

PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ

PRAPS



PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS 2018-2023

DOCUMENT SOUMIS À LA CONSULTATION



ars
Agence Régionale de Santé
Corse

Comment utiliser ce document ?

- Le texte est centré sur les éléments clés. Ainsi, les notions théoriques, synthèses des principaux indicateurs, documents plus détaillés sur le cadre du PRAPS, démarche d'élaboration et de gouvernance, éléments de diagnostic... figurent en annexes.
- Des définitions des termes et descriptions des dispositifs marqués d'un astérisque* sont proposées en annexe 1.
- Les 15 priorités indiquées par les annotations P1 à P4 (par priorité décroissante) dans la troisième partie du document résultent d'une analyse de la conférence permanente PRAPS, complétée par celle de l'équipe projet¹. Elles tiennent compte des orientations privilégiées par l'équipe projet et de critères d'efficacité et de faisabilité « a priori » au regard des expertises institutionnelles et opérationnelles mobilisées.
- Des fiches action développent les principales propositions.

« 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

¹ Equipe projet du PRAPS composée de représentants de l'ARS, des deux caisses primaires d'assurance maladie, des deux départements et de la Collectivité Territoriale de Corse (CTC), puis de la Collectivité de Corse, et de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS).

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1. LE ROLE DU PRAPS

2. DIAGNOSTIC PARTAGE

2.1. Qui est concerné ?

2.1.1. Principales populations cibles et principaux facteurs de vulnérabilité

2.1.2. Principaux acteurs, rôles et responsabilités

2.1.2.1. Les institutionnels

2.1.2.2. Les opérateurs : droit commun et dispositifs spécifiques

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

2.2.1. Le manque d'adaptation du système aux plus démunis

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

2.3. Principaux points de blocage et points de rupture

3. PRINCIPAUX AXES DE PROGRES : OBJECTIFS ET ACTIONS PRIORITAIRES

3.1. Axe 1 : améliorer l'efficience par la coordination santé– social

3.1.1. Pour que gouvernance rime davantage avec efficience

3.1.2. Constituer une équipe interinstitutionnelle de lutte contre la pauvreté-précarité (EILPP)

3.1.3. La coordination autour de cas complexes

P1

3.1.3.1. Adaptation des « commissions de gestion de cas complexes »

3.1.3.2. Encourager les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) santé-social

3.1.3.3. La plateforme territoriale d'appui (PTA) : articuler les compétences pour optimiser les parcours

P4

3.1.4. La formation, base de toute amélioration

3.2. Axe 2 : mieux prévenir et repérer

3.2.1. De la maternelle au lycée : investir pour l'avenir

- 3.2.1.1. Accompagner les équipes de l'éducation nationale dans l'élaboration (ou l'actualisation) et la mise en œuvre des parcours éducatifs de santé
- 3.2.1.2. Développer le repérage et la prise en charge précoce des troubles ou difficultés
- 3.2.1.3. Expérimenter la présence de professionnels santé-social aux côtés des équipes pédagogiques dès la maternelle : travailleurs sociaux, infirmières, psychologues

P1

3.2.2. Repérer et accompagner précocement et dans la durée les facteurs de fragilité et les accidents de la vie

- 3.2.2.1. Développer l'accompagnement des accidents de la vie, des grands précaires et du vieillissement par des psychologues
- 3.2.2.2. Proposer une visite médicale systématique pour les chômeurs de longue durée (>12 mois).
- 3.2.2.3. Développement et adaptation des modèles prédictifs aux réalités insulaires

P3

3.2.3. Développer les dépistages et messages de prévention par les acteurs spécialisés, par l'intermédiaire des acteurs de proximité

P1

3.3. Axe 3 : aller vers les plus démunis

3.3.1. Développer la médiation en santé et l'interprétariat linguistique pour améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des populations en situation de vulnérabilité

P1

3.3.2. Développer les permanences médico-psycho-sociales dans les lieux de proximité fréquentés par les plus fragiles

P1

3.3.3. Mettre en place une équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) sur le Grand Bastia

3.3.4. Mettre en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)* dentaires à Ajaccio et Bastia

3.3.5. Développer les permanences et échanges entre assistantes sociales et associations en lien avec la pauvreté – précarité

P2

3.3.6. Expérimenter un bus ou camion santé-social dans un territoire de projet : prévention, promotion de la santé, bilans, soins, paramédical, ...

P3

3.3.7. Développer et faire connaître les transports non-médicalisés gratuits ou à moindre coût pour l'utilisateur

3.3.8. Accélérer la mise en œuvre effective de la réglementation sur l'accessibilité handicap et personnes à mobilité réduite

3.4. Axe 4 : adapter l'information à destination des usagers et des professionnels

P1

3.4.1. Développer le parangonnage et la création de supports basés sur l'image et les principales langues utilisées

P2

3.4.2. Faire connaître les dispositifs existants aux professionnels et bénévoles

P1

3.4.3. Elaborer une stratégie et déployer une campagne d'information à destination des plus de 70 ans précaires et des professionnels

3.4.4. Mener une politique volontariste d'accès aux droits (CMUC/ACS/AME)

3.5. Axe 5 : mieux accompagner les plus démunis et les porteurs de projet

3.5.1 Le logement - hébergement accompagné, des fondations pour se (re)construire

P1

3.5.1.1 Compléter et adapter l'offre de type appartement de coordination thérapeutique - ACT*, lits halte soins santé - LHSS*, lits d'accueil médicalisés - LAM*

3.5.1.2 Expérimenter la mise en place d'un dispositif pour les grands précaires vieillissants

P4

3.5.2 Améliorer le fonctionnement et la lisibilité des permanences d'accès aux soins de santé - PASS : portage interne et fonctionnement en réseau (réseau des PASS de Corse)

P3

Objectiver, contractualiser, évaluer, mieux financer



INTRODUCTION

La loi de modernisation de notre système de santé réaffirme la lutte contre les inégalités sociales de santé comme priorité nationale avec la volonté du gouvernement d'agir concrètement dans l'équité et l'efficacité².

Les dispositions spécifiques à la Corse de la [Stratégie Nationale de Santé 2018-2022](#) soulignent notamment la nécessité de prendre en compte le renoncement aux soins et « *la forte précarité observée, ... qui génère des inégalités d'accès aux soins élémentaires pour les plus démunis* ».

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 parcours³ »** du cadre d'orientation stratégique (COS) du Projet Régional de Santé 2018-2022.

Il prend le parti de nommer les principales difficultés et d'essayer de comprendre les mécanismes, y compris lorsqu'ils pointent les faiblesses du système actuel, ce qui apparaît comme une étape incontournable pour construire et mettre en œuvre des solutions sur la période du Projet Régional de Santé (PRS). Les choix stratégiques ne sont arbitrés que dans un second temps en fonction des expertises techniques accessibles, de la volonté 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 mobilisables par les différents partenaires.

² Premier déplacement dans un centre de promotion familiale ATD Quart Monde à Noisy-le-Grand le 24/05/2017 ; Feuille de route du 09/08/2017 de Monsieur le Premier Ministre à Madame la Ministre des solidarités et de la santé ; Audition de Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale le 18/07/2017.

³ 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.

Comment aborder la question ?

«En France, une “maladie” fait plus de victimes que le cancer : la précarité*⁴. ...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»⁵.

La précarité, et sa forme ultime, souvent chronique, la pauvreté, sont effectivement des « maladies » et doivent être traitées comme telles :

- elles résultent de deux éléments qui interagissent : la personne et son histoire, et le système dans lequel celle-ci évolue ;
- elles nuisent gravement à la santé, y compris mentale⁶ et accroissent de ce fait les inégalités ;
- elles touchent des familles et peuvent se transmettre facilement à la génération d’après ;
- elles se développent dans un milieu favorable et touchent davantage les personnes les plus fragiles ;
- les traitements ont parfois des effets indésirables voire contreproductifs ;
- elles sont traitées par des professionnels qui ne vivent pas ces réalités ou rarement ;
- elles détruisent peu à peu les forces, voire les annihilent... jusqu’à tuer parfois.

Pauvreté, précarité et santé des plus démunis

En Corse, région fortement inégalitaire où le taux de pauvreté est le plus élevé des régions métropolitaines⁷, la pauvreté doit être considérée comme une endémie. Ce n’est pas un épiphénomène puisqu’elle touche une personne sur cinq et concerne de plus en plus de personnes :

- comme au niveau national, deux catégories de population sont davantage touchées par la précarité : les familles monoparentales qui sont surreprésentées, et les jeunes qui sont sous-représentés ;
- mais présente aussi des spécificités :
 - plus accentuée dans le rural ;
 - plus élevée dans les territoires marqués par les activités saisonnières ;
 - se situant au premier rang national de la pauvreté pour les personnes âgées qui sont plus représentées et plus pauvres ;
 - une faible visibilité statistique et institutionnelle de certaines populations (étrangers sans titre de séjour, travailleurs détachés, ...).

Premier paradoxe : alors que la pauvreté monétaire est bien supérieure en Corse, le non-recours aux droits relatifs à la santé est supérieur à la moyenne nationale.

⁴ Des définitions des termes et dispositifs marqués d’un astérisque* sont proposées en annexe 1.

⁵ [Dr. Marina CARRERE d’ENCAUSSE, « témoignage », Baromètre 2016 Ipsos / Secours populaire : plus de renoncement aux soins - 06/09/2016.](#)

⁶ Voir notamment [« La pauvreté nuit gravement à la santé, y compris mentale », blog Alternatives économiques, 17/03/2017.](#)

⁷ Voir l’annexe 2 qui résume les principaux indicateurs sur la pauvreté et le non-recours en Corse, ainsi qu’une sélection de sources dans ce domaine.

Non-recours* et renoncement*

En Corse, le taux de couverture maladie universelle (CMU) était inférieur à la moyenne France métropolitaine (2,7% contre 3%). La part des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) était très inférieure à la moyenne nationale (5,5 contre 7,2% en 2015), avec une progression deux fois moindre (+0,3 points) qu'au niveau national (+0,6 points).

Le taux de couverture de la population ciblée par l'aide médicale de l'état (AME) peut être estimé entre 3 et 9%⁸ (91 à 97% de non-recours).

En France, les études de l'[ODENORE](#) (Observatoire des non-recours aux droits et aux services) sur 18 départements montrent qu'en moyenne 25% des personnes qui se rendent aux accueils de la Sécurité Sociale renoncent à des soins, principalement pour des raisons financières (3/4 des cas) ou en raison de la complexité et de la méconnaissance des circuits administratifs et médicaux. Les personnes les plus touchées par le renoncement sont les femmes (58,6%), les personnes vivant seules (36,6%) et les familles monoparentales (17,7%). Une part importante de ces personnes connaît, ou a connue, une forte instabilité dans l'emploi, mais aussi des ruptures parfois successives dans son parcours de vie, voire des expériences administratives vécues comme compliquées...

Second paradoxe : la santé des plus démunis se dégrade malgré les budgets croissants⁹ consacrés à la santé en Corse. La question du ciblage et de l'efficacité des moyens mobilisés est donc posée. Cela ne se limite d'ailleurs pas à la Corse puisque l'académie nationale de médecine relève que « *Malgré le déploiement de moyens importants, la situation sanitaire des personnes précaires et pauvres est de plus en plus préoccupante* »¹⁰.

L'intrication de la santé et du social

La pauvreté génère ou exacerbe les problématiques de santé. Mais les problèmes de santé impactent directement la vie des patients, et 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 par le PRAPS.

Cette nécessaire approche transversale et décloisonnée est d'ailleurs rappelée par la Ministre des solidarités et de la santé¹¹, soulignée dans la Stratégie Nationale de Santé¹² et relevée comme levier essentiel dans la « fiche relative au PRAPS » (annexe 3) afin de lutter contre la complexité résultant du morcellement des compétences et de la technicisation croissante des expertises. Cette complexité amplifie encore les difficultés de la prise en charge de situations individuelles du point de vue sanitaire, social, médico-social.

⁸ 100 à 230 AME délivrées par an sur la région (chiffre 2012-2015) pour une population cible estimée de 2000 à 2500 personnes.

⁹ En Corse, +10,54% entre 2011 et 2014.

