités de santé : de quoi parle-t-on ?

Les **inégalités sociales** de santé sont le produit des inégalités cumulées tout au long de la vie en fonction des conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Elles ne se limitent pas aux problématiques de la précarité, de la pauvreté ou de l'exclusion, même si elles ne les excluent pas. Elles font référence à la relation étroite qui existe entre un état de santé et l'appartenance à un groupe social. Elles renvoient aux écarts entre différentes catégories sociales qui sont systématiques, évitables, injustes (socialement construits), et importants.

« La France est le pays où les inégalités sociales de mortalité et de santé sont les plus élevées en Europe occidentale et celles-ci n'ont eu aucune tendance à régresser ces dernières années, contrastant avec l'amélioration du niveau moyen de l'état de santé. »⁸

[Thierry LANG, « Inégalités sociales de santé » - Les Tribunes de la santé 2014/2 \(n° 43\)](#)

Les inégalités de santé dépendent également de l'accessibilité géographique, sociale et fonctionnelle.

Les **inégalités territoriales** peuvent aussi se combiner, positivement ou négativement, aux inégalités sociales de santé en fonction de l'éloignement de l'offre, des difficultés de mobilités des usagers vers les services et/ou des services vers les usagers. Les inégalités territoriales sont donc directement dépendantes des modalités d'accès, qu'elles soient proposées au travers d'accueils et d'accompagnements physiques et/ou de services à distance.

Les inégalités sociales et territoriales peuvent et doivent être corrigées ou amoindries par le système santé-social mis en place et adapté. Mais ce n'est pas toujours le cas : différents auteurs pointent « *le rôle non marginal du système de soins, majoritairement centré sur l'accès aux soins curatifs, dans l'entretien, voire la genèse, d'une partie des inégalités sociales de santé*⁹ ». Les inégalités de santé peuvent ainsi être perpétuées ou accentuées, voire produites, souvent involontairement, par deux processus : les **inégalités « par construction »** résultent de l'absence de prise en compte des inégalités dans l'élaboration des politiques, dispositifs, services ; les **inégalités « par omission »** sont produites par le fonctionnement « en routine » du système de santé⁹.

⁷ Des définitions des termes et dispositifs marqués de 2 astérisques** sont proposées en annexe 1.

⁸ « [Inégalités sociales de santé](#) » - Les Tribunes de la santé 2014/2 (n° 43), pages 31 à 38 - Thierry Lang

⁹ « [Inégalités sociales de santé et accès aux soins](#) » - Pierre LOMBRAIL et Jean PASCAL – Les Tribunes de la santé 2005/3 (no 8)

Des forces et des limites

Dans cette appréhension complexe que représente la santé des populations des plus démunis, de nombreux éléments sont cependant favorables à une amélioration de la santé de ces usagers :

- Une connaissance croissante des inégalités de santé et des mécanismes contribuant au non-recours et au renoncement aux droits et à la santé : la plupart des causes ont été identifiées et analysées, que ce soit au niveau national ou régional. Un grand nombre de pistes susceptibles de réduire les inégalités de santé, d'améliorer les parcours santé des personnes les plus démunies, est identifié. La crise sanitaire résultant de la pandémie n'a fait que confirmer et produire un effet grossissant sur des constats et des mécanismes connus, que ce soit en matière d'impact négatif renforçant les inégalités de santé, ou sur les causes plus profondes de cette crise mondiale¹⁰ ;
- La volonté de l'Etat d'entreprendre des réformes :
 - Une politique de prévention et promotion de la santé ambitieuse ;
 - La priorité réaffirmée de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé ;
 - Une stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, et son prolongement dans le cadre du Pacte des solidarités ;
 - Une conscience accrue de l'importance du « aller vers » les plus démunis et des moyens consacrés ;
 - Les dispositions spécifiques à la Corse dans la Stratégie Nationale à venir qui favorisent une meilleure prise en compte de sa situation d'île montagne, de la réalité de la précarité et de son incidence sur les inégalités d'accès pour les plus démunis, et du vieillissement plus important que sur le continent¹¹ ;
- L'implication des élus et des collectivités locales : Collectivité de Corse, EPCI*, communes ;
- Une société civile mobilisée sur cet enjeu de société : professionnels de santé et du social ; associations ; ...
- La plupart des droits et dispositifs imaginés pour la santé des plus démunis, pallier les lacunes et/ou ramener vers le "droit commun" sont bien pensés :
 - Droits à la santé : [Protection universelle maladie \(PUMA*\)](#) ; [complémentaire santé solidaire \(CSS ou C2S\)*](#) ; attribution automatique de la CSS aux nouveaux bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA) ; [aide médicale de l'Etat \(AME\)*](#) ; intégration des étudiants et travailleurs indépendants au régime général ; [100% santé](#) ; [missions accompagnement santé des CPAM \(MiSAS\)*](#) ; [expérimentations Territoires zéro non recours aux droits \(TZNR\)](#)¹² ; ...
 - Accès aux droits et aux soins : [tiers payant](#) ; permanences d'accès aux soins de santé (PASS*) hospitalières* dont le [référentiel a été actualisé en 2022](#) ; Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP*) ;
 - [Dispositifs d'appui à la coordination \(DAC\)*](#) ;
 - Etablissements et services sociaux et médicosociaux pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques (EMSP PDS*), qu'ils ciblent les patients précaires ou les addictions.

¹⁰ Accélération de la prise de conscience de l'intérêt des approches « One Health – Une seule santé », santé intégrée ... Voir « Focus sur la stratégie « Une Seule Santé » - « Una sola saluta » »

¹¹ Page 84, [Stratégie Nationale de Santé 2018-2022](#).

¹² Depuis 2021, Bastia a été territoire expérimentateur dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté.

Mais c'est dans la mise en œuvre que la plupart des difficultés apparaissent : le fonctionnement en silos ; les modalités opérationnelles ; le manque de souplesse et les délais de mise en œuvre ; la localisation et la déclinaison dans les territoires ; le faible nombre de porteurs de projets mobilisables ; les moyens humains et financiers effectivement mobilisés ; le ciblage populationnel n'intégrant pas d'autres catégories de populations ayant des besoins similaires ; les compétences à adapter, à combiner, à coordonner ; les arbitrages effectués ; le déficit en ingénierie technique et financière des porteurs de projets ; la sur sollicitation des acteurs ; le décalage entre la théorie et la pratique ; etc.

(R)évolution ?

Les changements à opérer pour mobiliser ou remobiliser et coordonner les acteurs, notamment ceux des dispositifs de droit commun, sont conséquents. Il y a lieu de le faire sans attendre. Plus nous différons la mise en œuvre de ces changements, plus l'entreprise sera couteuse et longue pour un système aux ressources humaines et financières contraintes. Le coût humain (nombre de vies impactées durablement, parfois plusieurs générations) et sociétal (investissement nécessaire ; participation des concernés à la vie de la cité ; reconquête de « territoires sociaux ») pour les réintégrer durablement dans le système santé-social sera d'autant plus élevé que nous tardons à agir à la mesure des enjeux.

Relever le défi est encore possible en intervenant non seulement sur la santé (lutte contre le non-recours, le renoncement, prévention accrue, soins précoces, réhabilitation, rétablissement, ...), mais aussi en lien étroit avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre la pauvreté et la précarité : les autres services de l'Etat, les collectivités locales de proximité, la Collectivité de Corse, les organismes de protection sociale et la société civile. Par leur présence sur l'ensemble du territoire, les professionnels de santé libéraux ont un positionnement stratégique dans la santé des plus démunis. Il convient de le conforter aux côtés des établissements publics et privés de santé. Certaines associations jouent actuellement un rôle clé qu'il est souhaitable de faire davantage connaître et reconnaître, tout en veillant à ne pas conforter le glissement en cours, et même en corrigeant la tendance de ces dernières années où les associations et d'autres dispositifs spécifiques (PASS, EMPP, ESSMS PDS*, ...) pallient partiellement les dysfonctionnements souvent systémiques, mais participent, sans le vouloir, à les rendre invisibles.

1. LE ROLE DU PRAPS

Le PRAPS a l'ambition d'identifier les principales difficultés d'accès et de maintien des populations les plus démunies dans le système santé-social. Il tente de comprendre, et de faire comprendre, les causes et mécanismes qui génèrent et entretiennent les inégalités de santé. Il fait donc le choix de pointer les faiblesses du système santé-social actuel, ce qui apparaît comme une étape incontournable pour construire et mettre en œuvre des solutions. Les choix stratégiques, objectifs et actions prioritaires, sont posés dans un second temps en fonction des expertises techniques accessibles, de la volonté et possibilité d'innover, des marges d'expérimentation, de la concurrence des différentes priorités, de l'efficacité ou de l'efficience des actions envisagées et des budgets potentiellement mobilisables par l'ARS de Corse et ses différents partenaires.

Le PRAPS cherche notamment à identifier les principaux risques et points de blocage ou de rupture afin que les dispositifs de droit commun soient davantage inclusifs. Il propose des pistes de solutions, par le droit commun ou par des dispositifs spécifiques passerelles ou plus durables lorsque le public ou la problématique apparaissent trop particuliers pour être pris en compte de manière adaptée dans une approche « tous publics », parcours ou thématique. Le PRAPS nourrit le PRS et développe ou décline des éléments inscrits dans ce dernier en direction des plus démunis.

Au-delà de l'amélioration du parcours santé des plus démunis, beaucoup des constats s'étendent à l'ensemble des usagers et nombre des solutions de remédiation proposées bénéficieraient aussi à des publics qui ne sont pas identifiés comme démunis.

2. CONTEXTE

La pauvreté en Corse reste plus marquée que dans les autres régions métropolitaines : 18,3% de la population vit sous le seuil de pauvreté en 2020 (16,3% en Corse du Sud ; 20,1% en Haute-Corse ; 14,6% en France métropolitaine — Insee). Elle touche plus particulièrement les territoires ruraux (notamment la Plaine Orientale, la Balagne), les personnes âgées (plus nombreuses, plus pauvres), les travailleurs pauvres (salaires peu élevés, temps de travail annuels faibles en raison de la saisonnalité économique très marquée et temps partiel subi au noir et « au gris »), les travailleurs indépendants (26,5% exposés à la pauvreté), les familles monoparentales, les enfants (1 sur 4 vit dans une famille pauvre), etc.

