

Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) :

L'ACS est une aide qui ouvre droit à une réduction sur le montant de la cotisation à une complémentaire santé. Concerne toutes les personnes dont les ressources sont faibles, mais supérieures¹ au plafond fixé pour l'attribution de la couverture médicale universelle complémentaire (CMUC)².

Aide médicale de l'État (AME) :

S'inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions. Destinée à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française sur le séjour en France. Elle est attribuée sous conditions de résidence (stable + 3 mois) et de ressources (plafond CMUC).

Personnes à charge peuvent aussi bénéficier de l'AME si :

- conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS.
- enfants à charge de moins de 16 ans (au-delà et jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent des études).

Andragogie :

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

Appartements de coordination thérapeutique (ACT) :

Dédiés avant tout aux personnes majeures atteintes de maladie(s) chronique(s) et sévère qui se trouvent en situation de fragilité psychologique, sociale ou financière et qui ont besoin de soins et de suivi médical. Propose une prise en charge médicale, psychologique et sociale des personnes hébergées. Offre un logement individuel de relais et à titre temporaire (6 mois renouvelable 2 fois). Une équipe pluridisciplinaire (éducateurs, psychologues, conseiller en économie sociale familiale - CESF, médecin, infirmiers) accompagne le résident. Elle l'oriente vers des partenaires sociaux ou associatifs en vue d'une ouverture des droits sociaux (AAH, RSA,...) et d'aide à l'insertion sociale, professionnelle, médicale, et psychologique.

Appartements de coordination thérapeutique (ACT) « Un chez-soi d'abord »³ :

Les ACT « un chez soi d'abord » ont pour objet exclusif de permettre à des personnes majeures, durablement sans abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères, d'accéder sans délai à un logement en location ou en sous-location et de s'y maintenir, et de développer leur accès aux droits et à des soins efficaces, leur autonomie et leur intégration sociale.

Accompagnement médico-social adapté à domicile ou sur tout autre lieu dans la cité qui repose sur :

- Le rétablissement à l'égard de la maladie mentale en donnant la primauté aux choix de la personne et en mettant l'accent sur l'expérience subjective à l'égard de la maladie (appropriation du pouvoir d'agir, quête d'une vie meilleure) ;
- La promotion de la santé mentale positive (renforcement des compétences personnelles, estime de soi, activités favorisant l'inclusion sociale).

Dispositif s'articulant avec l'ensemble des dispositifs et acteurs - amont et aval - sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire, dans le cadre d'un parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture.

Pas de dispositif « reconnu » en Corse mais Una Casa Prima (18 places Ajaccio, 2 places PV, 15 places Bastia), porté par ISATIS, largement inspiré du dispositif « housing first » sur lequel s'appuie ces modèles.

¹ Plafond annuel pris en compte pour bénéficier de l'ACS : 11 776€ pour une personne seule depuis le 1er avril 2017.

² 8 723 € pour une personne seule depuis le 1er avril 2017. Plafond est également applicable pour le bénéfice de l'aide médicale de l'État (AME)

³ [Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016.](#)

Catégorisation :

Mécanisme cognitif fondamental dans le traitement de l'information. Tendance « naturelle » à classer les choses selon leurs traits caractéristiques, qui nous permet de faire face à un flot d'informations que nous ne sommes pas en mesure de traiter. La catégorisation sociale consiste à classer, et donc à regrouper au sein de catégories, des individus ou des groupes, en accentuant les ressemblances et les différences entre catégories. Permet de simplifier la réalité sociale et de la structurer. Renvoie à la mobilisation des stéréotypes qui sont associés au groupe social dans lequel l'individu aura été catégorisé⁴.

Centre de planification et d'éducation familial (CPEF) :

Les CPEF des départements proposent des consultations médicales gratuites aux mineurs et/ou majeurs, désirants garder le secret, ainsi qu'aux personnes non assurés sociaux (accès à la contraception, contraception d'urgence, dépistage et d'un traitement de première intention des infections sexuellement transmissibles), un accompagnement autour de l'IVG et un accompagnement dans les difficultés de couple, de famille, de la vie quotidienne, à parentalité et aux relations conjugales.

Comité de l'administration régionale (CAR) :

Le CAR réunit les préfets de département et les chefs de services déconcentrés régionaux de l'Etat. Il est consulté par le préfet de région qui arrête le projet d'action stratégique de l'État dans la région.

Commission de coordination des politiques publiques (CCPP) :

Dans les domaines de la prévention - promotion de la santé, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile et / ou du médicosocial, la CCPP est une instance de concertation entre les contributeurs financiers au niveau régional. Instance de partage et de rapprochement de l'observation sanitaire et sociale. Membres issus des services de l'Etat, des collectivités territoriales et leurs groupements ainsi que les organismes de sécurité sociale.

Missions :

- contribue à l'élaboration du projet régional de santé (PRS),
- favorise la complémentarité des actions et détermine les modalités de cofinancement,
- définit les conditions dans lesquelles les contributeurs financiers membres de cette commission pourront s'associer à l'ARS pour organiser une procédure d'appel à projets destinée à sélectionner et à financer les actions de prévention et de promotion de la santé,
- organise la mise en commun des données en vue d'un diagnostic partagé

La commission recueille les éléments d'information nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment à l'évaluation de la politique de prévention et de promotion de la santé et à l'élaboration du schéma régional de prévention.

Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) :

Des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en CPTS afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. Composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. Formalisent un projet de santé qu'ils transmettent à l'ARS et qui précise en particulier le territoire d'action de la CPTS. A défaut d'initiative des professionnels, l'ARS prend, en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé (URPS) et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé.

Conférence permanente du PRAPS :

La conférence permanente du PRAPS de Corse a été mise en place en novembre 2012. Elle rassemble la plupart des acteurs concernés par la santé des populations vulnérables (11 collègues, 30 membres) et se réunit 1 à 2 fois par an. Ses missions sont les suivantes :

- Assurer la déclinaison du programme conformément aux objectifs énoncés et d'accompagner sa mise en œuvre sur les territoires.

⁴ « Stéréotypes, préjugés et discrimination », Jean-Baptiste LEGAL et Sylvain DELOUVEE, DUNOD, 2e édition, 2015.

- Etre l'interface et l'articulation avec les autres plans d'action, programmes de santé et dispositifs locaux.
- Mobiliser les compétences et les moyens financiers (appels à projet,...).
- Organiser le suivi et l'évaluation du programme.

Différenciation :

Prise en charge différenciée des patients selon la catégorisation opérée par les professionnels de santé. Dans le domaine médical, la différenciation apparait indispensable : la prise en charge doit être adaptée aux caractéristiques individuelles de chaque personne. Néanmoins, lorsqu'elle ne s'appuie pas sur des critères médicaux, elle peut produire de la discrimination⁵.

Discrimination :

Traitement inégal d'individus ou de groupes sociaux pour des raisons illégitimes. D'un point de vue juridique, il y a discrimination quand le traitement désavantageux est consciemment ou non lié à un critère prohibé et concerne un domaine prévu par la loi⁶. Plusieurs formes de discrimination sont distinguées : La discrimination directe renvoie au fait de traiter moins favorablement des individus en raison d'une caractéristique particulière ; La discrimination indirecte renvoie quant à elle à une disposition, un critère ou une pratique neutre en apparence mais susceptible d'entraîner un désavantage particulier pour des personnes ou des groupes relevant d'un des motifs prohibés ; La discrimination multiple et/ou intersectionnelle, notion plus récente, est subie du fait du cumul de plusieurs critères (imbrication et démultiplication de différents systèmes de domination : genre, classe, « race », ...

Efficience :

Si l'*efficacité*, c'est l'atteinte de l'objectif visé, l'atteinte des résultats, l'efficience est l'optimisation des outils et moyens pour parvenir à un résultat utile. Être efficace, c'est être efficace en faisant une bonne utilisation des ressources (humaines, informationnelles, matérielles, financières, etc.). De fait, se mesure par un rapport entre les résultats obtenus et les moyens engagés.