¹⁰ [Rapport de l'académie nationale de médecine « Précarité, pauvreté et santé »- juin 2017.](#)

¹¹ Voir notamment [l'interview du 05/07/2017 dans « le quotidien du médecin » : « Je n'ai pas envie d'être une ministre normative »](#) à propos des priorités de la nouvelle stratégie nationale de santé 2018-2022: « *Dans cette stratégie nationale de santé, plusieurs axes me tiennent à cœur. Le premier sera l'articulation très forte entre la santé et le social. Santé et précarité sont intimement liées.* »

¹² « *Les publics vulnérables cumulent des difficultés qui peuvent être sociales, éducatives, sanitaires, ou liées aux discriminations qui rendent complexe le recours au droit commun. Elle nécessite donc de concilier plusieurs logiques d'intervention (santé, logement, mobilité, ressources financières, formation/emploi, environnement familial) afin de répondre à leurs besoins et d'éviter les ruptures dans leurs parcours de santé* »- p36, Stratégie Nationale de Santé 2018-2022.

Des forces et des lacunes

Dans cette intrication complexe que représente la santé des plus démunis, il y a de nombreux éléments favorables à une amélioration de la santé de ces populations :

- La volonté de l'Etat d'entreprendre des réformes
 - qui portent de nouvelles priorités¹³ :
 - une politique de prévention plus ambitieuse (première priorité de la Stratégie Nationale de Santé), y compris dans la prévention des risques d'exclusion (accidents de la vie, déterminants sociaux, ...) ;
 - la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins (seconde priorité de la Stratégie Nationale de Santé) ;
 - la nouvelle stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et contre l'exclusion (approche renouvelée et plus territorialisée ; possibilité d'évolution organisationnelle des services de l'Etat sur les territoires ; concertation avec l'ensemble des acteurs) ;
 - la possibilité de dispositions spécifiques à la Corse dans la Stratégie Nationale de Santé, favorisant 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 continent¹⁴ ;
 - qui apportent des réponses concrètes à certaines causes systémiques : simplification des démarches d'ouverture des droits, d'attribution des indemnités journalières (IJ) et de reconnaissance des allocations affections de longue durée (ALD) ; tiers payant accessible et simple ; reste à charge nul pour l'optique et les prothèses dentaires et auditives à horizon 2022 ; amélioration de la lisibilité de l'offre des complémentaires ; revenu décent avec des minima sociaux plus simples et revalorisés¹⁵ ; intégration des étudiants et travailleurs indépendants au régime général ; ...
- La forte implication de l'ensemble des collectivités locales.
- Une meilleure connaissance des phénomènes contribuant au non-recours et au renoncement aux droits et aux soins ; la plupart des mécanismes ont été décryptés et analysés, que ce soit au niveau national ou régional¹⁶. Un grand nombre de pistes susceptibles d'améliorer les parcours santé des personnes les plus démunies est identifié.
- Une société civile compétente et mobilisée sur cet enjeu de société.
- La plupart des droits et dispositifs imaginés pour la santé des plus fragiles, pallier les lacunes et/ou ramener vers le "droit commun" sont bien conçus : protection universelle maladie (PUMA), couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), aide médicale de l'Etat (AME), aide à la complémentaire santé (ACS), permanences d'accès aux soins de santé (PASS)*, appartements de coordination thérapeutique (ACT)*, lits halte soins santé (LHSS)*, lits d'accueil médicalisé (LAM)*, plate-forme territoriale d'appui (PTA)*, plate-forme d'interventions départementales pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS)*, ...

Mais, comme souvent, c'est dans la mise en œuvre que la plupart des difficultés apparaissent : les modalités opérationnelles, le manque de souplesse et les délais de mise en œuvre, la localisation et la déclinaison dans les territoires, les moyens humains et financiers mobilisables et mobilisés, les compétences à adapter et à combiner, les arbitrages effectués, le décalage entre la théorie et la pratique, entre le discours et les réalisations, entre les besoins objectifs et les pressions subies, la stratification non coordonnée des dispositifs et des gouvernances, la mise en synergie des institutionnels et des acteurs de terrain.

¹³ Eléments extraits de la feuille de route du 09/08/2017 de Monsieur le Premier Ministre à Madame la Ministre des solidarités et de la santé et de la stratégie nationale de santé 2018-2022.

¹⁴ Page 84, [Stratégie Nationale de Santé 2018-2022](#).

¹⁵ Notamment revalorisation du montant du minimum vieillesse et de l'allocation adulte handicapée.

¹⁶ Une sélection de biblio-webographie de ressources nationale est proposée en annexe 4.

(R)évolution ?

Les changements à opérer pour mobiliser ou remobiliser et coordonner les acteurs sont conséquents. Il y a lieu de le faire maintenant, sinon il sera bientôt impossible, ou long et très coûteux, pour un système, dont les ressources humaines et financières sont contraintes, et pour les vies impactées, de reconquérir les « territoires sociaux », des populations.

Il faut agir tant que les choses sont encore possibles en intervenant non seulement sur la santé (lutte contre le non-recours, le renoncement, prévention accrue, soins précoces...), 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 – notamment la Collectivité de Corse, les organismes de protection sociale et la société civile. Certaines associations jouent notamment un rôle clé qu'il est souhaitable de faire davantage connaître et reconnaître, et de mieux utiliser au bénéfice des plus démunis. Les professionnels de santé libéraux ont aussi un positionnement stratégique dans la santé des plus démunis qu'il convient de conforter aux côtés des établissements publics et privés de santé.

Le PRAPS propose un diagnostic partagé des principales réalités en matière d'inégalités sociales de santé qui touchent les plus démunis en Corse, ainsi qu'une sélection de pistes d'amélioration et objectifs opérationnels dont les plus importants, au regard des besoins perçus par les acteurs associés à l'élaboration du PRAPS, sont déclinés en fiches-action.

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 vulnérables.

1. LE ROLE DU PRAPS

Le rôle, les enjeux, les principaux leviers et des exemples d'actions pour réduire les inégalités sociales de santé sont indiqués dans la note d'information nationale « fiche relative au PRAPS »¹⁷ figurant en annexe 3.

Trois idées fortes précisent les enjeux :

- le PRAPS doit contribuer prioritairement à réduire les inégalités sociales de santé par des actions sur les déterminants sociaux, environnementaux et comportementaux qui influencent l'état de santé,
- si l'approche populationnelle ne doit plus être privilégiée, il apparaît cependant toujours nécessaire, au sein d'une politique globale de réduction des inégalités sociales de santé, de développer des dispositifs adaptés aux situations des personnes les plus démunies ou en voie de précarisation,
- la construction du PRAPS s'appuie sur une coordination territoriale des politiques intersectorielles (logement, emploi, éducation, sanitaire, social et médico-social...) qui s'exerce dans les structures de droit commun, selon la logique de parcours. A ce titre, la bonne articulation entre le PRS et le PRAPS est essentielle.

Le PRAPS doit ainsi identifier les principaux risques et points de blocage ou rupture afin que les dispositifs de droit commun soient davantage inclusifs. Il propose des solutions, par le droit commun ou par des dispositifs spécifiques lorsque le public ou la problématique apparaissent trop particuliers pour être pris en compte de manière adaptée dans l'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 fragiles.

¹⁷ Fiche relative au PRAPS déclinant l'instruction n°2016 - 154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application de l'article 158 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé.

2. DIAGNOSTIC PARTAGÉ

Le parcours santé des plus démunis est un système complexe dans lequel des acteurs, animés par des logiques différentes, interagissent afin d'identifier les points de blocage, de rupture et d'y remédier au bénéfice de l'utilisateur.

2.1. Qui est concerné ?

2.1.1. Principales populations cibles et principaux facteurs de vulnérabilité

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

- sociaux systémiques (accès aux différents acteurs et services de santé), des déterminants ;
- 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...);
- et comportementaux (alimentation, addictions, activité physique, non recours, renoncement,...) qui impactent l'état de santé.

La plupart des usagers accède dans d'assez bonnes conditions à notre système de santé, mais, pour les plus fragiles et les plus démunis, les facteurs de vulnérabilité (voir annexe 6) et les obstacles du système de santé (absence de réponse, inadéquation de la réponse, méconnaissance de l'offre, dysfonctionnements...) se conjuguent pour compliquer, voire freiner l'accès à la santé.

L'effet "cocktail" (cumul de différents facteurs) est mal connu mais sans doute désastreux puisque les facteurs de vulnérabilité se potentialisent et rendent plus difficile encore la prise en charge par des démarches et dispositifs complexes qui se surajoutent au lieu d'être facilitants.

S'il est demandé de travailler à la réduction des inégalités par des actions sur les déterminants de santé, l'approche populationnelle fait encore sens dans une démarche de type « parcours » qui se généralise. Certains publics cumulent de nombreux facteurs de vulnérabilité et méritent une attention particulière du PRS et du PRAPS. Ces publics spécifiques ont été identifiés au cours des travaux effectués dans le cadre du PRAPS avec les différents partenaires, institutionnels ou de terrain. Certaines sous-populations peuvent être encore plus fragiles. Comme tout essai de typologie, ces « catégories » sont forcément réductrices et regroupent des situations individuelles très différentes, mais elles permettent d'attirer l'attention sur des personnes particulièrement vulnérables et partiellement « invisibles ».

Enfin le but n'est pas d'être exhaustif mais bien de cibler des populations dont les besoins - parfois spécifiques mais aussi partagés - doivent être collectivement pris en compte. Ces publics ont en commun comme l'un des freins majeur d'accès à la santé, la faiblesse et / ou l'insécurité de leur ressources financières, y compris lorsque les droits (socles et complémentaires) ouverts sont incomplets ou insuffisants. Certains frais qui sont unanimement dénoncés comme trop onéreux et mal remboursés (dentaires, optiques, audition) prennent une dimension particulière pour ces publics.

- **Les femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité**

Estimation : 36 000 personnes¹⁸

Les femmes renoncent plus fréquemment aux soins (64% des personnes qui reportent des soins ou y renoncent)¹⁹. Au-delà des mécanismes en jeu pour l'ensemble de la population, leur quotidien les amène souvent à ce que leur santé passe en dernier : après les enfants, la vie familiale, la gestion des difficultés financières... Elles représentent la majeure partie (85%) des familles monoparentales, particulièrement touchées par la pauvreté. Les femmes en situation de précarité ont une santé dégradée en raison de conditions de vie (tabac, alcool, obésité, violences familiales...) et de travail (pénibilité souvent non reconnue, risques psychosociaux...), mais aussi de l'accessibilité et de l'utilisation du système de soins (complexité, non prise en compte de leurs spécificités, androcentrisme de la médecine, déficit de formation des soignants, ...).

¹⁸ 330 000 habitants X 20,4% (taux de pauvreté) X 53% (part des femmes dans les personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté).

¹⁹ « Santé et accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité », Rapport Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) n°2017-05-29-SAN-O27 - 29 mai 2017.

Certains facteurs de vulnérabilité s'ajoutent parfois à la précarité : femmes souffrant de troubles psychologiques (surreprésentées), victimes de violences conjugales, immigrées, situation de handicap...

Femmes victimes de violences intrafamiliales et leurs enfants

Estimation : plus de 1000 personnes

Les violences intrafamiliales sont difficilement quantifiables et les chiffres connus sont sans doute bien en deçà de la réalité car peu de victimes en parlent et les statistiques ne tiennent pas compte des violences psychologiques insuffisamment reconnues. L'invisibilité du phénomène reste en effet importante et l'actualité le rappelle plusieurs fois par an qu'il est souvent trop tard pour agir.

L'opacité de la sphère familiale et une société encore empreinte de machisme sont deux des éléments qui s'ajoutent fréquemment à l'emprise du conjoint et aux blocages de la victime : peur, isolement social, sentiment de honte ou de culpabilité, dépendance financière, dépression, priorité donnée aux enfants.

La perception du phénomène dans la société et la qualité inégale de la formation de l'ensemble des professionnels à mobiliser et coordonner (prises en charge sanitaires et psychologiques en ville comme à l'hôpital, certificat médical, logement-hébergement, protection, droits, dépôt de plainte/enquête/sanctions, éducation et accompagnement psychologique des enfants, obligations de soins envers l'auteur...) évoluent lentement. Les solutions se mettent en place difficilement et dans des délais trop longs au regard de l'urgence des situations et de la fragilité des victimes. Les dégâts subis par ces femmes et leurs enfants ont souvent des conséquences, notamment en matière de santé mentale, sur plusieurs années voir décennies.

• **Les personnes prostituées et dérivées sexuelles**

Plusieurs formes de prostitution sont présentes en Corse : les « caboulots » ou bars à hôtesse ; la prostitution liée à la précarité, le plus souvent occasionnelle ; les réseaux, via internet ; la prostitution en milieu carcéral ; les dérivées sexuelles de jeunes scolarisés qui ont des relations sexuelles en échange de vêtements ou accessoires de marque. Cette forme de dérive apparaît dès le collège et semble se développer notamment avec la banalisation des films pornographiques sur internet. La prostitution affecte davantage de femmes mais concerne les deux sexes.