Dans une île où le coût de la vie est élevé (logement, alimentation, transports) et les ressources faibles (revenus plus faibles ; non recours aux droits élevés), les inégalités sociales de santé touchent plus particulièrement les plus démunis qui cumulent des facteurs de vulnérabilité (isolement, non maîtrise de la langue, illettrisme - illettrisme, ...) et sont fragilisés par des accidents de la vie (rupture familiale, maladie, perte d'un proche, ...).

La précarité structurelle a été amplifiée par les crises intervenues depuis 2020 : crise sanitaire et économique, pouvoir d'achat. Différentes études nationales¹³ montrent que la crise sanitaire ne fait pas exception à la règle : elle a particulièrement impacté les catégories sociales les moins favorisées en raison de difficultés d'accès aux messages de prévention, à la vaccination, des conditions de vie (sur-occupation des logements) ou de travail (« services indispensables » en contact avec les collègues et le reste de la population). La crise sanitaire a aussi fragilisé un système santé-social en tension depuis plusieurs années : tension sur les professionnels (assistantes sociales, professionnels de santé), sur l'hôpital, la psychiatrie ; réduction des accueils physiques ; ... Ainsi malmenés, les dispositifs de droit commun ne sont plus suffisamment en capacité de repérer, d'inclure durablement et de manière coordonnée ceux qui en ont

¹³ Voir notamment ["Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19" Etat des lieux et perspectives - DREES n°62 – juillet 2020 - État des lieux et perspectives Dossier coordonné par Claire-Lise Dubost, Catherine Pollak et Sylvie Rey \(DREES\)](#)

le plus besoin, ceux qui n'ont pas les appuis ou l'autonomie permettant de s'adapter à la complexité et aux dysfonctionnements éventuels, ponctuels ou durables, du système santé-social. Les effets sont nombreux : droits à la santé incomplets avec un sous recours à l'Aide Médicale de l'Etat (AME) et à la Complémentaire santé solidaire (6,1% de la population totale / 10,1% en France métropolitaine en 2020¹⁴) ; conséquences multiples de la fracture numérique ; difficulté à disposer, conserver ou accéder à son médecin traitant, un dentiste, un spécialiste, ... ; difficultés des professionnels à prendre en compte les spécificités de ces publics notamment lors des entrées / sorties des établissements de santé ; difficultés à se coordonner entre professionnels (de santé ; santé-social) ; déficit d'offre et coûts élevés des transports, de la mobilité ; etc.

Au cours de ces dernières années, compte tenu des choix opérés et du contexte de crise ayant un effet loupe sur les fragilités et les dysfonctionnements du système, la difficulté d'accès et de maintien effectif et durable des personnes les plus démunies dans un système santé-social protecteur reste importante. Les dispositifs spécifiques (accompagnements par des associations : consultations médicales, accompagnement social, ... ; Permanences d'Accès aux Soins de Santé ; Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité ; Appartements de Coordination Thérapeutique ; Lits Halte Soins Santé ; Mission Accompagnement Santé ; ...) ont pourtant été renforcés et diversifiés grâce à une prise de conscience accrue pendant la crise. Cette prise de conscience se traduit par des moyens supplémentaires, notamment via la Mesure 27 du Ségur, une implication accrue des ARS dans les processus (consultation, améliorations ou conception), et par une volonté d'articulation croissante entre les politiques publiques santé, social, hébergement logement, notamment entre DGOS, DGCS, DIPLP, DIHAL, DSS, etc.

Plus largement, les inégalités de santé restent élevées. Leur réduction est réaffirmée comme un chantier essentiel mais très complexe sur un territoire où les spécificités sociologiques et géographiques sont difficiles à prendre en compte dans une organisation qui reste très compartimentée par compétences. Les dispositifs sont eux-mêmes complexes et pas toujours adaptés car encore largement contraints par le niveau national, morcelés et de mise en œuvre peu agile au regard des enjeux et des dynamiques en cours.

¹⁴ Sources : DREETS de Corse - SEVE-OS d'après DREES, CNAM, CNDSSSTI, CCMSA, SLM, Régimes spéciaux, URSSAF ; MSA ; Cnaf ; Insee.

3. DIAGNOSTIC PARTAGE

Le diagnostic partagé a été actualisé notamment grâce aux enseignements tirés du bilan du PRAPS 2018-2023 et aux contributions recueillies à partir de huit questions (voir annexe 3). Des usagers d'un accueil de jour grands précaires, des représentants d'usagers et d'instance de la démocratie en santé, des ESSMS (précarité, addictions, personnes âgées, personnes en situation de handicap), des collectivités locales, des équipes mobiles et de partenaires institutionnels ont participé. Cinq des neuf territoires de projets étaient représentés.

3.1. Qui est concerné ?

3.1.1. Principales populations cibles et principaux facteurs de vulnérabilité

Pour les usagers les plus fragiles et les plus démunis, les facteurs de vulnérabilité et les obstacles du système de santé (absence de réponse, inadéquation de la réponse, méconnaissance de l'offre, dysfonctionnements) se conjuguent pour compliquer l'accès à la santé.

L'accès à la prévention et aux soins est limité par des déterminants :

- Sociaux systémiques : accès aux différents acteurs et services de santé) ;
- Environnementaux : conditions matérielles (logement, qualité de vie dans le territoire vécu, environnement de travail, risques environnementaux...) et facteurs psycho-sociaux (stress des conditions de vie ou de travail...);
- Comportementaux : alimentation, addictions, activité physique, non recours, renoncement, ... qui impactent l'état de santé.

L'effet "cocktail" - cumul de différents facteurs de vulnérabilité - est mal connu mais probablement désastreux puisque ces fragilités se potentialisent et rendent plus difficile encore la prise en charge par des démarches et dispositifs eux-mêmes complexes qui se surajoutent au lieu d'être facilitants.

Facteurs de vulnérabilités et sous-groupes cibles

Les principaux facteurs de vulnérabilité identifiés lors de la consultation sont les suivants :

- La grande précarité et les situations d'exclusion ;
- Les personnes fragiles, vulnérables, précaires, défavorisées ;
- Les personnes vivant seules à domicile, isolées géographiquement et/ou socialement ;
- Les personnes et les ménages aux ressources très faibles, voire modestes et ou incertaines ;
- Les ruraux, notamment les plus éloignés des centres urbains ;
- Les usagers en rupture de droits (PUMA, CSS, AME), de soins, en difficultés sociales ;
- Les personnes éloignées, voire très éloignées du système de droit commun. Ces personnes sont en difficulté avec les dispositifs existants : non ou petits lecteurs, scripteurs ou ayant des déficits sur les savoirs de base, la maîtrise de la langue. Les personnes touchées par l'illettrisme et l'illectronisme.

Ainsi, les personnes des « catégories » suivantes, forcément réductrices et qui regroupent des situations individuelles très différentes, doivent faire l'objet d'une attention particulière :

- Les personnes sans chez soi, sans abri, mal logées : sans domicile fixe, marginales ; les personnes hébergées de façon temporaire dans les dispositifs d'hébergement d'urgence (centres d'hébergement d'urgence, CHRS, hôtels et autres lieux de mise à l'abri) ;
- Les usagers de santé ayant des pratiques ou un mode de vie illicites et/ou stigmatisés : prostitution; addictions ; LGBT ; etc. ;
- Les personnes avec perte d'autonomie et leurs aidants ;

- Les détenus ;
- Les migrants, les étrangers ;
- Les jeunes vulnérables, fragiles ;
- Les femmes et enfants vulnérables, notamment victimes de violences physiques et/ou psychologiques ;
- Les malades chroniques ;
- Les travailleurs saisonniers ;
- Les personnes les plus éloignées de l'emploi ;
- Les invisibles : travailleurs pauvres, petits retraités, etc.

Ces populations cibles représentent des sous-groupes de 500 (détenus ; grands précaires) à 33 000 personnes (femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité ¹⁵).

Un nombre limité de situations complexes

Si l'on considère le nombre de personnes potentiellement concernées, la plupart de ces populations cibles ne représentent qu'un nombre limité de situations individuelles. Un nombre encore plus limité d'entre elles peuvent être considérées comme complexes, et sont parfois hypercomplexes. Cette complexité trouve souvent son origine dans le système de prise en charge plus que dans la complexité de la situation personnelle dans son environnement. Mais ces situations apparaissent encore traitables comparées à d'autres régions où les populations les plus démunies se comptent en dizaines, voire centaines de milliers. Si certaines spécificités existent pour chaque groupe cible, un certain nombre de constats et de besoins sont communs à plusieurs catégories, tant dans les services attendus que dans les modalités qui en facilitent l'accès. Il apparaît donc opportun de proposer des réponses communes par des moyens et dispositifs mutualisés lorsque cela est possible. Cela apparaît d'autant plus pertinent dans la plus petite région de France métropolitaine confrontée à de réelles difficultés géographiques d'une île montagne : chrono distances, transports publics limités, coût des déplacements.

3.1.2. Principaux acteurs, rôles et responsabilités

Sans reprendre de manière exhaustive l'ensemble des acteurs à associer pour faciliter l'accès à la santé des plus démunis et lutter contre la pauvreté et la précarité, il y a lieu de rappeler quels sont les principaux acteurs concernés afin de faire évoluer certaines habitudes en soulignant quatre points :

- Pour les publics les plus démunis, les dimensions sociales et santé sont intimement liées : la santé a une incidence directe sur la fragilité sociale ; le dénuement et les vulnérabilités se traduisent en terme d'impacts immédiats ou à distance sur la santé psychique et ou somatique ;
- La complexité des situations individuelles nécessite la coordination, dans la durée, de compétences multiples ;
- Le morcellement actuel des compétences institutionnelles et techniques et la balkanisation des acteurs obligent à coopérer avec plus d'efficacité, voire à faire évoluer notre organisation¹⁶ ;
- L'ampleur de cet enjeu de société dépasse largement le PRAPS et les ressources humaines et financières qui lui sont directement affectées.