Inégalités par « construction⁷ » :

Résultent de l'absence de prise en compte des inégalités dans l'élaboration de certains programmes ou recommandations de pratiques médicales, aboutissant à les perpétuer, voire les accentuer.

Inégalités par « omission » :

Produites par le fonctionnement en routine du système de santé. Ne sont pas intentionnelles et résultent de la non-reconnaissance d'un besoin de soins ou de sa non-satisfaction au moment de l'identification.

Inégalités sociales de santé (ISS) :

Les ISS sont le produit des inégalités cumulées tout au long de la vie en fonction des conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Elles dépendent également de leur niveau de littératie en santé, ainsi que de leur accès aux systèmes mis en place pour faire face à la maladie.

⁵ « Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. » - Une analyse de discours de médecins et dentistes », Caroline DESPRES & Pierre LOMBRAIL, Etude du laboratoire LEPS de l'université Paris XIII pour le du Défenseur des droits.

⁶ Voir les 25 critères et domaines sur <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/institution/competences/lutte-contre-discriminations>

⁷ « Inégalités sociales de santé et accès aux soins » - Pierre LOMBRAIL & Jean PASCAL – p104 - Les Tribunes de la santé 2005/3 (no 8) - Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.).

Lits d'accueil médicalisés (LAM) :

Accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures.

Missions :

- proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;
- apporter une aide à la vie quotidienne adaptée ;
- mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;
- élaborer avec la personne un projet de vie et de le mettre en œuvre.

Ouvertes H24, tous les jours de l'année. Durée non limitée, adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne. Equipe pluridisciplinaire composée notamment d'infirmiers diplômés présents H24.

Lits halte soins santé (LHSS) :

Accueillent temporairement (2 mois, éventuellement renouvelables) des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, 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.

Missions :

- proposer et dispenser des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient, et participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;
- mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;
- élaborer avec la personne un projet de sortie individuel.

Ouvertes H24, tous les jours de l'année. Equipe pluridisciplinaire.

Littérature en santé :

Elément déterminant de la santé publique. Représente la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre de des décisions concernant leur santé.

Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) :

Méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins. L'intégration va plus loin que la coopération, qui repose seulement sur un principe de coordination : Elle conduit tous les acteurs à coconstruire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et in fine à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite. Cette approche permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse.

Maison de santé pluridisciplinaire ou pluriprofessionnelle (MSP) :

Personne morale constituée entre des professionnels de santé, médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens qui assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours et, le cas échéant, de second recours et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges.

Le projet de santé est compatible avec les orientations SRS ; transmis pour information à l'ARS ; signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé ; peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.

Si des financements publics sont sollicités, cahier des charges DGOS : au moins deux médecins et un au moins un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute, ...).

Favorise, au-delà des fonctions de coordination, l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles. Professionnels cherchant souvent à élargir leur offre de soins à leurs patients à celle de santé publique organisée sur un territoire (continuité des soins, éducation thérapeutique, ...).

NB : Equipe de soins de premier recours sans les murs. Une équipe de soins de premier recours qui n'a pas fait le choix de construire une « maison », peut bénéficier des mêmes avantages réglementaires qu'une équipe en MSP si elle a formalisé un projet de santé.

Non recours :

Renvoie à toute personne qui ne reçoit pas – quelle qu'en soit la raison – une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre. Son approche s'élargit aujourd'hui à une diversité de domaines d'intervention. Entre non connaissance, non réception, non demande et non proposition, les situations de non-recours interrogent l'effectivité et la pertinence de l'offre publique, et représentent un enjeu fondamental pour son évaluation⁸.

Parcours de santé :

La notion peut se résumer par la circulation de l'usager 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.

Pauvreté⁹ :

La pauvreté est l'état d'une personne qui manque de moyens matériels, d'argent. Insuffisance de ressources. Insuffisance matérielle ou morale. Souvent restreinte à la pauvreté monétaire (ressources inférieure au seuil de pauvreté, soit 50 % du revenu médian en France), les notions suivantes permettent de mieux cerner le pluri morphisme de la pauvreté :

Pauvreté d'existence (impossibilité de satisfaire des besoins et droits fondamentaux) ;

Pauvreté administrative (angle exclusif de la gestion des dispositifs sept minima sociaux en vigueur depuis le 01 juin 2009¹⁰ et situation des personnes vis à vis de l'emploi)

;

Pauvreté subjective (perception de la situation vécue par l'intéressé) ;

Pauvreté laborieuse (revenus du travail ne permettent pas ou très difficilement de vivre dignement = « travailleurs pauvres »).

Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) :

Créées par la loi de lutte contre les exclusions de 1998, elles constituent un dispositif majeur pour faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier ainsi qu'aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Elles permettent une prise en charge médicale et sociale pour des personnes ayant besoin de soins mais ayant du mal à y accéder, du fait de l'absence de protection sociale, de leurs conditions de vie, ou de leurs difficultés financières. Elles donnent accès à des consultations de médecine générale ou spécialisée. Adossée à un établissement de santé public ou privé.

Plate-forme d'interventions départementales pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS) :

Mise en place par les CPAM, les PFIDASS repèrent les personnes n'exerçant pas leurs droits en s'appuyant sur des "détecteurs" : professionnels de santé, personnel d'accueil de l'assurance maladie, mutuelles, associations... Ces « détecteurs » signalent à la PFIDASS qui contacte des personnes signalées, étudie avec eux leurs besoins, leur ouvre des droits, les accompagne vers des professionnels adaptés, monte des dossiers d'aides...

⁸ [Observatoire des non-recours aux droits et services.](#)

⁹ Voir notamment <http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/precarite-pauvrete-et-exclusion.html>

Plateforme territoriale d'appui (PTA) :

Les professionnels de santé - en particulier les médecins traitants - sont de plus en plus souvent confrontés à des patients présentant plusieurs pathologies, elles-mêmes parfois associées à des problèmes sociaux, psychosociaux ou économiques. Pour organiser les fonctions d'appui dans les territoires, les ARS peuvent mettre en place des PTA en s'appuyant sur les initiatives des professionnels, notamment ceux de ville et des CPTS, en vue du maintien à domicile. L'objectif est d'apporter un soutien pour la prise en charge des situations complexes, sans distinction ni d'âge ni de pathologie, à travers 3 types de services :

- l'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires pour répondre aux besoins des patients avec toute la réactivité requise. La plateforme peut par exemple identifier une aide à domicile, orienter vers une place en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)...

- l'appui à l'organisation des parcours complexes, dont l'organisation des admissions en établissement et des sorties. En cela, la plateforme apporte une aide pour coordonner les interventions des professionnels sanitaires, *sociaux* et médico-sociaux autour du patient.

- le soutien aux pratiques et aux initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination. Dans ce domaine, la plateforme appuie de manière opérationnelle et logistique les projets des professionnels.

Les services de la PTA sont activés par le médecin traitant ou par un autre professionnel en lien avec lui.

Plateforme santé – précarité (PSP) :

Les dispositifs spécifiques (Consultations Médecins du Monde et Corse Malte, PASS, UMAPP, ...) permettent à de nombreux patients en difficulté psychosociale de retrouver un accès aux soins. Très souvent les médecins libéraux sont absents de ces dispositifs et les patients ne bénéficient pas d'un médecin traitant. Une PSP facilite la coordination entre les acteurs autour de la santé des personnes en difficulté :

- favorise les échanges entre les réseaux de soins dédiés, les médecins libéraux et les institutions en charge du domaine social.
- travaille l'articulation entre médecine libérale et réseau précarité.