• **Les personnes précaires souffrant de troubles psychiques**

Estimation : environ 20 000 personnes²⁰

Ces troubles peuvent être la cause, être amplifiés ou être une conséquence de la pauvreté-précarité. Ils sont souvent associés à d'autres facteurs de vulnérabilité (niveau d'autonomie, rôle de la famille dans les troubles, addictions, préjugés-stigmatisation-discrimination dans la société...), qui, en l'absence d'environnement protecteur (logement, famille...) quoique stimulant (professionnels, activités...), contribuent aux épisodes de crises (importance, fréquence, durée). La faible accessibilité fonctionnelle (temps d'accès, transport...) et le manque de coordination des acteurs du droit commun fragilisent des profils particulièrement vulnérables. Le défaut de prise en charge précoce et d'accompagnement global et durable explique nombre de situations aujourd'hui extrêmement complexes. Les acteurs de la santé, et plus encore du domaine social, mal préparés à l'accompagnement de ces publics, peinent à les aider dans leurs démarches.

• **Les personnes âgées précaires et / ou pauvres et isolées.**

Estimation : 7 000 personnes²¹

Ce public cumule un grand nombre de facteurs de vulnérabilité : perte de l'estime de soi, cumul de maladies chroniques, décès du conjoint, perte d'autonomie, absence ou éloignement de la famille, fracture numérique, difficultés de mobilité... C'est l'un des enjeux majeur de la santé en Corse pour les années qui viennent en raison du nombre important de personnes concernées, et des dynamiques en cours : de plus en plus de personnes âgées, de plus en plus âgées et de plus en plus pauvres. Pour cette raison, cette problématique est principalement prise en compte dans le schéma régional de santé même si le PRAPS pointe certains éléments clés ressortis du diagnostic partagé et propose des actions susceptibles d'améliorer certains points de fragilités dans leur parcours. La notion d'isolement est à considérer du point de vue de l'éloignement géographique des services (notamment santé-social), des difficultés, physiques ou logistiques, de mobilité mais aussi du point de vue social. Si la ruralité peut être un facteur aggravant, ces différents types d'isolement affectent aussi des personnes vivant en milieu urbain.

²⁰ 330 000 habitants X 20,4% (taux de pauvreté) X 30% (estimation de l'incidence des troubles psychiques dans les populations pauvres).

²¹ Nombre de personnes isolées difficiles à estimer. Ce chiffre représente les personnes de plus de 75 ans vivant en dessous du seuil de pauvreté (34 400 + de 75 ans X 21,3% de taux de pauvreté).

- **Les jeunes sans diplôme et étudiants vulnérables**

Estimation : 5 900 personnes²²

En raison du déterminisme social²³, l'ensemble des enfants et des jeunes vivants dans une famille pauvre doit faire l'objet d'une stratégie concertée de l'ensemble des acteurs dès le plus jeune âge (cf. « [Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes](#) » et volet « parcours santé des enfants et des jeunes » du PRS). Toutefois deux groupes cibles demandent une vigilance particulière : les jeunes déscolarisés sans diplôme et les étudiants fragilisés. Le décrochage scolaire reste en effet un « malus » insulaire qui hypothèque l'avenir de ces jeunes mais aussi du territoire : la Corse a le plus faible taux de scolarisation (57,9% contre 64,9% en moyenne en France métropolitaine) et le plus fort taux de non scolarisés sans diplôme (32,4% contre 25,4%)²⁴. Or, les études montrent que l'absence de diplôme expose davantage au chômage et au sous-emploi, non seulement en début de vie active mais aussi bien au-delà de la période d'insertion. Avec l'environnement social dans lequel évoluent les jeunes, les difficultés d'insertion expliquent sans doute en grande partie la forte incidence de la pauvreté. Pour ceux qui décrochent comme pour une partie de ceux qui poursuivent leurs études, la précarité financière lorsque la famille ne peut les aider, s'ajoute fréquemment à un autre facteur de fragilité défavorable à la santé.

L'image de soi peut favoriser les conduites à risque (sentiment de toute puissance, recherche de reconnaissance par les pairs) ou à négliger sa santé (image de soi dégradée). Pour certains étudiants, le manque d'efficacité des mutuelles étudiantes et l'éloignement familial voire culturel pour certains, sont aussi des facteurs susceptibles d'impacter la santé.

Ces deux sous-groupes sont confrontés à des arbitrages économiques quotidiens dans lesquels la santé passe souvent en dernier. L'explosion récente des demandes sociales constatées par les acteurs est extrêmement préoccupante.

- **Les personnes en situation de handicap physique ou sensoriel hors institutions**²⁵

Estimation : 6 200 personnes²⁶

Aux difficultés d'accès à la santé (information, services, professionnels) partagées avec les autres sous-groupes, s'ajoutent les difficultés d'accès physique et sensoriel à la plupart des lieux de vie et de services (santé, transport, travail, sport et loisirs, stationnement...). Le déficit de l'offre de soins, notamment spécialisée, la qualité d'accueil face au handicap ajoutés à leur difficultés de déplacement et / ou de communication se combinent pour limiter leur choix, voire supprimer l'accès à certains services ou certaines spécialités. L'accès à certains matériels spécifiques est restreint par les moyens financiers et ne semble pas fonction du besoin réel de compensation du handicap (lunettes, fauteuil roulant électrique, ...).

Le regard de l'autre et la discrimination amènent les personnes vivant avec un handicap à considérer que pour nombre d'acteurs du parcours, « *la personne handicapée n'est pas une vraie personne* »²⁷, ce qui contribue à l'isolement de certaines d'entre elles. La technicité de la médecine occidentale occulte trop souvent la dimension humaine et ne prend pas suffisamment en compte la personne dans sa globalité. Enfin, le rôle (« sacrifice ») des aidants est peu reconnu et accompagné. L'absence de proche aidant exacerbe les points de vulnérabilité.

²² 14 323 jeunes (15-24 ans) non scolarisés X 32,4% (part des non diplômés) + 4700 étudiants X 25% (étude de l'observatoire régional de la santé de Corse réalisée auprès de 362 étudiants en première année de licence, année universitaire 2010-2011) = 5815 jeunes.

²³ Voir notamment Voir « [Inégalités sociales de santé et accès aux soins](#) » - Pierre LOMBRAIL, Jean PASCAL - [Les Tribunes de la santé 2005/3 \(n° 8\) P.F.N.S.P.](#)

²⁴ [Atlas des risques sociaux d'échec scolaire – L'exemple du décrochage, France métropolitaine et DOM – Cérea – 2ème édition augmentée 2016.](#)

²⁵ Les besoins des personnes en situation de handicap prises en charges dans les institutions sont analysés et pris en compte dans le PRS. Cet éclairage est donc complémentaire et issu d'ateliers avec des personnes en situation de handicap et leurs aidants (proches ou associatifs, bénévoles et salariés) entre avril et juin 2017.

²⁶ 6 551 personnes bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) - 346 personnes en hébergement pour adultes handicapés ([HandiDonnées Corse – Panorama régional de données sur le handicap 2017 – CREAI PACA et Corse](#)).

²⁷ Groupes de travail PRAPS personnes en situation de handicap hors institutions, avril 2014.

- **Les étrangers sans titre de séjour**

Estimation : 2 000 à 2 500 personnes²⁸

En grande partie invisible, ce public subit fréquemment la combinaison de phénomènes de discriminations systémiques, discriminations directes ou indirectes, auto discrimination. Disposant de peu de droits, ceux que l'on appelle fréquemment « sans papiers » peinent souvent à y accéder (droit à la santé, droit du travail, à une vie familiale...) et ne deviennent visibles qu'à de très rares occasions (accident, maladie grave, placement en rétention administrative...) ou tardivement (baisse ou incapacité de travail, souvent précoce en raison de la pénibilité du travail exercé, décès).

Se pose alors un ensemble de difficultés qu'il est très difficile de résoudre en situation d'urgence ou de post urgence dans un contexte très défavorable : défiance du patient, complexification administrative (droits au séjour de plus en plus restrictifs, difficultés d'accès à l'AME...), xénophobie se traduisant en discrimination, faiblesse ou craintes du réseau des proches, éloignement de la famille, logement inadapté aux soins et au vieillissement (ou conditionné à une reprise d'activité professionnelle), combinaison éloignement (beaucoup résident en dehors des pôles urbains) restriction de liberté de déplacement, manque de maîtrise de la langue écrite et orale, ... Enfin, le choc de la migration et l'insécurité administrative durable peuvent avoir des effets significatifs sur la santé psychique et somatique de ce public.

Au-delà des étrangers sans titres de séjour qui constituent une population particulièrement vulnérable, la santé des **immigrés** - un habitant sur 10 et 14% des familles insulaires²⁹ - a une spécificité. Leur santé, à leur arrivée plutôt bonne (facteurs sélectifs des procédures d'immigration, habitudes de vie, ...), se dégrade par rapport à celle de la population d'accueil au fur et à mesure que la durée de résidence s'allonge. L'adoption progressive d'habitudes de vie moins favorables à la santé empruntées au territoire d'accueil s'ajoutent à l'usure liée à la pénibilité des emplois, une fragilité particulière aux crises et à la montée de la précarité. Dans le même temps, les appuis familiaux et sociaux sont affaiblis suite au déracinement³⁰.

- **Les grands précaires**

Estimation : 300 à 500 personnes

Parcours de rue, incidence des d'addictions et / ou de problèmes psychiatriques, image de soi dégradée, dégradation physique aggravant la désocialisation, insécurité, regard de l'autre, mobilité géographique, absence d'aidant naturel, défiance, refus de soin... Ce public est sans doute l'un de ceux qui cumulent le plus de facteurs de vulnérabilité tout en subissant fréquemment une discrimination sociale, volontaire ou non, d'un système de droit commun en difficulté pour s'adapter à ce public.

Il s'agit d'une catégorie les plus complexes à accompagner. L'absence de logement-hébergement complique l'entrée et la sortie d'hospitalisation, et la mise à l'abri en période de froid et de canicule. Plus qu'un parcours, la santé des grands précaires se résume souvent à la gestion d'épisodes de crises avec une forte tendance du système à souffrir du « syndrome de la patate chaude* ».

Pour ce public, les besoins physiologiques (hygiène, hébergement, nutrition) ne sont pas satisfaits correctement.

- **Les personnes détenues**

Estimation : 472 détenus³¹

L'incarcération est susceptible de provoquer une rupture dans la continuité des droits et dans le suivi médical d'un individu. Cela est à la fois dû au changement de statut de la personne placée sous main de justice mais également à son changement de cadre de vie.

Cette population fait l'objet d'un chapitre spécifique « Santé des personnes détenues » dans le Projet Régional de Santé.

²⁸ Evaluer le nombre d'étranger en situation irrégulière au regard du séjour particulièrement difficile. Une approximation régionale, effectuée à partir des estimations nationales, permet d'estimer leur nombre entre 2000 et 2500 personnes.

²⁹ [Insee 2012.](#)

³⁰ [Santé et recours aux soins des migrants en France – BEH 17 janvier 2012 / n° 2-3-4.](#)

³¹ Chiffres janvier 2018.

Un nombre limité de situations complexes

Si l'on regarde le nombre de personnes potentiellement concernées, même si ces estimations ne représentent qu'un ordre de grandeur, la plupart de ces populations cibles ne concerne qu'un nombre limité de situations individuelles. Bien que beaucoup soient complexes, voire hypercomplexes, ces situations apparaissent encore traitables comparées à d'autres régions où les populations fragilisées se comptent en dizaines, voire centaines de milliers. Et si certaines spécificités existent pour chaque groupe cible dans le cadre d'une approche parcours, un certain nombre de constats et de besoins sont communs à plusieurs catégories. Il apparaît donc opportun de proposer des réponses communes par des moyens et dispositifs mutualisés.

2.1.2. 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 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. Il apparaît donc contreproductif de raisonner avec une analyse binaire du type : « *c'est du social* » ou « *c'est de la santé* » ;
- 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 organisation³² ;
- l'ampleur de cet enjeu de société dépasse largement le PRAPS et les ressources humaines et financières qui lui sont directement affectées.

2.1.2.1. 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 de 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, DRJSCS et DDCSPP³³) 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, l'Education nationale est aussi une institution stratégique pour prévenir et faire reculer les inégalités sociales et territoriales de santé (cf. 2.1.2.2.).