¹⁵ 343 700 habitants X 18,3% (taux de pauvreté en 2020) X 53% (part des femmes dans les personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté).

¹⁶ « *Elaboration d'une nouvelle stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion ; les chantiers que vous conduirez ... pourront se traduire par des propositions d'évolution organisationnelle des services de l'Etat sur les territoires* » - Feuille de route du 09/08/2017 de Monsieur le Premier Ministre à Madame la Ministre des solidarités et de la santé.

3.1.2.1. Les institutionnels

Les institutionnels impliqués dans la politique de santé et dans la lutte contre la pauvreté et la précarité ont une quadruple responsabilité :

- La **compréhension** des besoins, des mécanismes et des dynamiques. ;
- L'élaboration de **mesures correctives** aux obstacles et points de ruptures (absence de réponse, inadéquation de la réponse, méconnaissance de l'offre, dysfonctionnements) ou de la mise en place des conditions favorables à la construction de celles-ci par les autres acteurs ;
- La mobilisation et la **coordination** des politiques, des moyens et des dispositifs au bénéfice des personnes les plus démunies ;
- L'**évaluation** objective de l'efficacité des politiques et moyens mobilisés afin de les ajuster.

Cette quadruple responsabilité doit pouvoir s'exercer de manière équitable sur l'ensemble du territoire insulaire.

Pour exercer ces quatre niveaux de responsabilités, les principaux institutionnels concernés sont les suivants :

- Les **services de l'Etat** (services préfectoraux, DREETS - DDETSPP¹⁷ et commissaire à la lutte contre la pauvreté) et **l'ARS** interviennent sur les trois piliers que sont la santé, le social et le logement-hébergement. Par sa double mission, l'éducation à la santé des élèves et le suivi de leur santé, et sa présence sur tout le territoire, **l'Education nationale** est aussi une institution au positionnement stratégique pour prévenir et faire reculer les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- La **Collectivité de Corse, les communes et les intercommunalités** jouent des rôles clés sur les trois piliers précédemment cités mais aussi en matière d'aménagement et de transports-mobilité, dans une île-montagne où les mobilités interne et externe revêtent une importance particulière.

Les communes ou intercommunalités interviennent notamment sur les politiques de proximité en matière de santé, en particulier dans le cadre des contrats de ville (Communauté d'agglomération du pays ajaccien, communauté d'agglomération de Bastia, Porto-Vecchio), des contrats locaux de santé (CLS) et de projets territoriaux de santé notamment ;

- Les **organismes de protection sociale** : caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), mutualité sociale agricole (MSA), caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT). L'accès aux droits à la santé est à la fois une condition favorable à l'amélioration durable de la santé des personnes les plus démunies et un élément clé de la santé publique. Dans un territoire où le non-recours aux droits (CSS, AME) est significatif et où le nombre de bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est plus de deux fois plus important qu'en France métropolitaine (8,6% des personnes de plus de 62 ans contre 3,3%¹⁸), les organismes de protection sociale sont des acteurs incontournables de la lutte contre les inégalités sociales de santé.

¹⁷ Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) et directions départementales de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations (DDETSPP).

¹⁸ [Les retraités et les retraites > édition 2020 > DREES](#)

La complexité / l'efficacité ?

Chacun de ces institutionnels détient une partie des compétences qui sont déclinées dans différents plans et programmes avec chacun sa propre gouvernance, son calendrier, ses territoires de référence, ses équipes, ses budgets, ... Si chaque plan ou programme comporte un certain nombre de spécificités, beaucoup reprennent en grande partie les mêmes constats et des propositions communes. A chaque élaboration ou actualisation d'un diagnostic, d'un plan ou d'un programme, les mêmes acteurs sont sollicités. La plupart souligne que, année après année, les mêmes difficultés sont pointées, sans que les choses n'évoluent significativement sur le terrain, ou en tout cas à un rythme trop lent pour rattraper le retard sur les dynamiques à l'œuvre.

Cette complexité institutionnelle est aussi l'une des causes principales de la complexité opérationnelle subie par les usagers, notamment les plus démunis : « *Si l'on examine les politiques sociales, on constate une accumulation de dispositifs souvent illisibles, qui peinent à toucher les plus vulnérables. Le taux des personnes qui ne font pas valoir leurs droits est élevé (...). L'idée d'un Etat garant des droits semble rester dans bien des cas lettre morte aujourd'hui... Pour que l'Etat retrouve son rôle il faut qu'au plan local, l'Etat et les collectivités territoriales privilégient une approche interministérielle, partenariale et définissent en commun des objectifs concrets* »¹⁹.

Une question de fond est à poser régulièrement afin de vérifier que les acteurs œuvrent sur les deux volets de cette complexité : faciliter la compréhension des usagers mais aussi et surtout œuvrer à une simplification des parcours et processus. Cette question a d'autant plus de sens que la Corse est la plus petite des régions métropolitaines. Une île de 343 700 habitants (Insee 2020) dont les spécificités sont reconnues par le législateur²⁰.

Les questions de la simplification, mais aussi de la gestion de la complexité « résiduelle », sont incontournables puisque la complexité des droits et dispositifs apparaît, en Corse, comme l'une des 3 principales causes du renoncement aux soins²¹ en général et comme l'une des deux causes principales - l'autre étant l'aspect financier - concernant les populations les plus démunies.

3.1.2.2. Les opérateurs clés de la santé des populations les plus démunies : dispositifs de droit commun et dispositifs spécifiques

Seuls les principaux opérateurs fournissant un service ou une prestation aux plus démunis sont évoqués ici. La plupart des acteurs sont situés sur les deux pôles urbains (Ajaccio, Bastia). A quelques exceptions près, les services décentralisés et la mobilité des équipes restent rares.

Trois cartes en annexe 4 situent géographiquement les principaux dispositifs spécifiques et les perspectives d'installation.

¹⁹ ["Les politiques de cohésion sociale" - collection Rapports et documents n°55, avril 2013 - Centre d'analyse stratégique – La documentation française](#) – p44.

²⁰ [LOI n°2016-1888 du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne.](#)

²¹ « Une analyse systémique sur le renoncement aux soins en région Corse » - ORS de Corse 2017.

- **L'Assurance maladie** joue un rôle clé dans la santé des plus démunis, et plus généralement dans la lutte contre les inégalités de santé, notamment au travers de trois dispositifs :

- **Les Missions accompagnement santé (MisAS) :**

Départementales, ces équipes spécialisées accompagnent individuellement les usagers renonçant jusqu'à un accès réel aux droits et à la santé. Lorsqu'elles travaillent en étroite collaboration avec les acteurs de proximité en capacité de repérer ces publics, elles montrent une efficacité réelle sur ces situations ;

- **Le Centre d'examens de santé (CES) de la Corse**

Situé à Bastia, le CES a une vocation régionale. Il réalise des examens de santé pour les assurés sociaux et prioritairement pour des personnes en situation de précarité. En raison du faible nombre de relais, ce dispositif régional essentiel ne parvient pas à toucher l'ensemble de sa cible sur les différents territoires ;

- **Les aides financières individuelles**

L'action sanitaire et sociale de l'Assurance Maladie peut vous permettre de bénéficier d'une aide financière ponctuelle, en complément des prestations (remboursement des soins, indemnités journalières...) habituellement versées.

- **Les établissements de santé** et leurs dispositifs spécifiques.

- **Trois Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)**

Le centre hospitalier d'Ajaccio et celui de Bastia, ainsi que la polyclinique du sud de la Corse à Porto-Vecchio portent les 3 PASS de l'île. Peu investies par les établissements, aucune d'entre elles n'est en conformité avec le [cahier des charges actualisé en 2022](#), notamment en ce qui concerne les ressources humaines minimum devant être affectées²² et la gouvernance. Elles sont insuffisamment lisibles et ne jouent que partiellement leur rôle de passerelle d'accès à la santé des plus démunis. Aucune d'entre elles n'a initié de démarche de « Aller vers » afin de mieux répondre aux besoins de publics pour qui la mobilité est une contrainte majeure. En dehors de la PASS de Bastia, l'articulation avec les soins dentaires est déficiente alors qu'elle revêt une importance particulière pour ce type de patients. L'une des spécificités de la PASS Grand Sud de Porto-Vecchio est de fournir à distance un accompagnement par l'assistante sociale.

Les hôpitaux de proximité jouent aussi un rôle essentiel dans les soins aux patients vulnérables en dehors des pôles urbains. Ils ne sont cependant pas positionnés pour l'instant comme relais des PASS ou EMPP.

Au-delà des PASS, les établissements de santé sont plus ou moins dotés en travailleurs sociaux pouvant accompagner les plus fragiles.

Passage en établissement des patients les plus démunis : Un moment clé à (ré)investir ?

Une partie significative des usagers peu visibles, voire invisibles redeviennent visibles ponctuellement (urgences, consultation) ou plus durablement (hospitalisation) par le système santé social. C'est l'un des rares moments où ces publics pourraient faire l'objet d'un bilan complet permettant de vérifier ou compléter que l'intégralité des droits sont ouverts, que l'accès aux professionnels de santé nécessaires est possible, hors phase aigüe et pour la situation qui les a amenés à l'hôpital. La question de l'adéquation du logement et de la présence / absence d'un aidant sont deux éléments clés à cerner pour ajuster l'organisation de la suite du parcours du patient.

²² 0,5 ETP d'assistante sociale, 0,5 ETP d'infirmière, 0,2 ETP de médecin

On peut notamment regretter que l'organisation des établissements, en direct et/ou en lien avec leurs partenaires, et/ou les difficultés dans l'ouverture des droits des usagers amènent à soigner certaines personnes sans profiter de leur passage dans l'établissement, pour optimiser leur protection sociale : assurance « de base », complémentaires et, si nécessaire et disponible, mobilisation des aides financières exceptionnelles dans le cadre de l'accès aux soins géré par les CPAM au titre de l'action sanitaire et sociale.