Pôle de santé (PSP) :

Regroupements d'organisation des soins territoriaux de plusieurs formes : Constitué entre des professionnels de santé, le cas échéant de maisons de santé, de centres de santé, de réseaux de santé, d'établissements de santé, d'établissements et de services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire, et des groupements de coopération sociale et médicosociale . Assure des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours, et peut participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire.

Précarité¹¹ : insécurité sociale ; entité complexe.

La précarité est une notion plus large et complexe que la pauvreté. Elle marque l'instabilité d'une situation, passagère ou durable. Elle ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais résulte d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation ou d'insécurité économique, sociale et familiale. La précarité est donc l'absence d'une ou plusieurs des sécurités (travail, revenus, logement, accès aux soins, à l'éducation, à la culture, lien familial, lien social...) permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux.

Protection maternelle et infantile (PMI) :

Proposés par les Conseils Départementaux, les services de PMI s'adressent aux parents, futurs parents et leurs enfants jusqu'à 6 ans.

Le service de PMI met à disposition une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, psychologues, sages-femmes, puéricultrices, infirmières, auxiliaires de puériculture, éducatrice de jeunes enfants et animatrices CAP petite Enfance. C'est un service de santé ouvert à tout public et gratuit.

¹¹ Sources :

- J.WRESINSKI. « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » - Paris, Journal Officiel, 1987 - Rapport du Conseil économique et social.
- La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé - Haut Comité de la santé publique, février 1998.
- <http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/precarite-pauvrete-et-exclusion.html>

Protection universelle maladie (PUMA) :

Est entrée en application le 1er janvier 2016, elle remplace la CMU et garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

Objectifs : Simplifier la vie des assurés, assurer la continuité des droits à la prise en charge des frais de santé, réduire au strict nécessaire les démarches administratives, garantir davantage d'autonomie et de confidentialité à tous les assurés dans la prise en charge de leurs frais de santé.

Suppression progressive du statut d'ayants droit.

Renoncement aux soins :

« Les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit. »¹²

Répertoire opérationnel des ressources (ROR) :

Outil de description des ressources de l'offre de santé pour une région qui propose une information exhaustive de l'offre de santé régionale et extrarégionale, sans cloisonnement entre la ville et l'hôpital, sur le champ du sanitaire, du médico-social, et à terme du social. C'est un référentiel de description des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales de chacune des régions. C'est un outil destiné à aider les professionnels à connaître l'offre de santé disponible afin d'améliorer le parcours du patient. Dans un premier temps, répertoire, à minima sur le service d'orientation et le champ sanitaire (MCO, SSR, PSY),

Réseau santé précarité (RSP) :

Modalités de travail interinstitutionnel et interprofessionnel sur un territoire de proximité favorisant la connaissance mutuelle des acteurs & la compréhension des différentes cultures professionnelles.

Contribue ainsi à l'accès à la santé et la prévention pour les personnes vulnérables & au le décroisement entre le social et le médicosocial.

Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) :

Regroupent des professionnels (en oncologie, professionnels de santé) de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge.

Développée en oncologie, la RCP s'impose pour la prise de décision de tous les malades.

Pour être jugée valable, une RCP à visée diagnostique ou thérapeutique doit se faire en présence d'au moins

3 professionnels (en oncologie : médecins) de spécialités différentes permettant d'avoir un avis pertinent sur toutes les procédures envisagées.

Mais les RCP ne sont pas exclusives à l'oncologie et peuvent être utilisées dans d'autres spécialités, notamment pour des prises en charge complexes. Dans ce cas, il est nécessaire que soient représentées toutes les disciplines indispensables pour le diagnostic et pour le traitement.

Les dossiers des patients sont discutés de façon collégiale. La décision prise est tracée, puis est soumise et expliquée au patient.

Stéréotype :

A l'origine, désigne, en imprimerie, une plaque coulée dans un moule, qui produit toujours la même impression (Didot, 1798). Depuis 1922, acceptation psychosociale qui souligne l'aspect rigide de l'image que les individus se font des catégories sociales. Désigne un ensemble de croyances partagées concernant des caractéristiques propres à un individu (traits de personnalité) mais aussi des comportements propres à un groupe social (Leyens, Yzerbyt et Schadron, 1994).

Stigmatisation :

¹² « [Renoncement aux soins: actes du colloque](#) ». DREES, 2011.

Processus dynamique qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres. Processus de dévaluation qui commence par un « étiquetage » via l'application de stéréotypes au groupe désigné (différences rattachées à une valeur négative), un processus de séparation (entre « eux » et « nous ») et enfin, des effets de perte de statut¹³. L'un des fondements de la discrimination est la stigmatisation.

« Syndrome de la patate chaude » :

Désigne le processus par lequel grand précaire est orienté vers les professionnels de la santé, notamment la psychiatrie, par les travailleurs sociaux et inversement, chacun estimant avoir fait de son mieux mais n'ayant souvent pas pris la peine d'essayer d'aborder la personne dans sa globalité. Caractéristique de la difficulté de ces 2 expertises complémentaires à travailler en étroite collaboration pour apporter des éléments de solution à ces situations complexes voire hypercomplexes.

Notamment décrit par Jean FURTOS

(http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Articles_RECHERCHE_Orspere-Samdarra/Epistemologie_de_la_clinique_psychosociale-J_Furtos_2000.pdf)

¹³ « Stigmates, les usages sociaux des handicaps », E. GOFMAN, Les Éditions de minuit, 1963, Paris.

Région la plus pauvre : Taux de pauvreté le plus élevé des régions métropolitaines françaises : 20,4% de la population vit dans un ménage dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté (>990€ en 2012) contre 14,3% en France métropolitaine.

Région fortement inégalitaire : Région où la dispersion des revenus est la plus forte. Principalement en raison de la faiblesse des revenus les plus modestes.

Marché du travail dégradé depuis 2008 : 4^{ème} taux de chômage de France métropolitaine (10,9% en moyenne annuelle). Seule région où le chômage des femmes est supérieur de 2 points à celui des hommes.

Personnes les plus touchées par la pauvreté :

- Comme au niveau national : **familles monoparentales** (surreprésentées ; Taux de pauvreté de 29,9% contre 20,4% pour l'ensemble des ménages) et **jeunes** (taux de pauvreté de 27,2% pour les ménages dont le référent a moins de 30 ans).
- Principales spécificités en Corse :
 - Pauvreté monétaire plus accentuée en **rural** et davantage en Haute-Corse (22,5%) qu'en Corse du Sud (17,6%).
 - Pauvreté et précarité plus élevée dans les **cantons marqués par les activités saisonnières**.
 - Premier rang national de la pauvreté des **personnes âgées** (plus représentées et plus pauvres) :
 - Taux de pauvreté des ménages dont le référent a plus de 75 ans 2 fois plus élevé : 21,3% contre 10,2%. Ce taux est supérieur de 7,5 point pour les 60-74 ans.
 - Minimum vieillesse 3 fois plus qu'en France métropolitaine : 10,8% des personnes de plus de 65 ans (contre 3,3).
 - **Invisibilité de certaines populations** : Travailleurs sans papiers ; Forte augmentation des travailleurs détachés (2ème région après Grand Est) ; victimes de violences intrafamiliales ; ...

Echec scolaire le plus élevé : Le plus faible taux de scolarisation (57,9% contre 64,9% en moyenne en France métropolitaine) et le plus fort taux non scolarisés sans diplôme (32,4% contre 25,4%) pour les 15-24 ans.

Très forte tension sur le logement :

Effet combiné du prix du foncier, de l'importance de l'activité locative saisonnière, du poids des résidences secondaires (37 % contre 9,5 % à l'échelle nationale) et de la faiblesse et la saturation du parc locatif social (9,84 % des résidences principales contre 17% moyenne nationale ; mobilité lente et taux de vacance le plus faible des régions françaises : 1,1 % contre 3,1 % en France métropolitaine). Tension sur le logement social particulièrement élevée sur Ajaccio et Bastia (17,9 et 10,4 sur Ajaccio et Bastia contre 6,1 au niveau national). – Source DDCSPP de Corse du Sud.