³² « *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.

³³ « Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP).

- 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) et des contrats locaux de santé (CLS), et des conseils locaux de santé mentale (CLSM).
- Les **organismes de protection sociale** : caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), mutualité sociale agricole (MSA), sécurité sociale pour les indépendants, 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 (CMUC, AME) n'est pas négligeable et où le nombre de bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est trois fois plus important qu'en France métropolitaine, les organismes de protection sociale sont des acteurs incontournables de la lutte contre les inégalités sociales de santé.

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... 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* ». ³⁴

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 327 000 habitants dont les spécificités sont reconnues par le législateur ³⁵ et pour laquelle nombre d'idées fortes de la feuille de route de la Ministre des solidarités et de la santé ont une résonance particulière en Corse ³⁶.

Les questions de la simplification, mais aussi de la gestion de la complexité « résiduelle », sont incontournables puisque la complexité des droits et dispositifs apparait, en Corse, comme l'une des 3 principales causes du renoncement aux soins ³⁷ en général et comme l'une des deux causes principales - l'autre étant l'aspect financier - concernant les populations les plus démunies.

³⁴ ["Les politiques de cohésion sociale" - collection Rapports et documents n°55, avril 2013 - Centre d'analyse stratégique – La documentation française – p44.](#)

³⁵ [LOI n°2016-1888 du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne.](#)

³⁶ Notamment à propos de la nouvelle stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion : « *Approche renouvelée et plus territorialisée* », « *possibilité 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.

³⁷ « Une analyse systémique sur le renoncement aux soins en région Corse » - ORS de Corse 2017.

2.1.2.2. Les opérateurs : 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.

○ **L'éducation nationale**

L'occasion d'avoir la totalité de plusieurs classes d'âge « captives », de tous les milieux sociaux sur tous les territoires³⁸ est unique. La réceptivité, à des âges où l'apprentissage est facile, d'autant plus qu'il est guidé par des professionnels de la pédagogie, est un atout sans équivalent. L'accompagnement médico-social des enfants scolarisés souffre des difficultés de recrutement de professionnels de santé et les préconisations formulées par les professionnels de l'Education Nationale ne sont que trop rarement suivies d'effets dans beaucoup de familles précaires³⁹.

○ **Les établissements de santé**, privés ou publics, points de passage incontournables des publics démunis.

C'est notamment le cas lorsqu'ils disposent d'un service d'accueil des urgences et a fortiori d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)*. C'est le cas aux centres hospitaliers d'Ajaccio (30 à 60 patients accompagnés par la PASS par an) et de Bastia (près de 500 personnes par an) et à la polyclinique du sud de la Corse à Porto-Vecchio (240 personnes accompagnées en 2017).

Mais les hôpitaux de proximité jouent aussi un rôle essentiel dans les soins aux patients vulnérables en dehors des pôles urbains. Leur proximité est un atout essentiel pour l'accès à la santé des plus démunis pour qui les difficultés de transport restent une contrainte majeure.

Les établissements de santé contribuent involontairement à l'invisibilité des plus démunis

Les établissements disposent – ou devraient disposer - de données et d'indicateurs susceptibles de renseigner sur le niveau de vulnérabilité et de fragilité des patients, et donc de repérer et améliorer la prise en charge des plus fragiles. Ce codage, aujourd'hui non utilisé⁴⁰, faciliterait l'identification du surcoût pour des établissements. La T2A (tarification à l'activité) est en effet défavorable aux établissements organisés pour la prise en charge et l'accompagnement du parcours des patients les plus démunis. Différentes études ont pourtant démontré que les patients précaires étaient de plus gros consommateurs de soins que les autres patients, notamment en termes de durée moyenne de séjour, et qu'ils nécessitent plus d'attention et de temps de la part des personnels. Les pouvoirs publics utilisent aujourd'hui la part de patients bénéficiaires de la CMUC et de l'AME dans l'établissement pour l'attribution des financements (MIGAC⁴¹) sensés compenser le surcoût lié à la précarité. Mais cette méthode comporte des limites, en particulier sur un territoire où le non-recours aux droits sociaux est élevé. Par ailleurs, aucun mécanisme incitatif⁴² ne vient stimuler ou reconnaître la performance des établissements en direction des plus démunis.

Des blocages systémiques dans l'ouverture des droits des usagers amènent à soigner certaines personnes sans profiter de leur passage dans l'établissement, pour optimiser leur protection sociale⁴³ : assurance « de base », complémentaires et, si nécessaire et disponible, mobilisation des aides financières exceptionnelles dans le cadre de l'accès aux soins gérées par les CPAM au titre de l'action sanitaire et sociale.

³⁸ 52 828 élèves à la rentrée 2017.

³⁹ « Une analyse systémique sur le renoncement aux soins en région Corse » - ORS de Corse 2017.

⁴⁰ La Corse semble la seule région pour laquelle aucun des indicateurs PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) précarité (CIM-10 : Z55, Z56, Z59 à Z60) n'est codé par aucun établissement.

⁴¹ MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

⁴² En dehors des dotations PASS qui restent dérisoires dans les budgets des établissements : 50 à 63 000€ par an et par PASS.

⁴³ [Aides financières individuelles](#) : Prothèses dentaires, optiques, appareils auditifs, des frais liés à une hospitalisation, pharmacie, retour à domicile...

○ **Centre médico-psychologique (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 nécessitent d'être analysés afin de favoriser une prise en charge dans de meilleures conditions dans des délais optimisés. Les visites à domicile des équipes de secteur représentent un exemple du « aller vers » qui semble se heurter aux difficultés de gestion des ressources humaines (recrutement, répartition sur le territoire, mobilité). **L'Unité Mobile Action Psychiatrique Personnes Précarisées** (UMAPPP) du centre hospitalier de Castelluccio

L'UMAPPP est quotidiennement présente au plus près des grands précaires (150 personnes accompagnées par an) sur le Grand Ajaccio, notamment dans les lieux de vie fréquentés par ces publics (accueil de jour, centre d'hébergement d'urgence, centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), restaurant social, ...). Cette mobilité « au plus près » et une parfaite identification par les acteurs sont ses deux principales forces.

○ **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 » les plus démunis et de consacrer le temps et l'attention nécessaires à un accompagnement global et individualisé. Pour ces publics, les proximités géographique et sociale sont des critères essentiels à l'accès et au maintien dans le soin.

Les pratiques – certes minoritaires - de certains médecins (refus du tiers payant, de la CMU ou de l'AME...) ou les conditions d'accueil (déficit de solutions de mobilité vers les cabinets, salles d'attente surfréquentées, difficultés de communication, déficit de formation...) 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 c'est nécessaire et qu'il n'y a pas d'alternative.

Ces deux professionnels clés du système 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.

○ **Les centres mutualistes**

Le panel de services proposés par [l'Union des Mutuelles de Corse du Sud \(UMCS\)](#) et [l'Union de Gestion des Réalisations Mutualiste de Haute-Corse \(UGRM\)](#) est étendu et présent sur tout le territoire : un service de prévention, trois crèches, une maison de l'enfance, une pouponnière, cinq centres optiques, six centres de santé dentaire, deux centres médicaux, un service infirmier de soins à domicile, un service d'hospitalisation à domicile (HAD), deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), un service d'aide à la personne. L'implantation territoriale, la diversité de l'offre, et les valeurs mutualistes représentent des atouts en faveur des plus démunis.

Concernant certaines mutuelles, une vigilance particulière des acteurs apparaît cependant nécessaire afin de s'assurer de l'absence de pratiques pouvant conduire à des ruptures de contrat arbitraires.

○ **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 ...

Le secteur associatif propose les services suivants :

▪ Consultations médicales

Les deux consultations par semaine de Médecins du Monde à Ajaccio (plus de 300 personnes par an) et la consultation quotidienne de Corse Malte à Bastia (700 personnes par an), intégralement assurées par des bénévoles, sont plus fréquentées que les PASS. Corse Malte propose aussi un diagnostic dentaire depuis 2015. Ces consultations sont notamment des passerelles vers les PASS, en particulier pour les situations les plus complexes d'un point de vue médical.

- 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.

Plusieurs associations interviennent avec des champs et des niveaux d'expertises diverses et complémentaires, grâce à des salariés ou des bénévoles : domiciliation administrative, demandes CMUC-AME-ACS, droits des étrangers, logement-hébergement, retraite...

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

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...

Pour pallier les difficultés d'accès aux professionnels des CMP, plusieurs associations proposent aussi des entretiens à des publics spécifiques avec des psychologues (grands précaires, femmes victimes de violence...) qui sont peu nombreux au regard des besoins des publics les plus démunis pour des prestations non prises en charge en dehors des CMP.

L'accessibilité sociale et fonctionnelle, principal atout des associations

Le point commun des acteurs associatifs est leur accessibilité sociale et fonctionnelle (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 se fait souvent dans la durée en lien avec leur réseau de partenaires.

- **Logement-hébergement-réinsertion :**

- **Les dispositifs spécifiques avec accompagnement médico-social⁴⁴ :**

- Appartements de coordination thérapeutique (ACT)* - Foyer de Furiani

Depuis juin 2014, cinq places permettent d'accueillir des personnes en grande difficulté (précarité, isolement, errance) atteintes de pathologies chroniques et sévères dans des chambres individuelles. Elles bénéficient d'un accompagnement médical, social et psychologique par l'équipe de l'association et les professionnels externes et d'un contexte propice à l'observance des traitements.

- Una Casa Prima – ISATIS

Lancée en 2014 à Ajaccio et fin 2016 à Bastia, cette expérimentation, financée en partenariat ARS – DDCSPP et mise en œuvre par ISATIS, est fortement inspirée des quatre expérimentations reconnues menées sur le continent (« housing first – un chez-soi d'abord »). Elle facilite l'accès et le maintien dans un logement de personnes sans abri souffrant de problèmes psychiques en offrant aux personnes un accès dans des délais réduits à un logement dans le diffus ainsi qu'un accompagnement renforcé, médical et social (16 places sur Ajaccio, 2 dans l'extrême sud et 11 à Bastia)⁴⁵.

⁴⁴ « Etablissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques » hors CSAPA CAARUD abordés dans le parcours « santé mentale ».

⁴⁵ Sur un dispositif prévu pour 18 places sur Ajaccio, 2 dans l'extrême sud et 15 à Bastia.

- Lits Halte Soins Santé (LHSS)*

Les quatre lits halte soins santé ont été mis en place à Ajaccio en 2018. Ils accueillent temporairement (deux mois éventuellement renouvelables) des sans domicile fixe dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. L'accompagnement est pluridisciplinaire : soins médicaux et paramédicaux, accompagnement social.

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.

En plus de ces dispositifs avec une composante santé importante, différents dispositifs d'hébergement et de logement de personnes en situation précaire sont amenés à prendre en charge des publics rencontrant des problématiques de santé : centre d'hébergement d'urgence (Ajaccio), accueil de nuit (Bastia), CHRS (Ajaccio, Porto-Vecchio, Bastia, Furiani), maisons relais (Bastia, Furiani)*⁴⁶, foyers de travailleurs migrants (Ajaccio et Propriano), résidence sociale (Propriano), intermédiation locative (Ajaccio, Bastia). Les opérateurs gérant ces dispositifs sont plus ou moins préparés et investis dans l'accompagnement à la santé et se retrouvent fréquemment démunis face à des prises en charge par défaut des cas complexes qui dépassent leurs compétences mais ne peuvent ou ne veulent être pris en charge par les établissements ou dispositifs sanitaires ou médico-sociaux.

Cette offre est incomplète, saturée ou inadaptée aux publics souffrant de pathologie somatiques ou psychiques.

Les deux Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation (SIAO) de Corse-du-Sud et de Haute-Corse 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.

Le logement – hébergement en Corse : un socle de la santé⁴⁷ difficile à assurer.

Dans les zones touristiques et / ou urbaines, de fortes tensions s'exercent sur l'immobilier et le logement⁴⁸. Elles ont une incidence sur le poids du loyer dans le budget des ménages les plus pauvres, mais aussi sur la sélection qui s'opère sur les locataires. De fait, les plus démunis subissent un double handicap dans un marché tendu : contrainte financière et préjugés-discriminations liés à leurs facteurs de vulnérabilité ou accidents de parcours.