- **Deux Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) à Ajaccio et Bastia.**

L'UMAPPP portée par le centre hospitalier de Castelluccio a évolué vers une EMPP.

Depuis 2021, une EMPP est portée par le Centre Hospitalier de Bastia. L'une des spécificités de l'EMPP Primura de Haute-Corse est d'accueillir dans son équipe depuis lors, une médiatrice en santé mentale dans le cadre d'un partenariat entre la préfecture de Haute-Corse, le centre hospitalier de Bastia, les bailleurs sociaux, et l'ARS. Elle intervient dans les quartiers prioritaires de la ville de Bastia. Si elles interviennent auprès des acteurs en lien avec leurs publics cibles, leurs actions ne touchent pour l'instant que les deux principaux pôles urbains de l'île.

- **Les centres médico-psychologiques (CMP)* et unités mobiles des équipes de secteurs psychiatriques**

La force du réseau des CMP est d'être réparti sur l'ensemble du territoire. Cependant, les besoins qualitatifs et quantitatifs qui se sont accrus depuis la pandémie nécessitent des ajustements qui permettraient une prise en charge dans de meilleures conditions dans des délais optimisés. Les visites à domicile des équipes de secteur représentent un exemple, pourtant précurseur du « aller vers », qui semble se heurter aux difficultés de gestion des ressources humaines (recrutement, fidélisation, répartition sur le territoire, mobilité).

- **Les professionnels de santé libéraux**

Les professionnels de santé libéraux représentent le réseau de proximité de la santé sur la quasi-totalité du territoire, malgré les contraintes démographiques affectant certaines catégories et des inégalités de densité d'implantation. La charge de travail des médecins libéraux, et l'évolution des aspirations et des pratiques, leur permettent de moins en moins « d'aller vers » leurs patients et de consacrer le temps et l'attention nécessaires à un accompagnement global et individualisé des plus démunis.

Les pratiques – certes minoritaires - de certains professionnels de santé (refus du tiers payant, de la CSS ou de l'AME...) ou les conditions d'accueil (déficit de solutions de mobilité vers les cabinets, salles d'attente sur-fréquentées, difficultés de communication, déficit de temps et de formation sur la prise en compte des spécificités de ces publics, ...) alimentent les processus de renoncement.

Les infirmiers sont souvent les seuls professionnels à se rendre chez les plus démunis, voire intervenir dans la rue lorsque cela est nécessaire, ils ont une certaine expérience de ces publics et il n'y a pas d'alternative plus adaptée.

Les professionnels de santé se retrouvent parfois démunis lorsque la complexité de la situation sociale empêche une prise en charge adaptée. Par ailleurs certains publics demeurent durablement invisibles pour les professionnels de santé libéraux.

○ **Le dispositif d'appui à la coordination - DAC Corsica Via Salute**

En appui aux professionnels (du domaine sanitaire, professionnels sociaux et médico-sociaux) pour les patients en situation complexe, ce jeune dispositif (mis en place depuis le printemps 2022) accompagne la coordination des parcours des personnes âgées. La pluridisciplinarité de son équipe (Professionnels de santé ; régulateurs parcours ; référents parcours ; animateurs territoriaux) et les champs couverts par ses missions (informer-orienter ; coordination des parcours complexes ; coordination territoriale) ne concernent aujourd'hui qu'une partie des situations complexes des populations les plus démunies en raison de sa cible actuelle.

○ **Les assistantes de service social**

Elles exercent, au sein des collectivités (communes, centres communaux d'action sociale –CCAS, centres intercommunaux d'action sociale - CIAS, Collectivité de Corse) un rôle essentiel et en grande partie décentralisé pour l'ouverture des droits et l'accompagnement individualisé des publics fragiles.

Leurs services accompagnent les demandes d'aide sociale (légales et facultatives), organisent des actions et activités sociales, en particulier auprès des personnes âgées ou handicapées et des familles en difficulté, et interviennent dans les démarches relatives au logement (logement indigne ou insalubre). Ils guident les plus démunis ayant des difficultés d'accès aux droits et à la santé.

Au cours des dernières années, un glissement de tâche s'opère et s'accroît pour l'accompagnement de certains des publics les plus démunis : les travailleurs sociaux, voire les bénévoles de certaines associations sont très souvent sollicités.

○ **Unités mobiles de prévention santé et d'accès aux droits**

Le Camping-Car Connecté de MSA Services combine une [Maison France Services](#) et des actions de prévention promotion de la santé. Il se fait le relais de nombreux partenaires et a notamment joué un rôle clé dans les dispositifs de « aller vers » pendant la pandémie.

Dans le cadre d'un partenariat ARS / Collectivité de Corse, des études d'opportunité et de faisabilité sur des Bus santé sociaux (BuSS) ont été conduites sur 3 territoires ruraux. Porté par la Collectivité de Corse, le premier BuSS entre dans sa phase opérationnelle au second semestre 2023. Comme le Camping-Car Connecté, sa cible est « tous publics » afin de ne pas stigmatiser. Mais, dans sa conception et dans son approche, une attention particulière est portée aux quatre cibles particulièrement vulnérables identifiées : saisonniers, personnes âgées isolées, étrangers quelle que soit leur situation administrative, jeunes.

○ **Les autres services de la Collectivité de Corse**, notamment ceux de la Direction générale adjointe en charge des affaires sociales et sanitaires :

- Direction de la promotion de la santé et de la prévention sanitaire, notamment les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et la protection maternelle et infantile (PMI). ;
- Direction de l'action sociale de proximité et les Pôles territoriaux auxquels sont rattachées les assistantes sociales de secteur ;
- Direction de l'autonomie ;
- Direction de la protection de l'enfance ;
- Direction de l'insertion et du logement.

Mais aussi l'ensemble des services et dispositifs en charge du social et du logement.

L'une des forces de ces services est leur important niveau de décentralisation et de mobilité sur les territoires de vie.

○ **Le secteur associatif**

Les associations regroupent des organisations aux réalités très différentes : part des bénévoles et des salariés dans les ressources humaines actives ; sécurité ou au contraire insécurité budgétaire ; présence / absence et niveau d'appui technique et financier d'un réseau national ; proximité des institutionnels ou indépendance revendiquée et mise en pratique ; mise en œuvre d'une délégation de service public ou service conçu plus librement au regard de l'expérience du terrain ; etc.

Le secteur associatif propose notamment les services suivants aux plus démunis :

- **Consultations médicales – Ajaccio et Bastia**

Les deux consultations par semaine de Médecins du Monde à Ajaccio et la consultation quotidienne de Corse Malte à Bastia jouent un rôle clé de premier recours pour les publics les plus démunis. Corse Malte propose aussi un diagnostic dentaire. Ces consultations sont notamment des passerelles vers les PASS, en particulier pour les situations les plus complexes d'un point de vue médical. Elles pallient en partie le manque d'accessibilité géographique et fonctionnelle de ces dernières.

- **Psychologues dans les lieux d'accueil et d'hébergement - Ajaccio et Bastia**

L'expérience d'une psychologue dans un accueil de jour grands précaires à Ajaccio portée par la FALEP a pu être pérennisée et déployée depuis fin 2022 dans les différents lieux d'accueil et d'hébergement à Ajaccio. Cette offre s'est aussi mise en place depuis fin 2022 dans les différents lieux d'accueil et d'hébergement du grand Bastia.

- **Equipes mobiles santé-social – Ajaccio et Plaine Orientale**

Deux dispositifs différents se sont mis en place au cours du précédent PRAPS :

- Un SEMISS (Service d'Equipes Mobiles d'Interventions Sociales et de Soins) ou SAMU social porté par la Croix Rouge intervient sur le Grand Ajaccio à Ajaccio dans le cadre d'un cofinancement préfecture de Corse du Sud / ARS. Un infirmier et une participation des médecins de Médecins du Monde aux maraudes complètent les compétences des trois travailleurs sociaux ;
- Une équipe mobile en Plaine Orientale portée par l'association A Fratellanza : 3 à 4 fois par semaine, un travailleur social repère et accompagne des personnes sans abri ou en logement précaire (saisonniers, immigrés, ...), peu mobiles, dans leurs différentes démarches santé-sociales.

- **Espace accueil médiation santé - Ajaccio**

Une médiatrice santé intervient quotidiennement au sein de l'accueil de jour FALEP Stella Maris auprès de personnes en grande précarité : information, orientation, analyse des besoins et des freins, accompagnement individualisé, travail sur l'empowerment et l'estime de soi, ... en lien avec les autres professionnels de l'accueil de jour et les partenaires.

- **Interprétariat professionnalisé en santé**

Après plusieurs appels à manifestation d'intérêt infructueux, le dispositif mis en place pour accompagner les déplacés d'Ukraine a été étendu fin 2022 à l'ensemble des publics et des langues. Coordonné par la Croix Rouge, il permet à tout professionnel²³ ou aidant, via un service à distance ([ISM interprétariat](#)), quel que soit son statut (libéraux, bénévoles, fonction publique hospitalière, ...) de bénéficier d'un interprétariat professionnalisé en santé pour toute démarche relative à la santé concernant les personnes étrangères : accès à la prévention et aux soins, accès aux droits à la santé ; prise en charge psychologique ; etc.

- **Accompagnement non médical**

Plusieurs associations fournissent des services sur les besoins de base : pause-café, repas (colis alimentaire, restaurant social), hygiène (douche, laverie, WC), loisir, ... au travers d'accueils de jour dans leurs locaux, y compris en zone rurale (colis alimentaires).

L'accompagnement administratif, notamment en matière d'accès aux droits et à la santé, pallie de plus en plus les difficultés d'adaptation des dispositifs de droit commun aux spécificités de certaines des populations les plus démunies.

Les associations interviennent avec des champs et des niveaux d'expertises diverses et complémentaires, souvent indispensables pour accéder à la santé, grâce à des salariés et/ou des bénévoles : domiciliation administrative, demandes de CSS, d'AME, droits des étrangers, logement-hébergement, retraite, aide à la prise de rendez-vous, ...