Se répercute sur le poids du loyer dans le budget des ménages les plus pauvres, mais aussi sur la sélection qui s'opère sur les locataires.

Santé : Le non-recours aux droits est l'une des maladies de la Corse.

Paradoxe : alors que la pauvreté monétaire est bien supérieure, ...

- Taux de couverture PUMA (Protection Universelle Maladie ; en place depuis janvier 2016 et faisant suite à la CMU de base) inférieur à la moyenne France métropolitaine (2,7% contre 3%). Cette moyenne régionale cache une différence notable entre le très faible taux de la Corse du Sud (2,1%) et le taux supérieur au national en Haute-Corse.
- Part des bénéficiaires de la CMUC très inférieure à la moyenne nationale (5,5 contre 7,2% en 2015). Progression 2 fois moindre (+0.3 points) qu'au niveau national (+0,6 points) qui cache aussi une différence notable entre la Haute-Corse (+13,8% entre 2013 et 2015) et la Corse du Sud (légère baisse).

Par contre taux d'ACS (Aide à la Complémentaire Santé) équivalent au national (1,6%) bien qu'encore assez mal connue des professionnels et des usagers. La Haute-Corse accuse un léger retard (1,4%).

Dispositifs d'aides aux complémentaires moins sollicités qu'au niveau national.

- Nombre d'AME faibles au regard de la connaissance que les acteurs de terrain ont de la population éligible : le taux de couverture peut être estimé entre 3 et 9%.

	2012	2013	2014	2015	2016	Evol. 2016/2012	Remarques
Nombre de bénéficiaires							
CMU (bénéficiaires - moyenne annuelle)	9716	8662	8643	9203			depuis le 1er janvier 2016, avec la mise en place de la protection maladie universelle (Puma), la CMU de base n'existe plus et la notion d'ayant droit majeur disparaît progressivement.
% pop. Corse ayant la CMU	3,02%	2,66%	2,66%	2,83%			
% pop. France métropolitaine ayant la CMU	2,90%	2,91%	2,97%	3,14%			
CMUC (bénéficiaires - moyenne annuelle)	12422	14480	16521	17364	17747		Les données sont transmises par la CNAMTS, la CCMSA, le RSI. 7 359 en 2A et 10 388 en 2B Pour la population, les dernières données connues sont les données des "Populations légales des départements" de l'INSEE 2014, mises à jour au 1er janvier 2017, en population totale.
% pop. Corse ayant la CMUC	3,86%	4,45%	5,08%	5,33%	5,38%		
% pop. France métropolitaine ayant la CMUC	5,95%	6,23%	6,78%	7,09%	7,29%		
Délais de traitement demande CMUC - 2A	20	21	28	33	15		
Délais de traitement demande CMUC - 2B	60	60	30		14		
AME	97	123	229	134			
Nbre AME 2A	39	94	166	74	110		
Nbre AME 2B	58	29	63	60	25		
Accord AME / demandes 2A							
Accord AME / demandes 2AB							
% pop. Corse ayant l'AME							
% pop. France métropolitaine ayant l'AME							

http://www.cmu.fr/effectifs_cmuc.php

Pour aller plus loin :

http://www.adec.corsica/La-pauvrete-en-Corse_a264.html

http://www.corse.fr/Presentation-de-la-publication-du-Panorama-de-la-precarite-et-de-la-pauvrete-en-Corse_a4900.html

http://corse.drjcs.gov.fr/sites/corse.drjcs.gov.fr/IMG/pdf/insee_dossier_corse_n5_complet-2.pdf

http://www.dros-paca.org/fileadmin/DROS_PACA/Etudes/Le_Cahier_Corse_2A_n_2.pdf

http://www.dros-paca.org/fileadmin/DROS_PACA/Etudes/Le_Cahier_Corse_2B_VF.pdf

http://corse.drjcs.gov.fr/sites/corse.drjcs.gov.fr/IMG/pdf/cc_panorama_statistique_72p_complet-2.pdf

<http://www.cereq.fr/articles/Focus/Atlas-academique-des-risques-sociaux-d-echec-scolaire-l-exemple-du-decrochage.-France-Dom-Tom>


MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
Sous-direction santé des populations
et prévention des maladies chroniques
Sylvie Germain
01 40 56 62 39
Sylvie.Germain-dgs@sante.gouv.fr

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS
Sous-direction Régulation de l'offre de soins
Bureau Prises en charge post aigües, pathologies
chroniques et santé mentale
Fabienne Dubuisson
01.40.56.42.47
fabienne.dubuisson@sante.gouv.fr
Johanne LAIR
01.40.56.52.78
johanne.lair@sante.gouv.fr

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE
Direction générale de la cohésion sociale
Service des politiques sociales et médico-sociales
sous-direction de l'inclusion sociale, de l'insertion
et de la lutte contre la pauvreté »,
sous-direction de l'enfance et de la famille
sous-direction de l'autonomie des personnes
handicapées et des personnes âgées
Laurie Chaumontet
01.40.56.75.03
laurie.chaumontet@social.gouv.fr

La Ministre des solidarités et de la santé
à
Mesdames et Messieurs les directeurs
généraux des agences régionales de
santé (pour attribution)

Mesdames et Messieurs les préfets de
région,
Directions régionales de la jeunesse, des
sports et de la cohésion sociale,
Directions de la jeunesse, des sports et
de la cohésion sociale outre-mer,

Mesdames et Messieurs les préfets de
département,
Directions départementales de la
cohésion sociale,
Directions départementales de la
cohésion sociale et de la protection des
populations,

(Pour information)

NOTE D'INFORMATION DGS/DGOS/DGCS en déclinaison de 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 – **Fiche relative au « PRAPS »**

Inscrit pour information à l'ordre du jour du CNP 24 mai 2017 - N°59
Examinée par le COMEX JSCS du 08 juin 2017

Les réflexions autour de la stratégie nationale de santé, concrétisées par la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016, réaffirment la lutte contre les inégalités sociales de santé (ISS) comme priorité nationale. Dans ce cadre, les programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) ont été maintenus comme programmes spécifiques des projets régionaux de santé (PRS) sur la période 2018-2022¹.

Cette fiche vise à rappeler les priorités de la politique nationale en direction des plus fragiles qui devront figurer dans les prochains PRAPS.

I- Enjeux : réduire les inégalités sociales de santé et agir auprès des personnes les plus éloignées du système de santé

« Notre système de santé est performant mais inéquitable »²

- Les ISS résultent des différences de gradient social dans la population qui est ainsi concernée dans son ensemble. L'approche populationnelle, qui consisterait à réduire la lutte contre les ISS à certains groupes jugés précaires, ne doit plus être privilégiée. Elle est en effet de nature à stigmatiser négativement certains groupes et à exclure du champ d'action des populations parfois « invisibles ».
- La priorité doit être donnée à l'action sur les déterminants sociaux systémiques (accès aux soins), environnementaux (logement, emploi...) et comportementaux (nutrition, addictions...) qui influencent l'état de santé et participent aux ISS³.

Cependant, il est encore nécessaire de privilégier, au sein d'une politique globale de réduction des inégalités de santé, des dispositifs adaptés aux situations des personnes les plus démunies ou en voie de précarisation, de façon à prévenir ou réduire les effets sur la santé de leur fragilité sociale.

- La construction des 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 portée par la LMSS. A ce titre, vous veillerez à la bonne articulation entre vos schémas régionaux de santé (SRS) et vos PRAPS, puisque ces derniers ont vocation à développer/décliner l'ensemble des éléments (objectifs, actions...) inscrits dans le SRS.

¹ Articles L.1434-2 et L.1432-1 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Article R.1434-11 du décret n°2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé.

Instruction n°2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application des articles 158 et 162 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé.