La Corse dispose aujourd'hui de peu d'offre de logement-hébergement avec accompagnement santé – social pour les plus démunis. Pour cette raison, les dispositifs d'hébergement et de logement d'urgence ou d'insertion, déjà saturés pour la plupart, accueillent de plus en plus fréquemment des personnes avec des besoins spécifiques en matière de santé. Or, certains profils ne sont pas compatibles avec l'hébergement collectif. Pour d'autres, l'organisation des soins, dans ou à partir de ces lieux est difficile, voire impossible.

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.

Les acteurs du système de santé, notamment les établissements, sont parfois réticents à accepter certains patients plus complexes socialement, plus consommateurs de ressources humaines et pour lesquels ils appréhendent une durée de séjour plus importante, notamment par manque de solution de sortie. A contrario, certains professionnels sont confrontés à un défaut de solutions de sortie : absence de logement ; logement inadapté ou dont l'environnement (aidant, hygiène, ...) n'est pas compatible avec l'état de santé, somatique ou psychique, et le niveau d'autonomie.

⁴⁶ Et Ajaccio à partir de 2019.

⁴⁷ Voir notamment « [Le logement est une question de santé publique](#) » - 21^{ème} rapport de la Fondation Abbé Pierre sur « L'ÉTAT DU MAL-LOGEMENT EN FRANCE 2016 ».

⁴⁸ Sous l'effet combiné du prix du foncier, de l'importance de l'activité locative saisonnière, du poids des résidences secondaires, de la faiblesse et la saturation du parc locatif social. Voir annexe 2.

- **Les différents services de la Collectivité de Corse**, notamment :
 - le pôle prévention sanitaire : centre de vaccinations, CeGIDD*, lutte contre la tuberculose et lutte contre le cancer,
 - les centres de planification et d'éducation familial (CPEF)*,
 - la protection maternelle et infantile (PMI)*,
 - l'aide sociale à l'enfance (ASE),
 - les maisons départementales de personnes handicapées (MDPH)*.

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.

- **Autres acteurs de prévention**

- Centre d'examens de santé (CES) de la Corse : situé à Bastia, le CES de la CPAM à une vocation régionale. Il réalise des examens de santé pour les assurés sociaux et prioritairement pour des personnes en situation de précarité (750 à 900 examens par an).

Il est constaté un déficit dans la réalisation des bilans de santé, notamment en Pumontu du fait de l'absence de relais du CES. 150 bilans de santé jeunes ont cependant pu être réalisés avec l'ex conseil départemental de Corse-du-sud et 400 bilans retraite sont prévus dans le cadre de la conférence des financeurs.

- L'Espace Santé Jeune de la FALEP de Corse du sud (Ajaccio et déploiement récent dans le rural) : actions de prévention, accès aux droits et aux soins (400 enfants de 6 à 25 ans par an).
- Centre de Coordination du Dépistage des Cancers de Corse (ex [Arcodeca](#)) met en œuvre les programmes nationaux de dépistage organisé des cancers (du sein, colorectal et col de l'utérus).

- **Les communes, les centres communaux d'action sociale (CCAS) et centres intercommunaux d'action sociale (CIAS)**

Leurs services accompagnent les demandes d'aide sociale (légal 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.

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

Les principales causes de blocages, de dysfonctionnements et les points de rupture sont synthétisées ci-dessous et résumées dans la carte heuristique figurant en annexe 5.

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 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 performants. La dimension plurifactorielle du non-recours et du renoncement⁴⁹ ne trouve que des réponses parcellaires et peu coordonnées.

⁴⁹ « 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.](#)

Les causes liées à la personne (voir carte heuristique "facteurs de vulnérabilité" en annexe 6) et les réalités du milieu se combinent. En effet, les facteurs de fragilité, le niveau d'autonomie et les accidents de la vie⁵⁰ qui se succèdent ont un effet cumulatif redoutable et sont potentialisés par les inégalités sociales⁵¹ et territoriales⁵².

Une partie significative des points de blocages trouve aussi son origine dans la conception des outils et processus, ou « inégalités par construction* »⁵³, 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 discrimination⁵⁴ 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.

Parfois, ces inégalités de traitement peuvent se traduire par une baisse de la qualité de l'accompagnement, voire un traitement illégitime et arbitraire⁵⁵.

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, beaucoup de temps. Durant ce temps de réaction, les situations individuelles tendent à se dégrader.

Beaucoup de blocages résultent enfin de la méconnaissance des démarches et dispositifs par les usagers. Celle-ci découle en partie de la complexité précédemment évoquée, mais aussi d'une information mal adaptée aux cibles. La fracture numérique en est une illustration.

2.2.1. Le manque d'adaptation du système 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.
- 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 administrative d'un dossier ne permet pas toujours la prise en compte des réalités vécues par une personne.

⁵⁰ 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.

⁵¹ Existence et qualité du logement, héritabilité des inégalités, sécurité.

⁵² 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.

⁵³ Voir « Inégalités sociales de santé et accès aux soins » - Pierre LOMBRIL et Jean PASCAL – p104 - Les Tribunes de la santé 2005/3 (no 8) - P.F.N.S.P.

⁵⁴ 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.

⁵⁵ « 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 ».

Lorsque l'organisation évolue, c'est souvent davantage pour faciliter la performance globale des structures 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 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 du « droit commun ».

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. Les difficultés dans ce domaine sont parfaitement illustrées par le déficit d'offre de logement - hébergement en général et de l'offre avec accompagnement médico-social en particulier (voir encadré).

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, l'insuffisance des dotations et / ou la non mobilisation des moyens prévus sur ces missions.

Le logement avec accompagnement médico-social : une solution pertinente difficile à adapter.

Comme vu précédemment (« *Le logement-hébergement en Corse : un socle de la santé difficile à assurer* »), les personnes les plus démunies subissent une forme de double peine en matière d'accès et de maintien dans le logement.

Des dispositifs spécifiques de logement-hébergement avec accompagnement médico-social se mettent progressivement, mais trop lentement, en place. Les outils (ACT, LHSS, LAM, ACT « Un chez soi d'abord ») et financements mobilisables manquent de souplesse pour être complètement adaptés à la Corse.

Trois facteurs freinent une évolution de l'offre qui correspondrait aux besoins globaux de l'île, à leur anticipation et à leur bonne répartition géographique :

- les effets seuils pour chacun des dispositifs dus aux critères d'octroi du nombre de places : le nombre de places octroyées à la Corse est trop faible pour atteindre un seuil de rentabilité et intéresser les porteurs de projets (cf. expérience des LHSS) ou trop important (90 à 100 places *minimum* pour les ACT « Un chez soi d'abord ») ; Il conduit ou contraint à concentrer l'offre sur un territoire pourtant éclaté (deux pôles urbains « concurrents » ; neuf bassins de vies avec des difficultés de déplacement intra et inter bassins) ;
- la complexité et la juxtaposition des procédures et instances pour chaque appel à projet de chaque dispositif, pour un nombre de places limité (5 ACT, 4 LHSS) ;
- le morcellement des compétences entre le médico-sociales, la santé des plus démunis, la santé mentale, la santé et le social, et entre les collectivités locales et les différents services de l'Etat.

De fait, il est très 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.

On ne peut que constater que les spécificités de l'île-montagne, récemment reconnues par le législateur⁵⁶ et dans les dispositions spécifiques à la Corse de la nouvelle Stratégie Nationale de Santé, sont, pour l'instant, assez peu prises en compte dans les possibilités d'adaptation des modèles nationaux.

⁵⁶ [LOI n°2016-1888 du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne.](#)

2.2.2. 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**. Sans aborder ici 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.

Cette boucle d'amplification, bien qu'elle ait été mise en évidence sur des réalités et des mécanismes à l'œuvre en Corse peut sans doute se retrouver dans d'autres territoires. Mais quels sont les principaux points de blocage qui, sur l'île-montagne, méritent une attention particulière ?

2.3. Principaux points de blocage et points de rupture

A la pluralité des situations individuelles des plus démunis qui nécessiterait une prise en charge réactive, globale, par des compétences articulées, l'offre est aujourd'hui plutôt normalisée, tributaire de compétences morcelées et de procédures complexes en décalage avec la réalité des besoins. Cela s'illustre principalement dans cinq domaines qui représentent donc des enjeux particuliers de ce PRAPS, et plus généralement du PRS et de la politique globale de lutte contre la pauvreté – précarité en Corse :

- **le retard pris en matière de prévention** des inégalités de santé et de **repérage** et de prise en charge précoce des situations de fragilité ;
- **le logement – hébergement accompagné** : la dichotomie entre les dispositifs de lutte contre l'exclusion, gérés par les DDCSPP, et les dispositifs médico-sociaux (mis en œuvre par l'ARS) ne permet pas de répondre aux réalités d'aujourd'hui et d'anticiper les dynamiques à l'œuvre pour ce socle de la santé;
- le paradoxe d'un territoire où la pauvreté est l'une des plus fortes de France métropolitaine mais où le **renoncement aux droits à la santé** reste étonnamment élevé;
- **le déficit d'accessibilité fonctionnelle** qui résulte notamment :
 - du manque de formation des acteurs aux spécificités des publics les plus démunis (préjugés, savoir être, savoir-faire) ;
 - des difficultés de transport et de mobilité ;
 - du décalage entre la réalité du coût élevé de la santé des plus démunis, plus difficile à atteindre, et les moyens consacrés, en qualité et quantité;
- **le défaut de coordination entre les professionnels** de santé et entre les acteurs de la santé et du social.

3. PRINCIPAUX AXES DE PROGRES : OBJECTIFS ET ACTIONS PRIORITAIRES

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 se résume ainsi :

- faire pleinement fonctionner ce qui existe théoriquement ;
- investir totalement certains outils qui se mettent en place ;
- compléter l'offre en rattrapant le retard et en corrigeant les incohérences, tout en anticipant les besoins et en articulant les compétences.

Différents leviers peuvent être utilisés, les principaux sont synthétisés dans la carte heuristique en annexe 7.

Les **15 priorités** indiquées par les annotations P1 à P4 (du plus au moins prioritaire) résultent principalement d'une analyse de la conférence permanente PRAPS du 4 mai 2017⁵⁷, complétée par celle de l'équipe projet. Dans la richesse des pistes de travail susceptibles d'améliorer la santé des plus démunis, deux filtres ont été utilisés pour retenir les actions prioritaires :

- d'une part, les orientations privilégiées par l'équipe projet :
 - limiter le nombre d'axes et d'actions prioritaires pour une plus-value mieux identifiée,
 - investir l'ensemble des instances existantes et mobiliser l'ensemble des moyens,
 - expérimenter de nouveaux concepts d'accueil et d'accompagnement,
 - cibler les publics cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilité en « allant vers ... » les plus démunis,
 - se concentrer sur certains territoires, notamment hors des deux principaux pôles urbains,
 - donner toute sa place à la formation des professionnels.
- d'autre part, l'efficacité et la faisabilité « a priori » au regard des expertises institutionnelles et opérationnelles mobilisées. Les différentes composantes de la faisabilité ont conduit à poursuivre réorienter ou interrompre certains travaux notamment lorsque :
 - le cadre institutionnel évoluait : création de la Collectivité de Corse, l'actualisation de la Stratégie Nationale de Santé, nouvelle stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes,
 - les délais ne semblaient pas compatibles avec le calendrier du PRAPS,
 - la réflexion et l'élaboration apparaissaient insuffisamment avancées,
 - l'implication des partenaires incontournables et la légitimité du portage pouvaient poser question.

3.1. Axe 1 : Améliorer l'efficacité par la coordination santé - social

La Stratégie Nationale de Santé, la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes⁵⁸ et la création de la Collectivité de Corse peuvent être propices à la réflexion sur les pratiques et à une réorganisation susceptible de mieux répondre aux enjeux. Le découplage des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, recommandé dans de nombreux diagnostics et de nombreuses études doit pouvoir trouver une déclinaison plus opérationnelle dans la plus petite région de France métropolitaine.

3.1.1. Pour que gouvernance rime davantage avec efficacité

La construction d'une approche unifiée, interinstitutionnelle et interdisciplinaire « santé – social – logement » de la précarité et de la pauvreté passe par :

⁵⁷ Analyse des 21 bénévoles et professionnels représentant 16 partenaires associatifs, institutionnels et établissements de santé sur la base de 2 critères (efficacité et faisabilité à priori).

⁵⁸ « Le renouvellement de la gouvernance à la fois nationale et territoriale de la lutte contre la pauvreté pour permettre une bonne articulation des actions menées par les différents intervenants, adapter les efforts à la réalité des territoires et valoriser les innovations locales » est l'un des quatre principaux chantiers de la [concertation en cours sur la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes](#).