Intervenant en amont dans la préparation des dossiers, courriers, démarches, RDV, ces accompagnements ne sont pas toujours lisibles, reconnus et/ou facilités par les dispositifs de droit commun qui administrent les droits, fournissent les services santé-sociaux.

L'accompagnement prend différentes formes en fonction de l'autonomie de l'utilisateur et du niveau de complexité de la démarche : rédaction de courriers, remplissage de formulaires et dossiers, interprétariat, démarches au téléphone ou sur internet, accompagnement physique, etc.

- **Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation (SIAO)**

De compétence départementale, ils facilitent l'accès aux différents dispositifs de logement-hébergement d'urgence, de stabilisation et d'insertion : connexion entre la demande et l'offre ; orientation, régulation, observation.

SIAO : des missions actualisées, un pilotage rénové traduisant l'articulation des politiques publiques

En mars 2022, une [instruction a actualisé les missions des SIAO pour la mise en œuvre du Service public de la rue au logement](#). Elle rappelle ou souligne différents points qui amèneront ces acteurs à accroître leur rôle clé dans le parcours santé-social des personnes sans domicile quel que soit leur lieu de vie (rue, hébergement, squat, habitat de fortune...) :

- « *C'est l'accompagnement qui doit s'adapter à la situation de la personne, et non la personne qui doit s'adapter aux catégories de dispositifs d'accompagnement.* »

²³ Professionnels de santé, travailleurs sociaux, établissements de santé et médicosociaux, centres de vaccination, CLAT, CSAPA, CAARUD, ...

- *« La coordination avec l'Agence Régionale de Santé et l'implication des acteurs de la santé, notamment de la santé mentale et de l'addictologie, et des dispositifs spécifiques de soin aux publics vulnérables doivent être recherchées en priorité. »*
- *« la prévention de sorties sèches »*
- *« toutes les personnes sans domicile doivent bénéficier d'une évaluation immédiate dite « flash » puis d'une évaluation approfondie, dans des délais maîtrisés »*
- *« Il devient un pôle d'expertise et de ressources » des personnes sans domicile.*
- *Il « a pour objectif d'assurer ... un parcours d'accompagnement qui respecte les principes de continuité (éviter les ruptures d'accompagnement causées par une modification ou une fin de prise en charge) et d'adaptation aux besoins (adaptation de l'intensité et du contenu de l'accompagnement en fonction des évolutions des besoins et des souhaits exprimés par les personnes). »*

- **Offre de logement - hébergement**

Différents dispositifs d'hébergement et de logement de personnes en situation précaire sont amenés à prendre en charge des publics avec des besoins spécifiques en matière de santé, notamment de santé mentale, d'addictions : centre d'hébergement d'urgence, accueils de nuit, CHRS, maisons relais, foyers de travailleurs migrants, résidences sociales, dispositifs d'intermédiation locative, etc.

Certains profils d'usagers-patients ne sont pas compatibles avec l'hébergement collectif par ailleurs déjà saturé.

De plus, les équipes gérant ces dispositifs ne comportent pas de professionnels de santé et l'organisation des soins, dans ou à partir de ces lieux est souvent difficile, voire impossible : les dispositifs de droit commun ne peuvent, ou ne veulent, pas toujours les accompagner ou les prendre en charge. Les équipes se retrouvent ainsi fréquemment démunies face à des prises en charge, par défaut, de situations complexes qui dépassent leurs compétences et fragilisent ces structures

De fait, ce nœud dans les parcours a de multiples incidences sur les patients : difficulté à stabiliser leur situation ; facteurs de fragilité supplémentaire dans des périodes déjà difficiles ; ré-hospitalisations plus fréquentes.

L'accessibilité sociale et fonctionnelle : l'atout maître des associations.

Le point commun des acteurs associatifs est leur accessibilité sociale et fonctionnelle (accueil inconditionnel, simplicité, proximité sociale et géographique, bonne identification par leurs cibles, disponibilité, compétences relationnelles des ressources humaines, ...) pour les plus démunis. Cela explique qu'ils disposent d'un véritable « capital confiance ». L'accompagnement est individualisé et prend en compte les fragilités de la personne.

Mais une efficacité à double tranchant car elles contribuent, sans le vouloir, à masquer certains dysfonctionnements et à invisibiliser certains besoins, certaines dynamiques et certains usagers.

○ **Accompagnement médico-social des personnes précaires confrontées à des difficultés spécifiques**

Durant la période 2018-2023 de nouveaux dispositifs et de nouvelles places d'établissements et services sociaux et médico-sociaux pour des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (ESSMS PDS*) ont été installés (voir cartes en annexe 4) :

- **Appartements de coordination thérapeutique (ACT)* à Furiani et Ajaccio**

Depuis les toutes premières places d'ACT à Furiani en 2014, l'offre en région a été complétée : portant de cinq à dix le nombre de places sur le Grand Bastia et installant les quatre premières places à Ajaccio.

- **Appartements de Coordination Thérapeutique Un Chez Soi D'abord (ACT UCSD)***

Lancée en 2014 à Ajaccio et fin 2016 à Bastia, l'expérimentation Una Casa Prima, financée en partenariat ARS – DDCSPP et mise en œuvre par ISATIS, a finalement trouvé un cadre de pérennisation avec la création de 55 places d'ACT UCSD. Un GCSMS créé par l'association ISATIS, l'hôpital de Castelluccio, l'association Addictions France et la clinique du Cap.

Le dispositif permet d'accompagner 55 locataires dans un logement dans le diffus à Ajaccio et Bastia. Ce sont des personnes à l'origine sans abri, présentant des besoins élevés notamment parce qu'elles souffrent de troubles psychiques sévères, et souvent d'addictions. Il est soutenu par l'Agence Régionale de Santé et Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DREETS).

- **Lits Halte Soins Santé (LHSS)***

Les quatre premiers lits halte soins santé ont été mis en place à Ajaccio- Mezzavia en 2018.

Au-delà du logement ou de l'hébergement, et donc de la sécurisation de la personne, l'intérêt de ces dispositifs est de décloisonner concrètement la santé et le social en mobilisant des équipes pluridisciplinaires, internes et externes, autour des usagers fragiles.

La crise sanitaire liée à la COVID 19 a, elle aussi, accéléré l'évolution des pratiques de l'accompagnement des personnes en situation de précarité et mené à la naissance de nouveaux dispositifs : LHSS mobiles ou équipes mobiles santé précarité (EMSP) ; équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP) ; ACT hors les murs (ACT HLM) ; etc.

ESSMS PDS : Un nécessaire rattrapage du retard d'installation ; une indispensable simplification de mise en œuvre.

S'ils répondent à de réels besoins, ces dispositifs accusent un retard dans leur installation pour plusieurs raisons structurelles ou conjoncturelles, notamment :

- La multiplication et le morcellement des dispositifs différents sans simplification significative des procédures d'installation, ni renfort des ressources humaines affectées à leur déploiement.
- Une parution tardive, annuelle et peu lisible de l'instruction des dotations régionales. Dans un contexte de zones hypertendues sur le plan foncier, difficile
- Le petit nombre de places et/ou le volume financier limité en raison de l'application de critères et ratios nationaux à une petite région. Cela nous conduit à combiner les dotations sur plusieurs exercices et/ou venant de plusieurs sources pour atteindre une taille critique financièrement et techniquement soutenable. Mais cette mutualisation des sources de financement, l'intégration de cahiers des charges (exigeants), l'accompagnement des coopérations nécessaires s'avèrent plus complexes
- En dehors des dispositifs accompagnés par la DIHAL, une absence de connexion des politiques nationales gérés par les DDETSPP-DREETS et l'ARS alors que la complémentarité de leurs offres est à rechercher (cibles en partie communes ; mutualisation des financements, des bâtiments et des ressources humaines ; ...)
- Le nombre limité de porteurs potentiels qui sont de petites structures, très impactées par la crise sanitaire, et sollicitées ou mobilisées sur d'autres mesures et projets.

De fait, il est difficile pour les équipes des institutionnels concernés de parvenir à connecter les différents outils et de bénéficier de suffisamment de souplesse dans la mise en place d'une offre complémentaire.

3.1.3. Pilotage et gouvernance

La **Conférence régionale contre les inégalités de santé (CoRéCIS)**²⁴ a succédé, après élargissement, à la conférence PRAPS qui était l'instance réunissant les acteurs œuvrant pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis. Les représentants des 10 collèges se réunissent une à deux fois par an, sous la coprésidence de la directrice générale de l'ARS de Corse et du commissaire à la lutte contre la pauvreté auprès de Monsieur le préfet de Corse.

Ses rôles sont d'assurer le déploiement du PRAPS et de la stratégie de réduction des inégalités de santé, et d'accompagner leur mise en œuvre au sein des territoires. Elle facilite l'interface avec les autres plans d'actions, programmes de santé et dispositifs locaux. Elle contribue à mobiliser les compétences et les moyens financiers nécessaires et organise le suivi et l'évaluation du programme.

Une **équipe de lutte contre les inégalités de santé (ELIS)**²⁵ se réunit 3 ou 4 fois par an pour partager l'information, mutualiser les analyses, coopérer, construire et accompagner la mise en œuvre de certains projets. Ces rencontres sont complétées par des échanges à distance ou des projets communs.

²⁴ ARRETE ARS 2021- 418 du 16/07/2021.

²⁵ Composée de techniciens de la Collectivité de Corse, des DDETSPP, de la DREETS, de la Coordination locale de Lutte contre les Exclusions (CLE), de l'assurance maladie, de l'ARS et du commissaire à la lutte contre la pauvreté auprès de Monsieur le préfet de Corse.

3.2. Analyse des principales difficultés d'accès à la santé pour les plus démunis

La santé des plus démunis est une entité complexe interagissant avec l'environnement de l'utilisateur et le système de santé. La complexité sanitaire, sociale, et médico-sociale des situations individuelles se heurte à une prise en charge elle-même complexe du fait de compétences morcelées et d'une fragmentation des acteurs : l'Etat, les collectivités locales et les organismes de protection sociale ; les différents niveaux territoriaux ; la santé / le social ; etc.