² <http://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante> Mis à jour le 14 février 2017

³ Journée des référents PRAPS des ARS et des référents des pôles sociaux des DRJSCS organisée le 14 octobre 2016

II- Parcours de santé

a) Eléments de politique nationale

Certaines spécificités qui émanent de politiques nationales récentes sont à prendre en compte dans l'élaboration d'un parcours traitant de la précarité et de l'accès aux soins des personnes les plus démunies ou les plus éloignées du système de santé. Elles sont rappelées ci-dessous.

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)⁴, créées par la loi de lutte contre les exclusions de 1998, constituent un dispositif majeur pour faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier ainsi qu'aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Elles visent à répondre aux besoins sanitaires des personnes en situation de précarité, leur accès aux soins médicaux dans une offre de proximité étant souvent difficile du fait de leurs conditions de vie. Dans le cadre de l'arrivée croissante de personnes migrantes, les PASS ont été fortement sollicitées, c'est en effet sur ce dispositif que convergent les demandes en attendant que les procédures d'accès à une couverture médicale soient mises en place.

La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique (nouvel article L.1110-13 du code de la santé publique) font l'objet de référentiels élaborés par la Haute Autorité de Santé (HAS) qui seront disponibles en mai 2017. La médiation sanitaire s'adresse aux institutions et professionnels qui interviennent dans le parcours de soins (entrée dans le système, accompagnement, fin de vie...) des personnes les plus éloignées des systèmes de prévention et de soins. Par les moyens que vous jugerez les plus pertinents, vous vous assurez de l'appropriation de ces référentiels par les différents acteurs que vous aurez repérés, soit parce qu'ils sont déjà engagés dans des actions de médiation sanitaire, soit parce qu'ils pourraient l'être au vu de votre analyse du parcours de soins.

L'intégration de la médiation sanitaire dans les systèmes de soins au niveau du territoire en sera ainsi facilitée.

Dans ce cadre, quatre situations sont à considérer plus particulièrement :

- **Les personnes migrantes** en provenance de pays tiers sont intégrées dans un parcours de soins qui s'appuie sur le droit commun (PASS, EMPP, CLAT, CeGIDD, PMI...). Il convient de rappeler que les personnes en situation irrégulière bénéficient d'ouverture de droits (AME) et de soins, notamment grâce aux PASS; que, dès lors que sa demande d'asile est enregistrée en préfecture, toute personne a droit à la prise en charge de ses frais de santé pour elle-même et sa famille (CMU-c), et qu'une personne réfugiée est également en situation régulière sur le territoire.

Dans le cadre de la crise migratoire, vous avez démontré vos capacités d'organisation locale pour faire face aux besoins de personnes très éprouvées, tout en garantissant un haut niveau de sécurité sanitaire. Le Minsanté CORRUSS du 21 novembre 2016 est venu conforter vos actions en rappelant les grandes lignes de la prise en charge sanitaire des personnes migrantes.

La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique doivent être intégrés tout au long du parcours de soins des personnes migrantes afin de garantir un haut niveau de santé individuelle et collective. Nous vous invitons à nous faire connaître vos éventuels besoins en la matière.

⁴ La circulaire DGOS du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des PASS constitue la référence pour ce dispositif.

Par ailleurs, il convient de rappeler qu'une procédure d'ouverture accélérée des droits à l'assurance maladie a été mise en place en octobre 2016 pour les personnes gravement malades qui arrivent en France dans le cadre des programmes européens de relocalisation (demandeurs d'asile) et de réinstallation (réfugiés).

- **La fin de vie** est une étape du parcours de soins. Les nouvelles dispositions relatives à la fin de vie (loi n°2016-87 du 2 février 2016) ont été suivies de la publication d'outils⁵ (campagne nationale de décembre 2016 destinée aux professionnels de santé et du médico-social, plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie). Dans ce cadre spécifique, la médiation est de nature à faciliter la compréhension des étapes et des mesures mises en place pour accompagner la fin de vie pour des personnes éloignées du système de soins (rédaction de directives anticipées, etc.), y compris des personnes en hébergement précaire ou en hébergement d'urgence.

- Le **chômage** est un déterminant social qui reste insuffisamment identifié dans les politiques de santé. Parmi les récents rapports sur le sujet figure celui du Conseil économique, social et environnemental (CESE) de mai 2016 : http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2016/2016_02_impact_chomage_entourage.pdf.

Une politique nationale est en cours de réflexion, notamment sur la médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique, pour intégrer ce déterminant dans la réduction des ISS, et sur l'articulation pôle emploi/ missions locales.

- Enfin, **les personnes vivant dans un habitat dégradé** représentent une population fragile sur laquelle une attention particulière doit être portée. Le logement constitue en effet un déterminant environnemental de santé fondamental. L'OMS a ainsi montré (guide pour un urbanisme centré sur les habitants) comment des conditions favorables d'habitat améliorent la santé des populations. Agir contre l'habitat insalubre permet donc de réduire les inégalités sociales de santé. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf>

D'autres populations feront l'objet d'une attention particulière, en particulier les personnes sous tutelle, les personnes handicapées, les enfants (notamment dans leurs premières années de vie), les adolescents, les étudiants et les femmes en situation de précarité dont les besoins spécifiques devront être bien pris en compte.

En dehors des référentiels de la HAS relatifs à la médiation sanitaire et à l'interprétariat cités précédemment, vous pourrez prendre appui sur d'autres recommandations émises récemment, que ce soit par l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) qui a émis en 2016 un document sur la santé en CHRS⁶, l'Agence Nouvelle des Solidarités Actives (ANSA) qui a contribué à la réflexion sur une meilleure prise en charge des personnes sans domicile⁷ ou d'autres organismes.

Pour les outre-mer, vous prendrez en compte, notamment, la stratégie nationale de santé pour les outre-mer présentée par la ministre de la santé en 2016.

⁵ Ces outils sont accessibles sur les sites du ministère chargé de la santé, de la HAS, de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), du Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie (CNSPFV).

⁶ http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP-Prise_en_compte_de_la_sante_en_CHRS-PDF_INTERACTIF.pdf

⁷ https://www.solidarites-actives.com/pdf/Ansa_Contribution18_SanteHebergement_juin2016.pdf

b) Des solutions innovantes ou adaptées dans les régions

Le PRAPS doit bien entendu s'adapter aux situations régionales et définir les priorités qui se dégagent du diagnostic territorial que vous aurez établi. Sa mise en place s'appuie sur certains leviers.

III- Principaux leviers

a) La prise en compte de la précarité de manière transversale dans toutes les politiques de santé publique et l'approche décloisonnée

La précarité et la vulnérabilité sanitaires sont des problématiques qui ne peuvent pas être prises en compte uniquement par des dispositifs spécifiques. Elles nécessitent une approche transversale qui passe en premier lieu par le droit commun, en articulation avec les dispositifs type LHSS, LAM, ACT, CSAPA, CAARUD, etc.

A titre illustratif, la question du vieillissement précoce des personnes vivant à la rue implique l'articulation entre plusieurs acteurs du système médico-social afin d'apporter des réponses adaptées, notamment via une adaptation du droit commun à ce public particulièrement vulnérable. Les partenariats avec les conseils départementaux sont à consolider sur ce sujet.

Ainsi, certaines ARS ont opté pour la mise en place d'un référent précarité dans des fonctions transversales, ce qui permet d'adopter une approche décloisonnée et transversale de la prise en charge des publics les plus vulnérables dans toutes les démarches de prévention, de promotion et de protection de la santé. Ces démarches sont à encourager, l'accès au droit commun devant être recherché.

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

La mobilisation autour du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale aux niveaux régional et départemental a été renforcée en 2016⁸. La priorité a été donnée à l'élaboration et à la mise en œuvre de feuilles de route régionales du plan répondant aux besoins propres à chaque territoire, ainsi qu'à la mise en place des plans départementaux d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD), schémas départementaux des services aux familles, de la domiciliation et de l'amélioration de l'accessibilité des services au public.