- **un nombre limité d'instances** : à terme, travailler à structurer la gouvernance à partir d'une seule instance régionale « santé – social – logement », composée de différents collèges, qui piloterait la politique de lutte contre la pauvreté-précarité ;
- **un découpage territorial de référence**, commun aux différents institutionnels, permettant d'étudier les besoins et de décliner les politiques de proximité de lutte contre la pauvreté-précarité ;
- **un programme unique de lutte contre la pauvreté – précarité** :
 - dans un premier temps, la déclinaison annuelle des différents programmes en cours ayant un impact sur la santé⁵⁹ et de leurs moyens de mise en œuvre serait coordonnée. La conférence permanente du PRAPS (composition à actualiser⁶⁰) en serait l'instance unique pour le volet santé et rendrait compte devant les instances plus généralistes.
 - A terme un programme unique régional de lutte contre la pauvreté-précarité, intégrerait les différents volets, leurs calendriers recalés sur 5 ans et leurs actions déclinées dans les territoires de vie.
- **La mise en commun d'outils financiers** des différents institutionnels et de processus et supports de demande de financement, d'appels à projets... A terme, un budget commun et une gouvernance unique.

Si le principe est validé en Comité de l'administration régionale (CAR*) et par la Collectivité de Corse, une commission ad hoc composée des responsables institutionnels concernés et de personnes qualifiées serait chargée d'élaborer le programme et les modalités de mise en œuvre (conditions de faisabilité juridique, calendrier, circuit d'information et de décision...) ainsi que de fixer le rôle et le fonctionnement de l'équipe interinstitutionnelle de lutte contre la pauvreté-précarité.

3.1.2. Constituer une équipe interinstitutionnelle de lutte contre la pauvreté-précarité (EILPP)

Cette équipe, composée de techniciens des différents institutionnels concernés (ARS, CAF, CARSAT, Collectivité de Corse, CPAM, DDCSPP-DRJSCS, Education Nationale, Préfecture⁶¹) serait dans un premier temps chargée de la mise en œuvre du volet « santé-social-logement » des plus démunis et aurait comme principale fonction le suivi et l'accompagnement des priorités arrêtées.

Cette proposition est détaillée dans une fiche action.

Les effets attendus sont une plus grande efficacité :

- approche globale, pluridisciplinaire, adaptée et coordonnée des politiques publiques au bénéfice des plus fragiles,
- amélioration de la circulation de l'information,
- homogénéisation des calendriers,
- meilleure compréhension des forces et contraintes de chacun,
- outils communs permettant de questionner les pratiques (évaluation, process) et de mieux objectiver les décisions,
- optimisation des calendriers (financements, appels à projet, décisions administratives),
- amélioration du taux de réalisation des recommandations, projets et programmes et accélération des mises en œuvre.

⁵⁹ (PRAPS, PLANIR, PFIDASS, Plan de lutte contre la précarité et la pauvreté - CTC, Plan de lutte contre la pauvreté - Etat, plans départementaux d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées - PDALHPD, ...)

⁶⁰ Composition à préciser sur la base de celle-ci : services de l'Etat (Préfecture, ARS, DDCSPP-DRJSCS, Education nationale), Collectivité de Corse, acteurs du logement-hébergement (SIAO, logement-hébergement sans accompagnement et avec accompagnement médicosocial, bailleurs sociaux), organisme de protection sociale (CPAM, MSA, CAF, CARSAT), représentants des associations (CLE) et des usagers (CISS, CRSA), CCAS-CIAS, professionnels de santé (URPS infirmiers et ML) et intervenant en santé : intervenant en prévention, PASS, hôpital local, établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) personnes âgées et personnes handicapées. Chaque collège élit ses représentants.

⁶¹ Composition à affiner par la commission ad hoc mais qui doit rester légère (moins de 10 personnes) pour rester opérationnelle.

3.1.3. La coordination autour de cas complexes



3.1.3.1. Adaptation des « commissions de gestion de cas complexes »

Ces commissions fonctionnent aujourd'hui sur les deux départements pour des publics âgés ou en situation de handicap. En tirant parti de l'expérience de ces commissions qui réunissent acteurs de terrain connaissant bien les situations, responsables de services concernés et personnes ressources connaissant le public et/ou la problématique, il s'agit d'adapter leur fonctionnement aux situations hypercomplexes, notamment les grands précaires (une trentaine par an) et de lutter contre le « syndrome de la patate chaude* ». Cette organisation aura pour vocation de partager l'information détenue par les différents acteurs, de proposer des éléments de solutions, et d'optimiser les réponses apportées dans des délais intégrant le niveau d'urgence de chaque situation. Cette proposition est détaillée dans une fiche action.

3.1.3.2. Encourager les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) santé-social

Au-delà de ces commissions ponctuelles sur des situations hypercomplexes, l'outil RCP est à développer. Les RCP regroupent des professionnels de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge. Créées et développées au départ en médecine oncologique, les RCP mettent autour d'une même table les différents acteurs d'une prise en charge complexe. Pour les publics les plus démunis, la complexité est à la fois médicale et sociale. L'intérêt de RCP pluri professionnelles santé-social apparaît évident pour optimiser les réponses à une situation individuelle, mais aussi mieux anticiper et organiser les prises en charge de situations similaires qui suivront.

3.1.3.3. Les plateformes territoriales d'appui (PTA) : articuler les compétences pour optimiser les parcours

La mise en place et la montée en compétence des PTA doivent être investies par les acteurs afin qu'elle puisse, à terme, pleinement leur rôle au bénéfice des plus démunis, notamment dans le rural. Cet outil peut en effet apporter des réponses à nombre de besoins identifiés dans le diagnostic PRAPS, notamment :

- participation au repérage et à l'inclusion des moins visibles ;
- meilleure connaissance par les acteurs du rôle de chacun améliorant la qualité et la continuité des prises en charge ;
- aide à la coordination des prises en charge de situations complexes ;
- fluidification des parcours grâce aux innovations sur les pratiques interprofessionnelles (RCP santé – social et les apports technologiques -SNACs*) ;
- identification des dysfonctionnements du système et des causes de rupture dans les parcours santé - social pour en traiter les causes.

Par leur positionnement stratégique aux interfaces entre les acteurs, les PTA peuvent être de véritables vigies des parcours, et ainsi jouer un rôle clé dans la remontée d'informations sur les points de rupture et dans la mise en route d'un processus corrigeant les points faibles et les dysfonctionnements.

Les PTA peuvent ainsi jouer un rôle clé permettant d'articuler les compétences. Pour cela, elles devront se mettre en place :

- en s'articulant avec les PFIDASS*,
- en s'inscrivant dans une dynamique d'évolution des acteurs ciblant un public spécifique (réseaux, MAIA*...) vers une offre plus ouverte couvrant l'ensemble des territoires et publics, y compris les plus démunis,
- en s'appuyant sur le ROR*, répertoire unique recensant les ressources santé, sociales et médico-sociales.

3.1.4. La formation, base de toute amélioration

Sur la base de l'analyse des besoins par les acteurs de terrain, les acteurs de l'éducation et de la formation - notamment l'Éducation Nationale, le centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) et l'association nationale pour la formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) - élaborent et actualisent leur offre de formation réunie dans un programme « Formation santé-social » et élargissent les conditions d'accès à l'ensemble des acteurs concernés quel que soit leur statut.

Quelques exemples de thématiques prioritaires en Corse qui contribueront à « réaffirmer les valeurs des métiers de la santé et la nécessité de faire converger les devoirs et les responsabilités des acteurs de santé autour de la contribution aux missions de service public (prévention, urgences, précarité, rééducation, non-discrimination et non sélection des patients et des activités, etc.)⁶² » :

- formations des professionnels en contact avec les enfants et les jeunes afin qu'ils puissent mieux identifier précocement les signaux d'alerte - suspicion de troubles (de l'alimentation, dys, psychiques ; handicap physique ou sensoriel ; obésité) ou de difficultés (sociales ou familiales, violences, harcèlement, ou leurs conséquences) et orienter vers les bons interlocuteurs. Ces formations sont à développer en lien avec le parcours « santé des enfants et des jeunes » du PRS et l'action labélisée PLANIR « parcours santé jeunes »,
- formations des acteurs en première ligne - facteurs, infirmières, personnel municipal, acteurs associatifs, ... - pour les outiller afin de repérer et signaler les suspicions de situation de vulnérabilité,
- formations « médiation en santé » (voir action 3.1. et référentiel HAS [« La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins »](#)) pour les publics-cibles cumulant les facteurs de vulnérabilité (cf. 2.1.1.),
- autodiagnostic de l'accessibilité fonctionnelle d'un service ou d'une prestation aux plus démunis,
- formation sur les critères et procédures concernant le logement indigne, le logement insalubre à développer en lien avec le volet « santé environnement » du PRS,
- accueil et accompagnement des publics les plus démunis. Différents publics pourraient être particulièrement ciblés : personnes en situation de handicap ; illettrés ou analphabètes ; femmes victimes de violence,
- rôles et fonctions des PTA et des PFIDASS,
- repérer et agir contre le refus de soins et les pratiques d'évitement des organisations et professionnels à l'encontre des patients précaires.

Modalités à promouvoir :

- organiser des formations conjointes théoriques et pratiques des acteurs santé – social en relation avec les plus démunis, quel que soit leur statut et domaine d'intervention afin de construire une culture commune et une approche transversale⁶³ de la santé des plus démunis.
- Faciliter et valoriser les formations dans le parcours professionnel notamment par le développement de formations ouvertes à distance (FOAD), la recherche ou l'adaptation de supports accessibles y compris à des non spécialistes, la mise en place de solutions de remplacement du professionnel pendant son temps de formation...
- Mobiliser prioritairement l'intégralité des dispositifs et ressources dédiées à la formation⁶⁴ avant sollicitation d'autres sources de financement.

⁶² [Stratégie Nationale de Santé 2018-2022.](#)

⁶³ « Développer dès la formation une culture pluri professionnelle et du travail en équipe et une plus grande proximité avec les autres professions, notamment grâce à des modules communs et à des échanges de pratique avec les travailleurs sociaux et les acteurs médico-sociaux » - Stratégie nationale de santé 2018-2022.

⁶⁴ Notamment obligations financières des entreprises en matière de formation professionnelle versées par l'employeur ou les professions libérales.

3.2. Axe 2 : Mieux prévenir et repérer

3.2.1. De la maternelle au lycée : investir pour l'avenir.

Un certain nombre d'arguments justifient de repositionner l'école prioritairement, mais aussi le collège et le lycée, au cœur de la politique de prévention et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé et plus globalement comme acteurs clés de la santé :

- l'accès à plusieurs classes d'âge « captives » (unité de lieu et de temps),
- la réceptivité du public, à des âges où l'apprentissage est facile et où se développent les compétences et les connaissances utiles tout au long de la vie, et ce d'autant plus, qu'il est guidé par des professionnels de la pédagogie
- la non-stigmatisation facilitée par la présence de tous les milieux sociaux et de tous les territoires,
- le triple rôle de l'Education Nationale : protection de la santé des élèves, activités éducatives liées à la prévention et activités pédagogiques.

Les données disponibles montrent que les inégalités de santé s'installent très précocement et que les conduites ayant une influence négative sur la santé se mettent en place dès l'enfance. L'opportunité est donc sans équivalent pour lutter contre l'incidence du déterminisme social, familial et environnemental sur les questions de santé et poser les bases de la santé et du bien-être des générations qui se succèdent.

D'un point de vue pédagogique, la santé est un support particulièrement riche utilisable dans toutes les matières : activités physiques, biologie, mathématiques, géographie, histoire, langages, « vivre ensemble », ...

Les priorités insulaires proposées ci-après trouveront pleinement leur place et seront précisées, dans la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes en cours d'élaboration et l'actualisation de la convention entre l'ARS et le Rectorat. Ces actions sont à développer en lien avec le parcours « santé des enfants et des jeunes » du PRS, le programme national de prévention M'T dents des CPAM.

3.2.1.1. Accompagner les équipes de l'Education Nationale dans l'élaboration (ou l'actualisation) et la mise en œuvre des parcours éducatifs de santé.

Il est proposé de mettre l'accent sur les écoles maternelles et primaires, notamment dans le rural et les quartiers prioritaires.

Le Parcours éducatif de santé est structuré autour de trois axes : l'éducation à la santé (développement des compétences psychosociales en lien avec le socle commun de connaissances, de compétences et de culture) ; la prévention : hygiène, conduites à risques, etc. ; la protection de la santé : environnement favorable à la santé et au bien-être.