La faible visibilité de certains publics et de certains mécanismes tels que la spirale de l'exclusion n'est pas contrée par des dispositifs de repérage suffisamment réactifs et performants. La dimension plurifactorielle du non-recours et du renoncement²⁶ ne trouve que des réponses parcellaires et peu coordonnées.

Les causes liées à la personne (facteurs de vulnérabilité) et les réalités de l'environnement (exposome, environnement professionnel et social) se combinent. Les facteurs de fragilité, le niveau d'autonomie et les effets des accidents de la vie²⁷ qui se succèdent peuvent se cumuler. Ils sont fréquemment potentialisés par les inégalités sociales²⁸ et territoriales²⁹.

Une partie significative des points de rupture trouve aussi son origine dans la conception des outils et processus, ou « inégalités par construction », et/ou sont produits lors de leur mise en œuvre, ou « inégalités par omission ».

Les ruptures peuvent se manifester par des inégalités de traitement, volontaires ou involontaires trouvant leur origine dans des mécanismes de catégorisation, de différenciation, de stigmatisation, voire de discrimination³⁰ systémique, directe ou indirecte. Ils reposent souvent sur des préjugés et peuvent trouver leur origine dans le défaut d'expertise et de formations de certains intervenants.

Ces mécanismes résultent parfois d'une difficulté des professionnels à concilier la nécessité d'une prise en charge individualisée, leur qualité de vie au travail et les consignes et indicateurs de productivité dont certains peuvent avoir des effets pervers sur le service rendu.

Ces inégalités de traitement peuvent se traduire par une baisse de la qualité de l'accompagnement, voire un traitement illégitime et arbitraire³¹.

De plus, les nouveaux phénomènes et les causes systémiques prennent du temps à être identifiés. La mise en place de solutions opérationnelles nécessite, elle aussi, souvent beaucoup de temps. Durant ce temps de réaction, les situations individuelles tendent à se dégrader, le nombre de situations individuelles augmente.

²⁶ « Une analyse systémique sur le renoncement aux soins en région Corse » - ORS de Corse 2017 et [« Comment améliorer les parcours de soins des publics « précaires » ? - Le point de vue des usagers » - adsp n° 96 septembre 2016.](#)

²⁷ Les principaux accidents de la vie fragilisant la santé sont les ruptures conjugales ou familiales, la perte d'emploi, la perte d'un proche, l'émigration, la maladie, être victime de violences physiques ou psychologiques, ou d'un accident.

²⁸ Existence et qualité du logement, héritabilité des inégalités, sécurité.

²⁹ Concentration sur les pôles urbains et éloignement des services et équipements ; démographie des professionnels de santé ; déficit de solutions de transport et de services connexes. Ces derniers favorisent l'accès à la santé en permettant l'hébergement à proximité des lieux de soins pour l'utilisateur en ambulatoire et/ou ses proches, en proposant des systèmes de garde d'enfant ou de proches dépendants, s'occupant des animaux domestiques ou d'élevage, etc.

³⁰ Etude du laboratoire LEPS de l'université Paris XIII pour le Défenseur des droits [« Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. » - Une analyse de discours de médecins et dentistes », Caroline DESPRES et Pierre LOMBRIL et « Des inégalités d'accès aux soins aux discriminations en santé », Marguerite COGNET, sociologue, Laboratoire URMIS, Université Paris Diderot - Rhizome n°52 - Santé mentale et santé publique : distance et proximité de disciplines connexes.](#)

³¹ « L'idée d'illégitime suppose que sa justification n'est pas acceptable parce qu'elle ne concorde pas avec l'objectif visé et les moyens mis en œuvre. Celle d'arbitraire revient à des orientations et décisions thérapeutiques fondées sur des postulats qui présupposent des comportements ou des capacités sur la base de critères subjectifs, de préjugés ou stéréotype. », Marguerite COGNET [« Des inégalités d'accès aux soins aux discriminations en santé ».](#)

De nombreux blocages résultent enfin de la méconnaissance des démarches et dispositifs par les usagers. Cette méconnaissance, et le mésusage qui en résulte, découlent en partie de la complexité précédemment évoquée, mais aussi d'une information mal adaptée à l'autonomie et au niveau de [littératie](#) des cibles. La fracture numérique en est une illustration et l'illectronisme est devenu un réel handicap pour beaucoup de publics fragiles.

3.2.1. Le manque d'adaptation du système, notamment des dispositifs de droit commun aux plus démunis

Le système peine à identifier et intégrer certains publics qui ont du mal à s'adapter. Involontairement, il contribue même parfois à fragiliser ceux qu'il est censé aider.

Le manque d'adaptation du dispositif aux capacités des plus démunis, et notamment à leur niveau d'autonomie, est la résultante de plusieurs facteurs :

- Les processus de traitement de masse et les exigences de performance nuisent fréquemment à l'accessibilité des plus démunis qui requièrent souvent plus d'attention ;
- La diminution des accueils physiques et du temps pouvant être accordé aux plus fragiles, le temps administratif qui empiète de plus en plus sur le temps d'accompagnement ou de soin, le développement des services en ligne et des plateformes téléphoniques, la fragmentation des responsabilités et la normalisation des procédures concourent à une déshumanisation de la relation et à un amoindrissement de la qualité du service rendu ;
- La gestion trop administrative d'un dossier ne permet pas toujours la prise en compte des réalités vécues par une personne.

Lorsque l'organisation évolue, c'est souvent davantage pour faciliter la performance globale des structures, ou améliorer la qualité de vie au travail des professionnels, que pour améliorer l'accessibilité fonctionnelle pour les usagers fragiles.

S'agissant de la prise en charge des plus démunis, les modes d'évaluation et de rémunération ne valorisent pas suffisamment l'adaptation aux besoins spécifiques et les nécessaires temps de coordination entre professionnels. La gestion de l'urgence, et la volonté de se débarrasser de la « patate chaude** » prime souvent sur une approche coordonnée du parcours de santé.

Cette évolution explique sans doute aussi que les associations de proximité, qui fonctionnent avec d'autres moteurs et ont des contraintes différentes, interviennent de plus en plus en aiguillon, voire en substitution des dispositifs de « droit commun ». Paradoxalement, la qualité du service rendu contribue involontairement à invisibiliser les dysfonctionnements.

L'autre conséquence majeure est le surcoût des prises en charge. La complexité et la lourdeur de mise en œuvre des solutions, leur manque d'adaptation aux réalités de l'île et aux bassins de vie qui la composent, et le déficit de coopération interservices engendrent des délais conséquents de mise en œuvre des solutions de remédiation, des retards de repérage et de prise en charge, et des ruptures dans le parcours. Enfin, les retards de prise en charge et la discontinuité sont aussi dus à la saturation des dispositifs et l'absence d'offre adaptée à certains besoins, dans certains territoires.

L'absence de reconnaissance et de valorisation des missions à destination des plus fragiles se traduit quant à elle par des moyens dédiés insuffisants au regard de l'ampleur et de la complexité de la tâche et / ou de la non mobilisation des moyens prévus sur ces missions.

3.2.2. Les plus démunis décrochent et (re)deviennent invisibles

Les personnes sont donc contraintes de s'adapter à un système qui leur est mal adapté et qui engendre de la méfiance, voire de la défiance. Sans cela, leur marginalisation - choisie, ou, plus souvent, subie, - amène ou conforte leur non-recours (aux droits, aux soins...) ou leur renoncement, et se matérialise, au mieux, par un retard d'accès. Cela se manifeste par une protection sociale incomplète et des ressources insuffisantes pour assumer les besoins vitaux. Cela conduit ou peut conduire sans remédiation à une dégradation de la santé physique et/ou psychique, un surcoût de celle-ci pour la personne, une perte de l'estime de soi, le repli sur soi, un vieillissement précoce, une précarité accrue, voire une pauvreté monétaire durable. Rapidement, c'est l'épuisement, l'isolement, l'invisibilisation.

Chaque élément de discontinuité dans le parcours augmente le risque de basculement dans cette spirale. Or, le système exclut facilement (il suffit de rater une étape) mais demande une certaine énergie pour en bénéficier à nouveau, énergie qui manque souvent chez les plus démunis.

Enfin, le système santé-social produit aujourd'hui les graines des difficultés de demain : Les dynamiques socio-économiques de précarisation qui sont à l'œuvre, l'insuffisance de la prévention et de l'intervention précoce, l'incapacité à corriger les inégalités sociales et les difficultés à pointer ses lacunes, et donc y remédier dans des délais raisonnables, suffisent à entretenir le cycle des personnes dont la santé est durablement fragilisée.

4. PRINCIPAUX AXES DE PROGRES : OBJECTIFS ET ACTIONS PRIORITAIRES

En Corse, **trois enjeux** sont plus particulièrement identifiés :

- Un enjeu populationnel puisque le PRAPS concerne au moins un cinquième de la population insulaire. Il nous oblige à être collectivement plus efficaces dans le repérage précoce et l'accompagnement adapté à la santé dans ses diverses composantes : la prévention et la promotion de la santé ; l'accès aux droits ; l'accès aux soins somatiques et psychiques ;
- Un enjeu sociétal : Il s'agit de réduire le renoncement à la santé afin d'impacter positivement la qualité de vie des plus démunis et de leurs proches, et ainsi de leur permettre de jouer pleinement leurs rôles dans notre société en participant à la société, à la vie démocratique, économique, associative, etc. ;
- Un enjeu de justice sociale : Au-delà des plus démunis ciblés plus spécifiquement par le PRAPS, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé par la mise en œuvre d'un universalisme proportionné.