L'articulation entre les Agences régionales de santé et les Directions régionales [et départementales] de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale est nécessaire, pour garantir l'adéquation des objectifs portés par les ARS et les services de la cohésion sociale en matière d'accès aux soins des plus démunis dont l'état de santé est un facteur aggravant d'exclusion sociale.

Compte-tenu de la mobilité et de l'invisibilité sociale de certains publics, la politique de lutte contre la pauvreté permet de mieux identifier des lieux de vie sur lesquels se porteront les actions spécifiques du PRAPS et leurs financements adaptés. En outre, le PRAPS est un levier majeur de l'amélioration de l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables. Dans cette optique, les démarches transversales, d'aller-vers et d'accompagnement spécifiques sont autant d'outils pour la réduction des ISS.

⁸ Circulaire Premier Ministre n°5878/SG du 18 juillet 2016

c) La coordination des politiques publiques

Au plan local, l'échange d'information et d'expérience des différents acteurs intervenant dans un cadre multisectoriel sera favorisé. Cette coordination des politiques publiques, qui doit s'inscrire notamment dans le cadre de la loi « Notre »⁹ de 2015, devra s'articuler avec les services sociaux des collectivités, notamment ceux des conseils départementaux, les différents régimes d'assurance maladie (général, agricole, régime des indépendants – RSI) et s'appuyer sur les acteurs de proximité, dont les CCAS. Cette coordination prendra place au sein des commissions de coordination des politiques publiques de santé¹⁰ dans les champs de la prévention, de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social. L'articulation avec les contrats locaux de santé et les ateliers santé ville est de nature à favoriser le dynamisme local des partenariats.

La coordination intersectorielle avec les institutions que vous aurez repérées comme jouant un rôle important dans le champ des ISS (rectorat, assurance maladie, pôle emploi...) constitue un levier important pour la mise en place des PRAPS.

La coordination intersectorielle avec les acteurs dans le cadre des schémas et comités départementaux des services aux familles, plans départementaux de lutte contre l'habitat indigne et des plans départementaux pour l'accès au logement et à l'hébergement des personnes défavorisées (services de la cohésion sociale, services intégrés d'accueil et d'orientation, associations...) est également à privilégier. Le décloisonnement des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux doit aussi être recherché. Par exemple, les EMPP, les LHSS, les LAM et les ACT peuvent développer davantage des liens avec les acteurs de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion.

d) Les conseils territoriaux de santé

Leur composition et leur fonctionnement sont définis par décret¹¹. Ils constituent l'instance privilégiée pour discuter de la mise en place et du suivi des PRAPS, notamment en réponse aux besoins de la population sur le territoire et l'organisation des parcours de santé.

IV- Exemples d'actions pour réduire les ISS, à destination des personnes démunies ou en voie de précarisation

a) Des actions pour améliorer l'accès aux droits de santé et le parcours de soin entre PASS et médecine de ville.

Les partenariats avec les caisses primaires d'assurance maladie sont essentiels afin de favoriser l'accès aux droits de santé, lutter contre le non recours et éviter les ruptures de parcours des publics précaires.

Certaines PASS, notamment en Ile-de-France, développent par ailleurs une réflexion pour définir des critères et des modes d'organisation pour orienter la décision du parcours de soins entre la PASS et la médecine de ville.

⁹ Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République

¹⁰ Décret n° 2010-346 du 31 mars 2010

¹¹ Décret n°2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé

Les démarches innovantes sont à encourager. Les besoins des territoires (ruralité et enjeux de mobilité, milieu urbain et taux de pauvreté importants, accueil de migrants, redéploiement des sites suite à l'organisation des grandes régions...) déterminent les orientations des activités des PASS.

L'évaluation des rapports d'activité des PASS, la qualité des partenariats, la modélisation d'un cahier des charges précisant leurs missions sont des outils nécessaires à leur déploiement, leur adaptation aux besoins et leur efficacité.

b) Les programmes « d'aller vers » les populations les plus éloignées du système de soins.

Le programme national de médiation sanitaire, porté par la Fédération Nationale des Associations solidaires d'action avec les tsiganes et les gens du voyage (FNASAT) dans la convention 2017-2019 qui la lie à la DGS, permet des actions de médiation en direction de populations vivant en bidonvilles ou en mode nomade.

D'une manière générale, le développement de partenariats pour mettre en place toutes formes d'actions de médiation sanitaire qui seront conformes aux référentiels de la HAS est encouragé dans vos régions.

Par ailleurs, les populations les plus vulnérables nécessitent d'être ciblées par des démarches d'« aller-vers » pluridisciplinaires (santé mentale, bucco-dentaire, etc.). Elles doivent pouvoir être accompagnées vers le droit commun de manière à les inscrire dans un parcours de soins pérenne et continu.

Ainsi, le développement d'une offre de PASS mobiles est à encourager en ce qu'elle permet une démarche hors-les-murs destinée aux publics les plus éloignés du système afin de lutter contre le non recours et les ruptures. Il en est de même de la prise en compte de professionnels de soins dans les équipes de maraude.

De la même manière, les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) doivent prendre en compte, dans leurs modalités et lieux d'intervention, et les partenariats qu'elles développent, l'hétérogénéité des situations de vie des personnes en situation d'exclusion. Les partenariats avec les acteurs de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion (AHI), qui concentrent l'accueil de personnes en grande précarité, en situation de souffrance psychique pour certains, doivent être développés.

c) Prise en charge sanitaire des migrants de pays tiers

Les échanges d'expérience organisés sous l'égide du CORRUSS ont, notamment, mis en évidence des systèmes d'entrée dans le parcours variables d'une région à l'autre (centres d'examen de santé, urgences hospitalières, PASS, médecine de ville...). Deux ARS, l'Île-de-France et les Hauts-de-France, plus particulièrement confrontées à la problématique des campements, ont mis en place des solutions innovantes (bilans d'orientation infirmiers, antenne de PASS au sein du campement...). Nous vous invitons à poursuivre ces partages d'expériences. Des conférences téléphoniques nationales seront organisées en ce sens.

V- Des indicateurs partagés au niveau national

La DGS et la DREES vont organiser une réunion nationale au 2^{ème} trimestre 2017. Elle a pour objectif de définir des indicateurs communs pour un suivi homogène des PRAPS sur tout le territoire national.

Ces indicateurs viendront compléter les indicateurs que vous aurez déjà pu mettre en place dans vos régions.

La Directrice Générale de l'Offre de Soins

Cécile Courrèges

Le Directeur Général de la Santé

Professeur Benoît Vallet

Le Directeur Général de la cohésion sociale,

Jean-Philippe Vinquant

1. Etudes et documents nationaux

Santé des plus démunis

- 1.1. [« Comment améliorer les parcours de soins des publics « précaires » ? - Le point de vue des usagers » - adsp n° 96 septembre 2016 \(d'après Étude des parcours de soins personnes en situation de précarité. Spécificité en rapport avec l'environnement local - Rapport final, janvier 2016, 147 p.\)](#)
- 1.2. [Etude du Défenseur des droits « Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. » - Une analyse de discours de médecins et dentistes », Caroline DESPRES & Pierre LOMBRAIL, laboratoire LEPS de l'université Paris XIII.](#)
- 1.3. [« 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.](#)
- 1.4. [« Inégalités sociales de santé et accès aux soins » - Pierre Lombrail, Jean Pascal - Presses de Sciences Po \(P.F.N.S.P.\) | « Les Tribunes de la santé » 2005/3 n°8 | pages 31 à 39.](#)
- 1.5. [« Approches politiques de réduction des inégalités de santé : Déterminants sociaux de la santé et déterminants sociaux des inégalités de santé ».](#)
- 1.6. [Rapport de l'académie nationale de médecine « Précarité, pauvreté et santé »- juin 2017.](#)
- 1.7. [« Santé et accès aux soins des personnes démunies en France », Ordre de Malte, 2016-2017.](#)
- 1.8. [Atlas national des situations de fragilité - Territoires et publics seniors - Version enrichie 2017-2018.](#)
- 1.9. [« Relation de soins et grande précarité - Une approche autour du concept d'attachement » ; Thomas Locquet – Promotion 2007-2010 – IFSI Pitié-Salpêtrière - Travail de fin d'étude du Diplôme d'État de Soins infirmiers.](#)
- 1.10. [« Santé et accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité », rapport du Haut conseil à l'égalité femmes / hommes n°2017-05-29-SAN-O27, 29 mai 2017.](#)
- 1.11. [« Hébergement pour les personnes sans-abris vieillissantes » - EHESP - Module interprofessionnel de santé publique - 2014 - Sous la direction de J. MAGNAVACCA.](#)