3.2.1.2. Développer le repérage et la prise en charge précoce des troubles ou difficultés.

L'amélioration du repérage et de la prise en charge des troubles Dys⁶⁵ apparaît essentielle. Plus globalement, le renforcement des capacités (outils, articulation des compétences internes et externes) permettant l'identification précoce des signaux d'alerte - suspicion de troubles (alimentaires, psychiques, physiques ou sensoriels...) ou de difficultés (sociales ou familiales, traumatiques, harcèlement) - pouvant conduire l'élève à décrocher ou simplement être fragilisé sera recherché.

Le repérage précoce des problématiques facilite la mise en œuvre rapide de mesures de remédiation par un réseau d'acteurs autour de et en lien avec la famille. Au-delà du repérage-dépistage, la prise en charge effective et le suivi dans la durée devront faire l'objet d'une attention particulière.

3.2.1.3. Expérimenter la présence de professionnels santé-social aux côtés des équipes pédagogiques dès la maternelle : travailleurs sociaux, infirmières, psychologues.

⁶⁵ [Dyslexie, dysorthographe, dysphasie, dyspraxie, troubles d'attention, troubles des processus mnésiques, dyscalculie.](#)



3.2.2. Repérer et accompagner précocement et dans la durée les facteurs de fragilité et les accidents de la vie.

La création d'un centre d'appel "Première ligne" de repérage et de primo-information (accès aux droits, santé) permettant de signaler et de coordonner des premières prises en charge, n'a finalement pas été retenue. En effet la mise en place des PFIDASS par les CPAM devrait permettre de proposer un accompagnement individualisé vers la santé à partir du repérage par le réseau d'acteurs. Par ailleurs les PTA (voir 3.1.3.3.), articulées avec les PFIDASS, devrait progressivement jouer un rôle essentiel dans l'information sur l'offre existante et dans la coordination des professionnels autour de cas complexes. En fonction de l'évaluation de ces deux dispositifs, la création d'un centre d'appel pourra être étudiée.

3.2.2.1. Développer l'accompagnement des accidents de la vie, des grands précaires et du vieillissement par des psychologues.

Expérimenter, en capitalisant sur les expériences des acteurs (CMP, accueil de jour Stella Maris, CIDFF, mission locale), sur trois territoires ruraux, puis étendre aux 9 territoires de vie, la prise en charge de populations particulièrement vulnérables afin d'éviter ou de limiter la dégradation et donc le surcoût en intervenant précocement.

Deux publics sont à cibler :

- les personnes venant d'être victimes d'un ou plusieurs accident(s) de la vie ou traversant une période difficile : femmes et enfants victimes ou témoins de violences intrafamiliales , veuvage, perte d'emploi, rupture conjugale, étudiants pauvres,
- les personnes dont le parcours est fortement ancré dans la pauvreté, la précarité, l'isolement : sans-abri, personnes en perte d'autonomie, âgées, isolées socialement et géographiquement, travailleurs immigrés « sans-papiers ».

Une fiche action détaille cette proposition.

3.2.2.2. Proposer une visite médicale systématique pour les chômeurs de longue durée (>12 mois).

Le chômage est un facteur d'accroissement des risques de dégradation de la santé. En sortant du monde du travail, les chômeurs de longue durée sortent aussi de la démarche préventive de santé au travail.

Un bilan de santé devrait permettre de limiter la dégradation potentielle de la santé des personnes durablement sans emploi. Cette offre est à élaborer en partenariat entre les CPAM et Pôle Emploi, en lien avec le centre d'examen de santé et l'union régionale des professionnels de santé (URPS) des médecins libéraux.

3.2.2.3. Développement et adaptation des modèles prédictifs aux réalités insulaires

Ces modèles se développent depuis une dizaine d'années dans les systèmes de santé internationaux⁶⁶. Ils peuvent être une opportunité de mieux appréhender et anticiper les prises en charge à partir d'un score de risque individuel basé sur les accidents de la vie et facteurs de fragilité. Cette recherche-action est à construire avec la Collectivité de Corse, l'Université de Corse, l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), l'Education Nationale, les CAF, les CPAM et les associations.

⁶⁶ « L'essor des modèles prédictifs dans les systèmes de santé internationaux », Etudes et Résultats, DRESS juillet 2017.



3.2.3. Développer les dépistages et messages de prévention par les acteurs spécialisés, en lien avec des acteurs de proximité

Les priorités de santé sont identifiées (cancers et infections sexuellement transmissibles notamment). Un besoin réel de dynamiser les actions de dépistage et de prévention est identifié et les résultats inférieurs aux objectifs et au niveau national le confirment. Il y a sur le territoire des acteurs spécialisés qui ont développé une réelle expertise (équipe du pôle de prévention sanitaire du conseil départemental de Corse du sud – Collectivité de Corse, Centre de Coordination du Dépistage des Cancers de Corse, CEGID, Ligues Contre le Cancer, La MarieDo...). Il faut à présent développer leurs interventions dans les lieux de proximité (associations, CHRS...) en adaptant leurs méthodes, supports, compétences aux plus démunis.

Une fiche action détaille cette proposition.

3.3. Axe 3 : Aller vers les plus démunis

Depuis plusieurs années, les différents projets et programmes soulignent l'intérêt du « aller vers » dans un contexte de tension sur les principales ressources (humaines et financières). L'objectif est à la fois de réduire la distance physique mais aussi administrative et sociale en développant l'accessibilité fonctionnelle.



3.3.1. Développer la médiation en santé et l'interprétariat linguistique⁶⁷ pour améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des populations en situation de vulnérabilité.

La médiation en santé permet la prise en compte des spécificités des publics en situation de précarité par des professionnels (professions médicales, paramédicales ou du champ social) qui réunissent les trois domaines de compétence suivants, grâce à leur formation initiale et continue, leur parcours et leur engagement :

- compétences techniques : technique de « l'aller vers » ; techniques de communication (techniques d'entretien et d'animation ; andragogie*...) ; capacité à réaliser un diagnostic de la demande à partir d'un besoin, et de proposer des éléments de solution, d'apporter une aide à la décision ; travail en équipe pluridisciplinaire et en réseau ; distanciation...
- connaissance de l'environnement : publics cibles et environnement médico-social
- savoir-être : capacité à accompagner des publics vulnérables, écoute, empathie, confidentialité, non jugement, connaissance et capacité à expliquer ses limites, à questionner et faire évoluer ses pratiques.

Ces médiateurs en santé mènent des actions avec les populations cibles et avec les professionnels du système de santé. Ils travaillent dans une équipe et/ou un réseau pluridisciplinaire. Ils jouent un rôle d'interface temporaire vers le système de droit commun et contribuent notamment à :

- favoriser l'ouverture et la continuité des droits à la couverture maladie,
- renforcer la capacité des personnes à solliciter de façon pertinente et avec une autonomie progressive les structures de santé,
- promouvoir les initiatives des acteurs de la santé qui améliorent la prise en compte de ce public,
- relayer les demandes des familles pour des questions qui ne concernent pas le champ de la santé.

L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé est centré sur la levée des barrières culturelles et linguistiques qui peuvent ou non se surajouter aux caractéristiques de vulnérabilité. Il ne concerne donc pas uniquement les personnes les plus éloignées du système de prévention et de soins ciblées par la médiation en santé.

⁶⁷ Voir les deux référentiels HAS « [La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins](#) » et « [Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé](#) », octobre 2017.

Les réalités sociologiques de l'île amènent cependant à privilégier l'adossement de cette compétence d'interprétariat, notamment en arabe et berbère, mais aussi pour certaines langues d'Europe du Sud (portugais) et de l'Est (polonais, roumain, bulgare) de plus en plus représentées, à la compétence de médiation en santé, même si les solutions mises en place ne doivent pas se limiter aux plus démunis.

La médiation en santé, action phare du PRAPS de Corse

Au regard des enjeux (invisibilité de certains publics, incidence de la précarité et du non-recours, renoncement) et de la configuration du territoire (difficultés de déplacement, faiblesse de l'offre en dehors des deux pôles urbains, surreprésentation de la pauvreté dans le rural, notamment les territoires de la Plaine Orientale, de l'Extrême Sud et de la Balagne) des actions sont à programmer pour développer la médiation en santé.



3.3.2. Développer les permanences médico-psycho-sociales dans les lieux de proximité fréquentés par les plus fragiles.

Expérimenter sur Ajaccio la mutualisation de moyens et compétences des acteurs (CASO Médecins du Monde, PASS du centre hospitalier d'Ajaccio, UMAPP du centre hospitalier de Castelluccio, accueil de jour FALEP Stella Maris) pour proposer un service de type dispensaire cinq matinées par semaine : accueil individualisé sans condition et adapté, accompagnement administratif, consultations, prévention, accompagnement concernant l'observance du traitement, petits soins et médiation en santé.

Cette expérimentation pourra être étendue à l'Extrême Sud, le Grand Bastia, la Balagne et la Plaine Orientale. Une fiche action résume cette proposition.

3.3.3. Mettre en place une équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP)⁶⁸ sur le grand Bastia

L'efficacité du travail de l'UMAPP sur le grand Ajaccio confirme les résultats nationaux sur le rôle primordial que les EMPP jouent auprès des personnes en situation de grande précarité et auprès des professionnels et bénévoles aux côtés de ces publics. La création d'une EMPP sur le grand Bastia permettrait de faire le lien entre l'expertise des publics que les associations ont (Corse Malte, A Fratellanza, Foyer de Furiani, ...) et les compétences des acteurs de la psychiatrie présents sur le territoire.

3.3.4. Mettre en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)* dentaires à Ajaccio et Bastia

Jusqu'à présent, l'accès aux diagnostics et soins dentaires des plus démunis a été abordé par publics : consultation premier recours UMCS à Ajaccio ayant bénéficié principalement aux patients du centre hospitalier de Castelluccio ; conventions avec les centres hospitaliers de Bastia et d'Ajaccio ciblant certains publics en situation de handicap ; consultation mise en place par Corse Malte (grands précaires, immigrés précarisés). La mise en place d'une concertation de l'ensemble des acteurs permettrait d'élaborer et de mettre en place de véritables PASS dentaires articulant les moyens et compétences mutualisés au service du plus grand nombre.

⁶⁸ Le cadre d'action de ces équipes est fixé par la circulaire du 23 novembre 2005. Elles interviennent à l'extérieur des établissements et regroupent des infirmiers, psychiatres et psychologues, et dans une moindre mesure, des assistants sociaux.


 P2

3.3.5. Développer les permanences et échanges entre assistantes sociales et associations en lien avec la pauvreté – précarité

Le développement de ces permanences de proximité par des assistantes sociales (CCAS, Collectivité de Corse...) dans les lieux de proximité fréquentés par les plus démunis (associations en liens avec la précarité) et les échanges entre professionnels et bénévoles permettront à chacun de valoriser ses atouts et de mieux comprendre les réalités de chacun. Au final, le travail en réseau sera consolidé et facilitera l'accès aux droits et à la santé des plus démunis. Cela permettra de clarifier le rôle de chacun et de consolider les compétences associatives. La formation conjointe (cf. 1.4.) contribuera aussi à construire une culture commune.

Une fiche action présente cette proposition.

 P3

3.3.6. Expérimenter un bus ou camion santé-social dans un territoire de projet : prévention, promotion de la santé, bilans, soins, paramédical, ...

A partir de l'expérience du conseil départemental de Corse du sud et sur la base de critères objectifs (démographie des professionnels de santé en tension, taux de pauvreté élevé) mais aussi de l'intérêt d'acteurs de proximité une étude de faisabilité associera l'ensemble des partenaires afin de préciser les services à privilégier : information, accès aux droits, médiation administrative et numérique, interprétariat, prévention – promotion de la santé, consultations de médecine générale (voire dentaire), accompagnement personnalisé, objets connectés... Ce service ciblera un public et des prestations larges afin de ne pas stigmatiser certains patients ou certaines pathologies.

Cette action est à concevoir et mener en étroite collaboration avec la Collectivité de Corse qui pointe, dans le « plan de lutte contre la précarité et la pauvreté », le recours à un « bus Santé »⁶⁹ et le centre d'examen de santé de Bastia qui a besoin de relais dans les territoires.

Une fiche action détaille cette proposition.