Les **principaux résultats attendus** sont ambitieux mais légitimes :

- Permettre aux populations les plus démunies de pouvoir disposer de l'intégralité de leurs droits à la santé, y compris concernant CSS et AME ;
- Garantir un accès réel
 - A des informations adaptées à leurs capacités ;
 - Aux professionnels santé-sociaux nécessaires dans des délais n'induisant pas une perte de chance, et ce, en tout point du territoire, que ce soit à distance ou en mobilité (celle de l'utilisateur ou celle des professionnels).

Pour une plus grande égalité d'**accès** fonctionnel réel à la santé, et pas seulement de « droit » ou d'existence des services dont l'accès reste fréquemment théorique, mais aussi de **maintien** dans un parcours optimisé, le plan d'actions pourrait se résumer ainsi :

- Faire pleinement fonctionner ce qui existe théoriquement ;
- Investir totalement certains outils en place ou qui sont initiés ;
- Mutualiser les moyens et les compétences, etc. ;
- ... et hybrider, lorsque cela est possible, les dispositifs de manière à mieux couvrir les territoires ;
- Adapter et accélérer le déploiement de l'offre, notamment celle des ESSMS pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques, afin de continuer à combler le retard et anticiper les principaux besoins.

4.1. OBJECTIF GENERAL N°1 : Accroître notre efficacité collective dans le repérage et la prise en charge individuelle précoce des facteurs de fragilité et des accidents de la vie

Malgré une prise de conscience de plus en plus partagée de la nécessité d'une approche globale, interinstitutionnelle et interdisciplinaire « santé-social-logement » de la santé des plus démunis, la mise en œuvre concrète se heurte à différents freins systémiques évoqués précédemment.

Quatre objectifs opérationnels principaux sont à investir davantage pour progresser collectivement :

4.1.1. OBJECTIF OPERATIONNEL 1.1. Co-Construire avec les usagers démunis les solutions adaptées à leurs fragilités

L'élaboration de solutions plus adaptées aux besoins des personnes les plus démunies passe par une implication plus fréquente, voire systématique, des concernés au moins lors des principales phases d'un projet : au cours du processus de conception et lors des évaluations. Si certaines instances existent, notamment dans les ESSMS, elles ne sont pas toujours très actives, ou, lorsque c'est le cas, elles apparaissent souvent sous-utilisées. Pour progresser, l'ensemble des acteurs, institutionnels financeurs, professionnels et bénévoles des services concernés, usagers doivent monter en compétence et se doter d'outils et de techniques d'animation. Parler un langage commun et être en capacité de reconnaître la parole et l'expertise de chacun sont deux cibles intermédiaires pouvant nous permettre d'amorcer ce changement clé dans nos pratiques.

Indicateur : Nombre de projets dont les processus (conception, évaluation) intègrent les usagers concernés

4.1.2. OBJECTIF OPERATIONNEL 1.2. Systématiser l'approche santé-social dans les projets

Au-delà des concertations lors de l'élaboration des documents cadres (PRAPS, Pacte des solidarités, ...), l'implication de différentes compétences dans le suivi et l'accompagnement de la mise en œuvre permet de mieux articuler les politiques publiques tout en évitant de sur-solliciter les acteurs. Cela favorise aussi la mutualisation et l'optimisation des moyens humains et financiers pour des projets plus ambitieux et structurants. Cette approche a minima concertée, si possible coordonnée, voire unique est particulièrement importante dans les territoires en dehors des pôles urbains.

Indicateur : Part des projets associant santé et social (institutionnels, acteurs de terrain)

4.1.3.OBJECTIF OPERATIONNEL 1.3. Accompagner le fonctionnement en réseau sur les territoires

Au-delà des projets communs pouvant être élaborés, le fonctionnement en réseau des acteurs sur un territoire contribue à optimiser et faire évoluer la qualité de l'offre de service, y compris dans les interfaces santé-social. Lorsqu'il est performant, il montre une capacité à mieux repérer et ré-inclure les personnes fragilisées et renonçant, et prévenir la transformation de situations individuelles compliquées en situations complexes et trop dégradées. La diversité des expertises locales ou accessibles à distance, et le niveau de coordination sont des atouts permettant un accompagnement multi compétences plus simple pour l'utilisateur vulnérable qui limite le risque de renoncement et de retour à une certaine invisibilité. Là encore, il est à accompagner avec un investissement particulier dans les territoires où l'offre de proximité est moins développée, et où les solutions de mobilité sont limitées.

Cinq actions peuvent notamment illustrer les bonnes pratiques contribuant à améliorer l'adaptation des services à la situation de l'utilisateur et la continuité des parcours :

- Une meilleure connaissance réciproque de l'offre, notamment celle s'adressant aux personnes âgées et personnes en situation de handicap par les acteurs accompagnant les personnes les plus démunies, et réciproquement, afin d'optimiser les orientations en fonction des besoins du patient et de l'offre accessible.
- Le développement de partenariats protocolisés entre ces professionnels afin que les acteurs connaissant bien les populations les plus démunies puissent venir en appui des équipes accompagnant les personnes âgées et personnes en situation de handicap, et réciproquement. La préparation des entrées / sorties mais aussi l'accompagnement au sein des ESSMS pourra ainsi se faire en prenant davantage en compte certaines spécificités plus fréquentes pour les patients les plus précaires : vieillissement prématuré ; absence de proche aidant ; addictions ; pathologie psychiatrique ; faiblesse des ressources et difficultés à les gérer ; capacité à s'intégrer à un collectif, à respecter certaines règles ; ...
- La montée en compétence des équipes sur les fonctions de coordination de parcours, voire la mutualisation de cette fonction sur un territoire.
- La mise en place de réunions de concertation pluri professionnelles régulières ou ponctuelles permettant de croiser les informations et d'optimiser les parcours.
- Le partage d'informations santé-social grâce à un système d'information commun ou des systèmes d'information compatibles facilitant la continuité des prises en charge.

Indicateur : Cartographie des réseaux précarité de proximité permettant de visualiser la couverture des 9 territoires de projet

4.1.4.OBJECTIF OPERATIONNEL 1.4. Accompagner la mise en place d'une organisation de gestion des situations individuelles complexes

L'ARS n'a pas vocation à être effecteur. Pourtant, par manque d'acteur légitime (reconnu par les acteurs et dument mandaté par la / les tutelles) et compétent, certaines des situations lui parviennent lorsque l'un des acteurs du parcours de prise en charge se retrouve en difficulté. Très souvent, plus que l'absence d'offre, ou d'offre adaptée, les causes de complexité sont liées à des dysfonctionnements (déficit d'anticipation, de communication ; délais d'établissement / rétablissement d'un droit ; ...) plus qu'à la complexité de la situation personnelle du patient. Même si le nombre de situations concernées par an est limité (quelques dizaines), une organisation régionale de gestion et d'accompagnement des situations individuelles complexes est à structurer. *Indicateur : Nombre de situations complexes signalées à l'ARS de Corse. Celui-ci devant tendre vers 0 puisque les situations individuelles ne se complexifient plus ou sont traitées par l'organisation mise en place.*

4.2. OBJECTIF GENERAL N°2 : Adapter l'accompagnement de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins aux capacités et niveau de littératie des plus démunis

4.2.1.OBJECTIF OPERATIONNEL 2.1. Adapter la communication pour la rendre plus inclusive

Trois actions peuvent y contribuer :

- La mise en place d'un numéro de téléphone unique permettant d'avoir un premier niveau de réponse à une demande santé-social et une orientation vers un accueil physique ou une ressource experte si nécessaire.
- Faire connaître les ressources [FALC \(facile à lire et à comprendre\)](#) et augmenter leur utilisation. De nombreux supports existent (pages internet, vidéo, affiches, BD, applications, ...) mais ne sont pas forcément connus et utilisés. La sélection et le partage de ressources sur les thématiques essentielles dans le parcours des usagers les plus démunis, ainsi qu'un accompagnement aux usages par des acteurs de proximité contribuent à améliorer la capacité des plus démunis à s'approprier les messages de santé et à mieux comprendre, et donc potentiellement s'intégrer, au système santé-social.
- Développer les relais de proximité.
Les acteurs de proximité ont deux caractéristiques essentielles : ils sont géographiquement et souvent socialement plus proches des usagers les plus démunis. Ils disposent souvent d'un capital confiance élevé. Leur expertise à valoriser concerne leur connaissance sociologique de certaines populations dans un territoire. Ce sont rarement des experts de la santé ou du social puisque les professionnels (professionnels de santé notamment) sont très peu disponibles. Cela nécessite donc une évolution de notre culture pour que nous acceptions de confier, tout en l'encadrant, davantage ce rôle de relai à des structures et personnes qui ne sont pas des experts en santé-social. Un effort en matière d'andragogie³² et de vulgarisation dans le développement des compétences de repérage des vulnérabilités, la diffusion des messages de santé, l'articulation avec les acteurs du territoire ou distants, etc., est donc nécessaire. Les associations de quartier, ou celles intervenant dans l'aide alimentaire, les personnels communaux ou de la Poste, les accueils de jour, etc., sont autant de relais susceptibles d'être davantage investis.

³² L'andragogie est, vis-à-vis de l'adulte, ce que la pédagogie effectue auprès de l'enfant. L'andragogie est l'art et la science de faciliter l'apprentissage chez l'adulte en s'adaptant à ses capacités.

Indicateurs :

- ✓ *Mise en place d'un numéro unique*
- ✓ *File active du n° unique*

4.2.2. OBJECTIF OPERATIONNEL 2.2. Développer le recours à l'interprétariat professionnalisé

Une première offre d'interprétariat professionnalisé en santé est accessible depuis fin 2022³³. Mais l'organisation en région n'est pas stabilisée. Un portage régional est à structurer pour convaincre de son intérêt, fluidifier, augmenter son utilisation et accompagner la montée en compétence de certains interprètes insulaires dans les principales langues parlées.

Indicateurs :

- ✓ *Mise en place d'une organisation promotrice et gestionnaire de l'interprétariat professionnalisé en santé*
- ✓ *Evolution de la consommation et structure des utilisateurs de l'interprétariat en santé*

4.2.3. OBJECTIF OPERATIONNEL 2.3. Développer la médiation en santé sur les 9 territoires de projet

La médiation en santé (voir une tentative de définition dans l'encadré) est l'une des solutions pour améliorer l'accompagnement à la santé des plus démunis. Elle peut contribuer à optimiser le temps médical et participer à une plus grande efficacité des dispositifs santé-sociaux.