Pauvreté-précarité

- 1.12. [« En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté » – 3^{ème} édition \(2017\) – ATD Quart Monde.](#)

Echec scolaire

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

Renoncement – non recours

- 1.14. [« Les Plateformes d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé \(PFIDASS\). Une évaluation au prisme de leurs bénéficiaires et des acteurs qui les mettent en œuvre » - Rapport de l'accompagnement scientifique effectué par l'ODENORE de l'expérimentation nationale PFIDASS de l'Assurance Maladie – : H. Revil, Chercheure à l'ODENORE/PACTE/CNRS, Université Grenoble-Alpes - ODENORE, Mars 2017.](#)

2. Etudes et documents région Corse

Pauvreté, précarité en Corse

- 2.1. http://www.adec.corsica/La-pauvrete-en-Corse_a264.html
- 2.2. http://www.corse.fr/Presentation-de-la-publication-du-Panorama-de-la-precarite-et-de-la-pauvrete-en-Corse_a4900.html
- 2.3. http://corse.drjscs.gouv.fr/sites/corse.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/insee_dossier_corse_n5_complet-2.pdf
- 2.4. http://www.dros-paca.org/fileadmin/DROS_PACA/Etudes/Le_Cahier_Corse_2A_n_2.pdf
- 2.5. http://www.dros-paca.org/fileadmin/DROS_PACA/Etudes/Le_Cahier_Corse_2B_VF.pdf
- 2.6. http://corse.drjscs.gouv.fr/sites/corse.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/cc_panorama_statistique_72p_complet-2.pdf
- 2.7. [Evaluation du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale – DRJSCS 2016.](#)
- 2.8. Journée régionale du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (8/11/2016) – Feuille de route 2016-2017 – DRJSCS de Corse.
- 2.9. Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale – Région Corse – Synthèse de la journée régionale du 8 novembre 2016 – ANSA.
- 2.10. [« Règlement régional d'intervention dans les secteurs santé, social-solidarités », Assemblée de Corse – Rapport N° 2012/E4/194 de Monsieur le Président du Conseil Exécutif, 20-21/12/2012.](#)
- 2.11. [PADDUC- Annexe 1 - Charte régionale de lutte contre la précarité – 2015.](#)
- 2.12. [« Stratégie relative à l'élaboration d'un plan de lutte contre la précarité » ; Assemblée de Corse - Rapport N° 2016/O2/162 de Monsieur le Président du Conseil Exécutif, 30/09/2016.](#)
- 2.13. [« Plan de lutte contre la précarité et la pauvreté » - CTC – Mars 2017.](#)

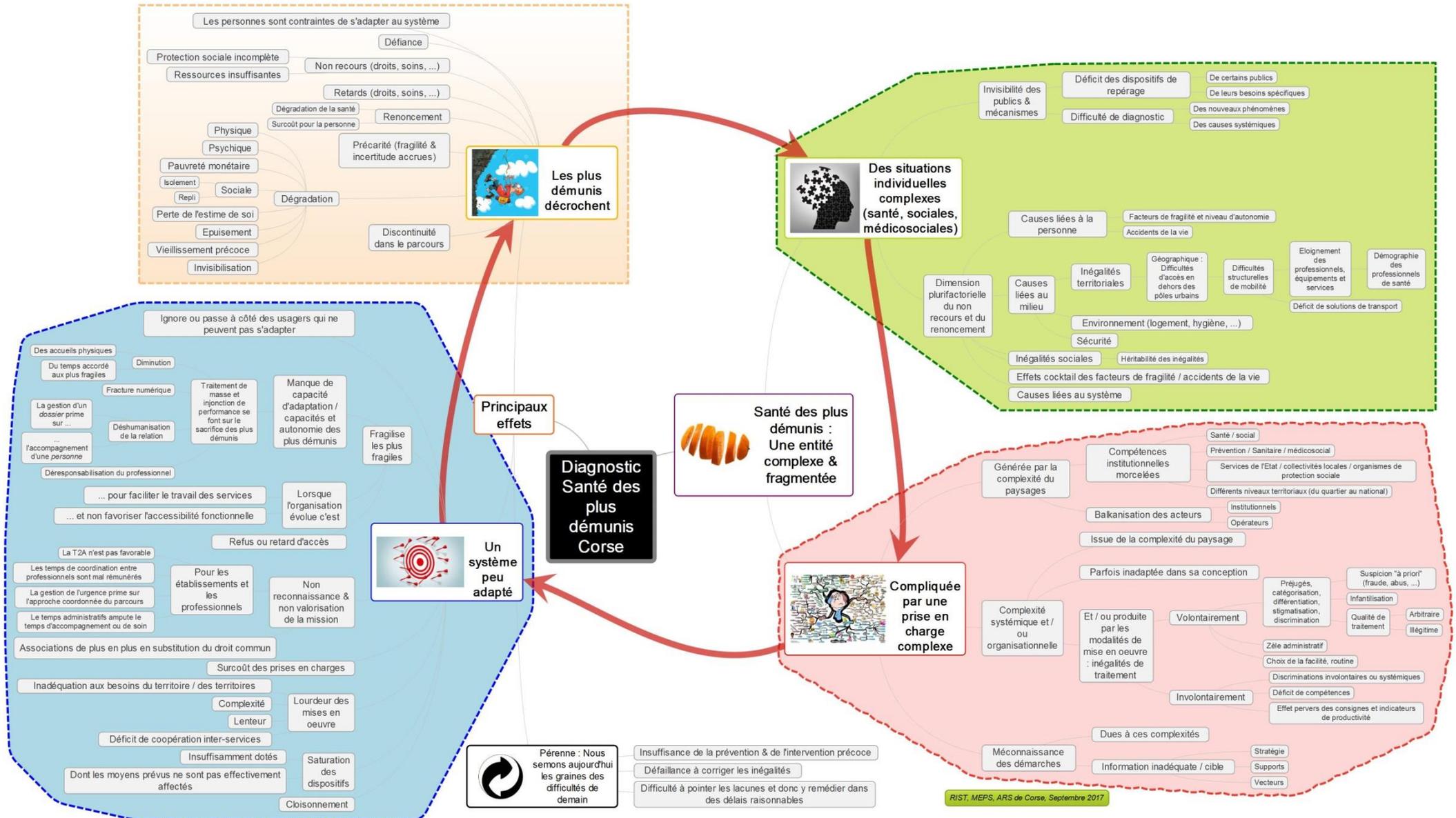
Santé

- 2.14. [Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins \(PRAPS\) PRS/Corse 2012-2016.](#)
- 2.15. « Une analyse systémique sur le renoncement aux soins en région Corse » - ORS de Corse 2017.
- 2.16. « La coordination des politiques en faveur de l'accès aux soins pour les personnes vulnérables en Corse et sur l'élaboration d'un schéma de gouvernance des principaux acteurs » - IRA 2016-2017, 36^{ème} promotion. Thierry Avice, Sandy Beaufiles, Guillaume Lestringant, Laetitia Lormières, Elodie Wolff.
- 2.17. [Santé et accès aux soins des personnes démunies en France, Ordre de Malte, 2016-2017.](#)
- 2.18. Programme Régional de Santé de Corse – « Quel diagnostic pour les territoires ? », ARS de Corse, septembre 2017.