3.3.7. Développer et faire connaître les transports non-médicalisés gratuits ou à moindre coût pour l'utilisateur

Cette action est l'une des priorités du « plan de lutte contre la précarité et la pauvreté ». Ces solutions de transports peuvent bénéficier à l'accès à la santé mais représentent l'un des principaux sujets et enjeux transversaux. A développer et faire connaître, en lien avec les communes et intercommunalités (transports en commun, transport à la demande, covoiturage solidaire...), elles facilitent en effet l'accès à différents services, prestations et droits : santé, travail, loisir, etc.

3.3.8. Accélérer la mise en œuvre effective de la réglementation sur l'accessibilité handicap et personnes à mobilité réduite.

Cinq des six actions prioritaires⁷⁰ à mener résultent des ateliers avec des personnes en situation de handicap et leurs aidants concernent des questions d'accessibilité aux services et professionnels de santé, mais aussi plus largement au logement (parc HLM notamment) et aux actions de la vie courante (transports, distributeurs de billets, loisirs et culture, administrations, commerces...).

⁶⁹ Axe 2 : Le volet santé solidarité / I. Améliorer l'offre de soins de premier recours dans les territoires ruraux / A. La structuration de l'offre de soins / 4. Impulser et accompagner les projets territoriaux de santé visant à réduire les freins à la santé, notamment sur le volet mobilité. Mars 2017.

⁷⁰ Sur 28 actions proposés par les concernés, les autres priorités recourent pour la plupart des propositions prises en compte dans les actions PRAPS ciblant divers publics : formations des acteurs et adaptation des accueils aux spécificités des publics ; Accès aux droits ; Mobilité-transport ; Adaptation des vecteurs et supports d'information (portail numérique, radio, ...) ; ...

Pour une approche globale de la santé

La pertinence de l'approche globale de la santé par les groupes de travail avec des personnes en situation de handicap et leurs aidants est à souligner : ressources, droits, prévention, soins, mobilité-déplacement, inclusion et bien-être auxquels participent le travail, les loisirs et la représentation politique dans les instances, image de soi, relation à l'autre, articulation entre le médico-social et le sanitaire, la santé et le social, importance et reconnaissance des aidants, mécanismes d'incitation ou de coercition pour faire évoluer les pratiques.

La richesse de cette analyse globale des conditions nécessaires à la santé, et des propositions d'amélioration conforte la nécessité de mettre en place des parcours santé populationnels, notamment pour les plus fragiles, intégrant toutes ces composantes.

3.4. Axe 4 : Adapter l'information à destination des usagers et des professionnels

P1

3.4.1. Développer le parangonnage et la création de supports basés sur l'image et les principales langues utilisées.

La part des publics les plus démunis pour lesquels les supports écrits et / ou la langue française restent difficiles d'accès (non francophones, illettrés, analphabètes) est significative. La fracture numérique et la généralisation des plateformes téléphoniques sont de réels freins à l'accès à l'information et aux droits. Des supports utilisant l'image (schémas, pictogrammes, BD, animation, affiches, vidéos, applications, sites internet ...) ou les langues maternelles (anglais, arabe, corse, portugais) existent, en France ou à l'étranger, mais ne sont pas toujours connus, adaptés ou utilisés par les professionnels. L'animation d'un centre de ressources en ligne facilitant l'accès à des ressources sélectionnées de qualité et la sensibilisation des professionnels sur ce sujet permettra une communication plus adaptée aux publics les plus fragiles. Sur certaines thématiques essentielles (infections sexuellement transmissibles, vaccination, dépistages, maladies chroniques, addictions...), il sera sans doute nécessaire de traduire, parfois d'illustrer, voire de créer des supports plus adéquats.

Au-delà des supports, une réflexion et une montée en compétence des acteurs sur l'adaptation des stratégies de communication aux capacités des populations cibles apparaît nécessaire.

Une fiche action synthétise les premières hypothèses de travail.

P2

3.4.2. Faire connaître les dispositifs existants aux professionnels (santé, social) et bénévoles.

La santé des plus démunis fait intervenir de nombreux acteurs de la santé et spécialistes des publics vulnérables. De nombreux dispositifs sont proposés par ces acteurs mais tous ne sont pas clairement identifiés par les professionnels et bénévoles qui, de ce fait, ne peuvent pas les mobiliser pour augmenter l'efficacité de leur accompagnement ou les proposer aux personnes qui en ont besoin. Certains services (par exemple le centre d'examen de santé, les PASS, ...) ou certaines aides (par exemple celles du fonds d'action sanitaire et social CPAM) sont méconnues et sous-utilisées alors que les besoins sont réels.

La création d'un support collaboratif de communication autour des dispositifs existants à destination des professionnels et bénévoles des associations du sanitaire, du social et du médico-social permettrait d'améliorer la lisibilité de l'existant et des modalités de sa mobilisation au bénéfice de ceux qui en ont vraiment besoin.

Une fiche action présente la démarche proposée.

P1

3.4.3. Elaborer une stratégie et déployer une campagne d'information à destination des plus de 70 ans précaires et des professionnels

Cette proposition présentée dans une fiche action vise à améliorer la qualité de l'information à domicile pour les personnes âgées précaires et de leur entourage (proches et professionnels) et de sensibiliser et former les professionnels sur les spécificités de ces publics et le repérage des situations à risque. C'est l'une des actions indispensables contribuant à l'adaptation de notre système santé-social à la forte augmentation de personnes âgées précaires qui se dessine.

Cette action est à concevoir en lien avec le parcours « bien vieillir », le parcours Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) et le Parcours attentionné seniors mis en place par les CPAM.

3.4.4. Mener une politique volontariste d'accès aux droits (CMUC/ACS/AME)

L'accès aux droits à la santé (CMUC/ACS/AME) reste difficile pour les plus fragiles. La mise en place des PFIDASS en 2018 est un outil prometteur qui devra être relayé et alimenté par l'ensemble des acteurs sur les territoires et notamment les travailleurs sociaux, les PASS, la PTA et les acteurs associatifs. Les établissements de santé et associations en lien avec les plus démunis peuvent contribuer davantage à identifier les personnes sans droits ouverts, ou dont les droits sont incomplètement établis, et les accompagner avec l'appui des services des CPAM. L'accès à l'AME est, quant à lui, à replacer comme élément déterminant de l'accès à la santé des étrangers sans titre de séjour, particulièrement vulnérables, et comme facteur contribuant à la santé publique.

3.5. Axe 5 : Mieux accompagner les plus démunis et les porteurs de projet

3.5.1. Le logement - hébergement accompagné, des fondations pour se (re)construire

La nécessaire adaptation des dispositifs nationaux devrait être favorisée par la possibilité d'expérimenter en territoires ruraux ouverte par les dispositions spécifiques à la Corse de la Stratégie Nationale de Santé. Les dispositions nationales de la SNS soulignent, quant à elles, la nécessité de « *lutter contre les pathologies liées aux situations de grande précarité, notamment pour les personnes à la rue, en soutenant les projets d'insertion dans le logement* ».

Deux orientations principales sont proposées :



3.5.1.1. Compléter et adapter l'offre de type appartement de coordination thérapeutique - ACT*, lits halte soins santé - LHSS*, lits d'accueil médicalisés - LAM*.

Cette action (voire fiche action) propose une démarche qui permettrait de gagner en capacité d'adaptation pour les publics dits « en difficultés spécifiques ». Plus que la juxtaposition d'équipements dont la mise en œuvre accroît le retard pris pour compléter l'offre, il est proposé de travailler à une plus grande souplesse de mise en place de ces dispositifs en adaptant le niveau de services médico-sociaux à la réalité des personnes en situation de grande précarité à un instant donné.

Le niveau de service serait ainsi de type ACT, LHSS ou LAM en fonction de l'évolution du patient en grande précarité. En s'inspirant de la complémentarité que l'association « le foyer de Furiani » a su mettre en place entre différents outils (CHRS, maison relais, ACT), les prestations s'adaptent en coordonnant l'action d'une équipe dédiée et de prestataires externes. Pour y parvenir, cela nécessite de pouvoir bénéficier d'aménagement dans les modalités d'octroi du nombre de places de ces dispositifs nationaux, et de rapprocher la politique de déploiement des outils de logement-hébergement de lutte contre l'exclusion gérés par les DDCSPP de celle des dispositifs médico-sociaux à destination des publics spécifiques mis en œuvre par l'ARS.

Cette articulation, la coopération entre équipes dédiées et prestataires externes et une dotation-programmation à 3 ou 5 ans faciliterait aussi la prise en compte des besoins des territoires en dehors des deux pôles urbains d'Ajaccio et Bastia.

3.5.1.2. Expérimenter la mise en place d'un dispositif pour les grands précaires vieillissants.

En complément du déploiement de dispositifs médico-sociaux à destination de publics en difficultés spécifiques ci-dessus, il apparaît nécessaire d'expérimenter une offre ciblant ce public en augmentation, aujourd'hui peu ou mal pris en compte par les dispositifs de droit commun. Malgré une espérance de vie très largement en retrait par rapport à la moyenne (moins de 50 ans), l'accroissement de cette dernière et le vieillissement prématuré posent des difficultés croissantes : les problématiques de santé de ces personnes ne peuvent être prises en charge dans les dispositifs de logement-hébergement inadaptés aux soins ; leurs spécificités (addictions et / ou une pathologie psychiatrique, faiblesse des ressources et difficultés à les gérer, vieillissement prématuré, comportement en société, ...) et l'absence d'aidant naturel en capacité de les accompagner dans leur vie quotidienne sont autant de handicaps. L'inadaptation des modes d'hébergement aux soins et à la perte d'autonomie devient rapidement problématique pour des populations dont les spécificités sont souvent mal comprises par des dispositifs de droit commun par ailleurs peu adaptés (déficit de compétence en qualité et quantité au regard des besoins). A partir des enseignements et de l'expérience de dispositifs spécialisés sur le continent ([Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre](#), [Unité Saint-Roch à Marseille](#)), il s'agira d'adapter le concept aux files actives insulaires. Comme la précédente, cette offre est à construire en partenariat avec les DDCSPP mais aussi avec la Collectivité de Corse.



3.5.2. Améliorer le fonctionnement et la lisibilité des permanences d'accès aux soins de santé – PASS : portage interne et fonctionnement en réseau (réseau des PASS de Corse)

Après les missions d'appui menées auprès des PASS fin 2017, l'identification des forces et difficultés de ces dernières constituera la matière pour proposer la mise en place d'un réseau territorial des PASS. Ce travail permettra notamment de valoriser les bonnes pratiques, de déterminer avec les acteurs concernés les actions prioritaires et/ou publics cibles sur lesquels accentuer les actions. Des réunions périodiques inter-PASS et des formation-actions (ateliers) constitueront les moments forts du réseau.

Une fiche action présente cette proposition.



3.5.3. Objectiver, contractualiser, évaluer, mieux financer

La stratégie et l'implication des acteurs en faveur de la santé des plus démunis doivent être régulièrement actualisées et évaluées. Pour cela, il apparaît indispensable d'intégrer un volet précarité dans chaque projet, et notamment dans les projets des établissements de santé, des groupements hospitaliers de territoire (GHT), des MSP*, des établissements sociaux et médico-sociaux, des CSAPA – CAARUD, des acteurs spécialisés dans le dépistage (Centre de Coordination du Dépistage des Cancers de Corse...).

Sur la base de ces projets actualisés, partie intégrante des contractualisations, il apparaît aussi nécessaire de développer des mécanismes incitatifs - qu'ils soient financiers, fiscaux, ou en terme de dotation en ressources humaines... - en fonction du niveau de fragilité des patients accompagnés et du niveau d'engagement de chaque acteur dans ce domaine.

Sans l'intégration de ces deux composantes, les plus démunis risquent de continuer à être des victimes collatérales des directives et contraintes administratives, financières et productives des dispositifs de droit commun.

Exemples de mécanismes à travailler avec les acteurs concernés :

- inclure des objectifs d'ouverture de droits (CMUC, ACS, AME) et de taux de personnes bénéficiant de ces types de couverture dans les indicateurs et mécanismes de reconnaissance des services et professionnels : assistantes sociales des PASS et des collectivités locales, acteurs du dépistage, ...
- Mettre en place des conventions pluriannuelles avec les acteurs ayant fait leur preuve dans l'accompagnement à la santé des plus démunis.
- Inclure et objectiver la prise en compte des publics démunis (critère à élaborer conjointement) dans les cas complexes accompagnés par les PTA.
- Inciter les établissements à mettre en place une organisation facilitant permettant de bénéficier de la MIG précarité (établissements les plus actifs et les mieux organisés pour la prise en charge de ces publics).