Elle est à développer auprès des professionnels de santé, notamment dans les différentes formes d'exercice coordonné, auprès des relais de proximité (associations) et dans les établissements.

La structuration d'un parcours de formation des médiateurs / médiatrices et l'accompagnement de la reconnaissance de ce nouveau métier sont des gages d'une professionnalisation de ce métier clé de la santé des plus démunis et autres populations vulnérables.

Une mission nationale capitalise les expériences afin de contribuer à cette professionnalisation et cette reconnaissance.

Médiation en santé : une définition.

La médiation en santé est un processus temporaire de « l'aller vers » et de « faire avec » dont les objectifs sont de renforcer l'Aller vers la personne (posture) / vers les lieux fréquentés par les personnes (mobilité) / mais aussi vers les professionnels de santé et institutions (pédagogie, adaptation).

Elle contribue à une meilleure prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public. Elle cherche à ce que le dialogue se fasse entre la personne et la structure de soins.

Elle travaille sur :

- l'équité en santé pour favoriser l'accès aux dispositifs de droit commun et non pas créer des filières spécifiques qui peuvent amener à une stigmatisation.
- Le recours à la prévention et aux soins dans une vision holistique de la santé.
- L'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé.

³³ Tout professionnel ou aidant, via un service à distance (ISM interprétariat), quel que soit son statut (libéraux, bénévoles, fonction publique hospitalière, ...) peut bénéficier d'un interprétariat professionnalisé en santé pour toute démarche relative à la santé concernant les personnes étrangères.

Elle est temporaire, a vocation à disparaître et mise pour cela sur le "faire avec", dans une recherche d'autonomie et de responsabilisation de l'utilisateur, et non "à la place de".

Le médiateur en santé intervient donc en complémentarité des différents professionnels santé - sociaux, participe à la coordination des acteurs qui interviennent auprès des personnes. Il n'est ni un travailleur social, ni un professionnel de santé, ni un interprète en santé ou un représentant des personnes.

Indicateurs :

- ✓ *Nombre de médiateurs santé recrutés*
- ✓ *Nombre de médiateurs santé formés*
- ✓ *Nombre de jours / personnes de formation en médiation santé : ateliers, formations, échanges de pratiques, visite d'expériences, ...*

4.2.4. OBJECTIF OPERATIONNEL 2.4. Accompagner l'adaptation et l'aide aux usages du numérique

Le développement des outils numériques est devenu un outil essentiel pour les publics peu mobiles mais aussi une puissante fabrique à exclure pour les personnes peu ou pas lettrées, non francophones, souffrant de certains handicaps, ... Tous ne font d'ailleurs pas partie des populations les plus démunies puisque l'illectronisme est un vrai problème de société.

Les axes de progrès se situent dans une vigilance sur l'ergonomie des outils dès leur conception, sur le développement d'un accompagnement professionnalisé (compétences techniques et andragogie) des personnes en difficulté, et sur la valorisation et la multiplication des lieux de proximité pour l'aide aux usages du numérique. Cet objectif est à conduire de manière coordonnée avec l'ensemble des acteurs concernés qui dépasse largement le champ de la santé.

Pour les usagers qui n'ont pas, a priori, une capacité à acquérir suffisamment d'autonomie dans les usages du numérique et qui n'ont pas d'aidant susceptible de les accompagner au quotidien, les accueils physiques et décentralisés sont à maintenir et soutenir dans une logique partenariale : associations de proximité, Maisons France Services, ...

Indicateurs :

- ✓ *Cartographie*
 - *Des points d'accompagnement au numérique*
 - *Des accueils physiques accompagnant les usagers dans leurs démarches de santé*

4.3. OBJECTIF GENERAL N°3 : « Aller vers » les plus démunis et populations socialement défavorisées pour les « ramener vers » le droit commun (Assurance Maladie, accès à la prévention et aux soins)

4.3.1. OBJECTIF OPERATIONNEL 3.1. Contribuer au développement des unités mobiles santé-sociales de prévention et/ou de soins

A partir des premières expériences du Camping-Car Connecté MSA services et du premier Bus Santé Social de la Plaine Orientale, participer à une stratégie multi partenariale régionale de déploiement d'unités mobiles intégrant l'accès aux droits à la santé, à la prévention et aux soins. Ces outils sont à concevoir en lien étroit avec les dynamiques territoriales (CLS, PTS), CPTS* et structures d'exercice coordonnées.

Indicateurs :

- ✓ *Cartographie des 9 territoires de projets couverts par une unité mobile santé – sociale, EMMéPS (ou projets fédérateurs / précarité)*
- ✓ *File active des dispositifs mobiles*

4.3.2. OBJECTIF OPERATIONNEL 3.2. Développer les équipes mobiles médico psycho sociales et les projets fédérateurs sur les territoires urbains et ruraux

Equipes mobiles médico psycho sociales (EMMéPS)

Les EMMéPS sont le résultat d'un partenariat ARS - DDETSPP de Haute-Corse pour élaborer un cahier des charges d'un dispositif réactif et mobile répondant aux principaux besoins des plus démunis quel que soit leur lieu de vie. Elles combinent un centre d'appel (écoute, première évaluation des besoins, coordination des compétences mobiles et distantes) et des équipes mobiles pluridisciplinaires mutualisant, sur un territoire rural ou urbain, des compétences de plusieurs partenaires : établissement(s) de santé porteurs d'une PASS et/ou d'une EMPP, de CMP ; équipes mobiles pluridisciplinaires (SAMU Social, Maraude, EMPP, ...) ; spécialiste des addictions (patient-expert, CSAPA, CAARUD) ; médiateur santé ; association portant des consultations médicales ou différentes formes d'exercice coordonné. Elles ont pour mission principale de repérer et d'intervenir auprès d'un public en situation de précarité et présentant des difficultés somatiques et / ou psychiques, afin de permettre une première évaluation, puis un accompagnement, une orientation, voire une prise en charge adéquate.

L'hybridation et la coordination de différents dispositifs, la mutualisation des compétences et des financements santé – sociaux gérés par l'ARS et les DDETSPP, et d'autres partenaires doivent participer à la couverture des territoires selon des modalités adaptées à chacun d'entre eux : équipes dédiées sur les centres urbains ; expertises à distance et contractualisation avec les professionnels santé – sociaux dans les territoires plus ruraux.

Indicateurs :

- ✓ *Cartographie des 9 territoires de projets couverts par une EMMéPS, un SAMU Social ou une Equipe Mobile Santé Précarité – LHSS Mobile*
- ✓ *File active des dispositifs mobiles*

4.3.3. OBJECTIF OPERATIONNEL 3.3. Accompagner la mise en place de solutions de transport à moindre coût

Cette action est l'une des priorités du « plan de lutte contre la précarité et la pauvreté » voté par la Collectivité de Corse. Des solutions de transports gratuits ou à moindre coût, flexibles (transports en commun, transport à la demande, covoiturage solidaire...), peuvent largement contribuer à l'accès à la prévention et aux soins. Ils représentent un enjeu transversal clé puisqu'ils facilitent aussi l'accès à différents services, prestations et droits concourant à la santé physique et psychique : travail, loisir, lien social, etc. Ces solutions sont à élaborer, à faire connaître et développer en lien avec les communes et intercommunalités.

Indicateur :

- ✓ *Cartographie de l'offre permettant d'évaluer l'offre « santé - sociale » de solutions de transport*

4.3.4. OBJECTIF OPERATIONNEL 3.4. Consolider les PASS et les EMPP et développer les relais dans les territoires

Afin de développer et de renforcer les 3 PASS et les 2 EMPP, et de les rendre plus accessibles, les projets des PASS et EMPP sont à actualiser et faire vivre au regard des nouveaux référentiels ([cahier des charges actualisé des PASS en 2022](#) ; attendu fin 2023 pour les EMPP) et de la nécessité de développer le « aller vers » en dehors des pôles urbains.

La consolidation des équipes des PASS est une priorité que les établissements porteurs doivent accompagner, de même que la mise en place d'une gouvernance associant les partenaires du territoire de référence.

Pour les PASS et les EMPP, le développement de leurs partenariats pourra se faire dans le cadre des équipes mobiles (EMMÉPS, SAMU Social, ...) ou au travers de partenariats avec des acteurs à fort ancrage territorial : structures d'exercice coordonné, CMP, associations, etc.

La récente mise en place d'un coordinateur régional PASS - EMPP - EMMÉPS participera à l'évolution des missions et la consolidation d'une culture commune de ces équipes.

Indicateurs :

- ✓ Territoires couverts par des relais PASS EMPP
- ✓ Accès au premier recours dentaire pour les plus démunis sur les 9 territoires

4.4. OBJECTIF GENERAL N°4 : Accélérer le déploiement de l'offre d'ESSMS pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques

Le diagnostic 360° piloté par la DREETS en cours d'actualisation permettra d'appréhender les besoins territorialisés des ESSMS s'adressant aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

Une fongibilité des enveloppes Lits d'accueil médicalisé (LAM) – Lits halte soins santé (LHSS) est prévue afin de pallier les difficultés d'installation des LAM. Un complément éventuel de la dotation LHSS pourra soutenir une prise en charge de type LAM de manière ponctuelle si nécessaire.

La mutualisation de certains des financements ESSMS PDS précarité, notamment EMSP - LHSS mobile et ESSIP, ainsi que mutualisation avec d'autres financements FIR et partenaires permettra d'accompagner la mise en place des EMMÉPS.

Lorsque cela est possible, les appels à projets avec et sans hébergement seront conduits en cohérence et en complémentarité avec l'offre déployée par les DDETSPP.

Les perspectives de déploiement des différents dispositifs³⁴ sont indiquées dans les cartes en annexe 4.

³⁴ Sous réserve de l'attribution des dotations.