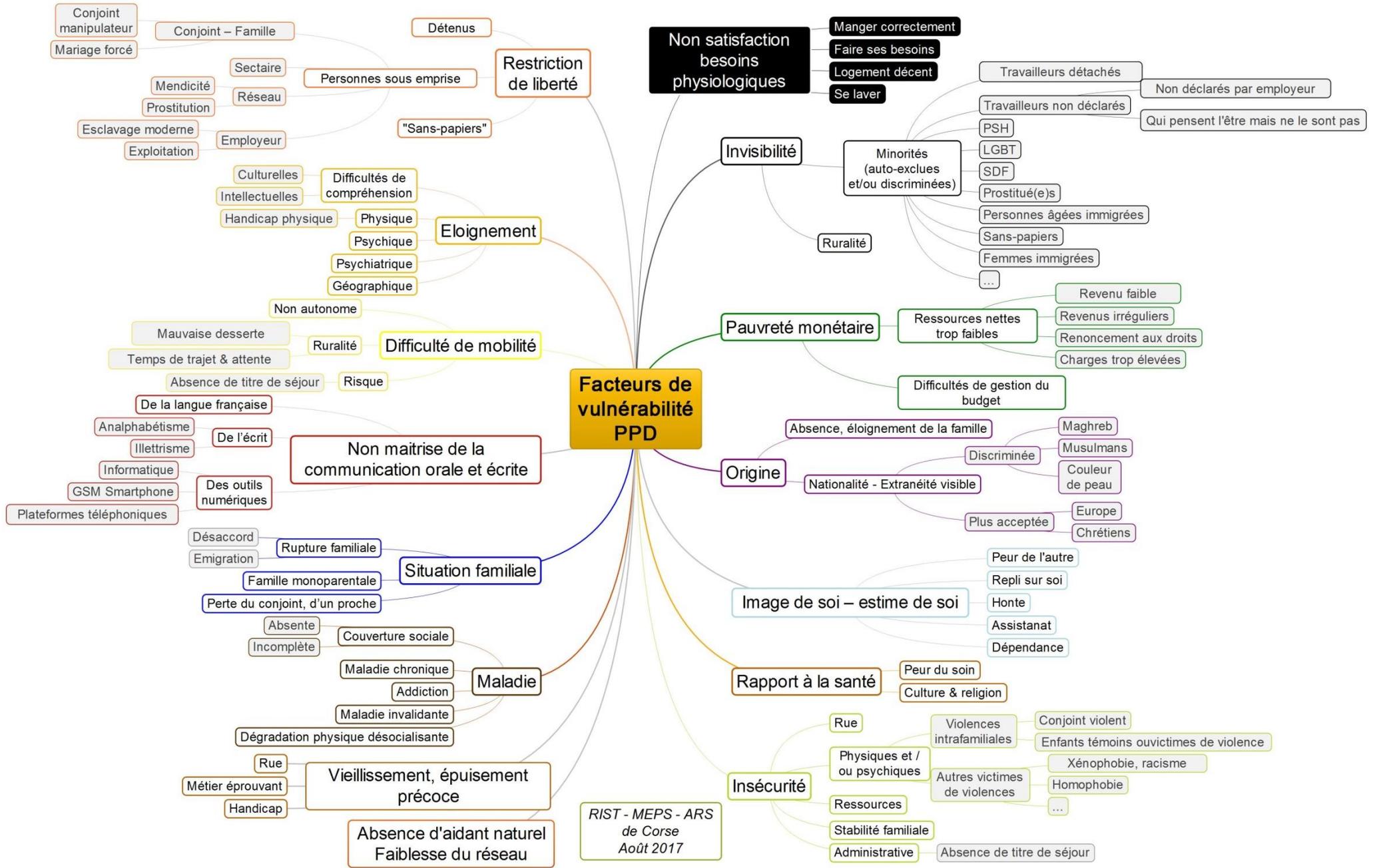
3. Guides pratiques

- 3.1. [Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement - édition 2015 - Guide pratique pour les professionnels - Comede.](#)

Annexe 5 – Cercle vicieux de la santé des populations les plus démunies



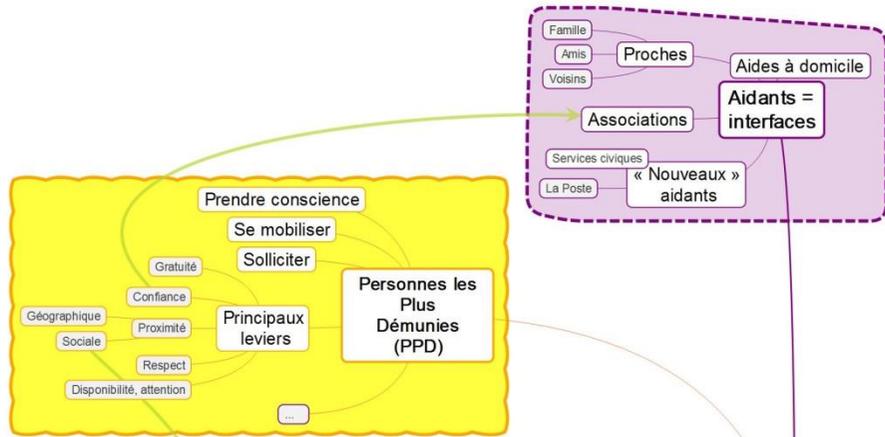
Annexe 6 – Principaux facteurs de vulnérabilité des populations les plus démunies



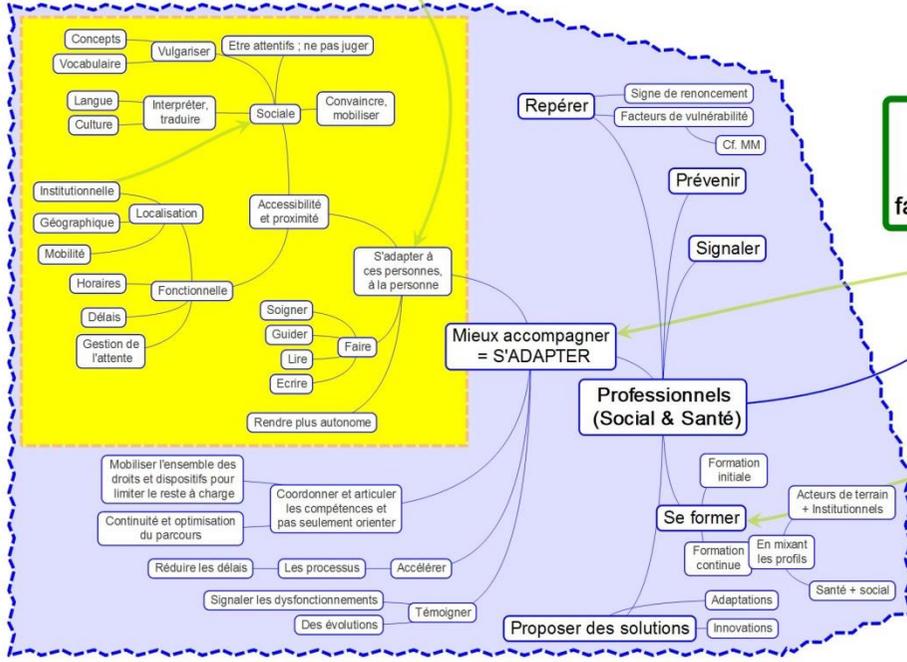
RIST - MEPS - ARS
de Corse
Août 2017

Annexe 7 – Principaux leviers pour améliorer la santé des populations les plus démunies

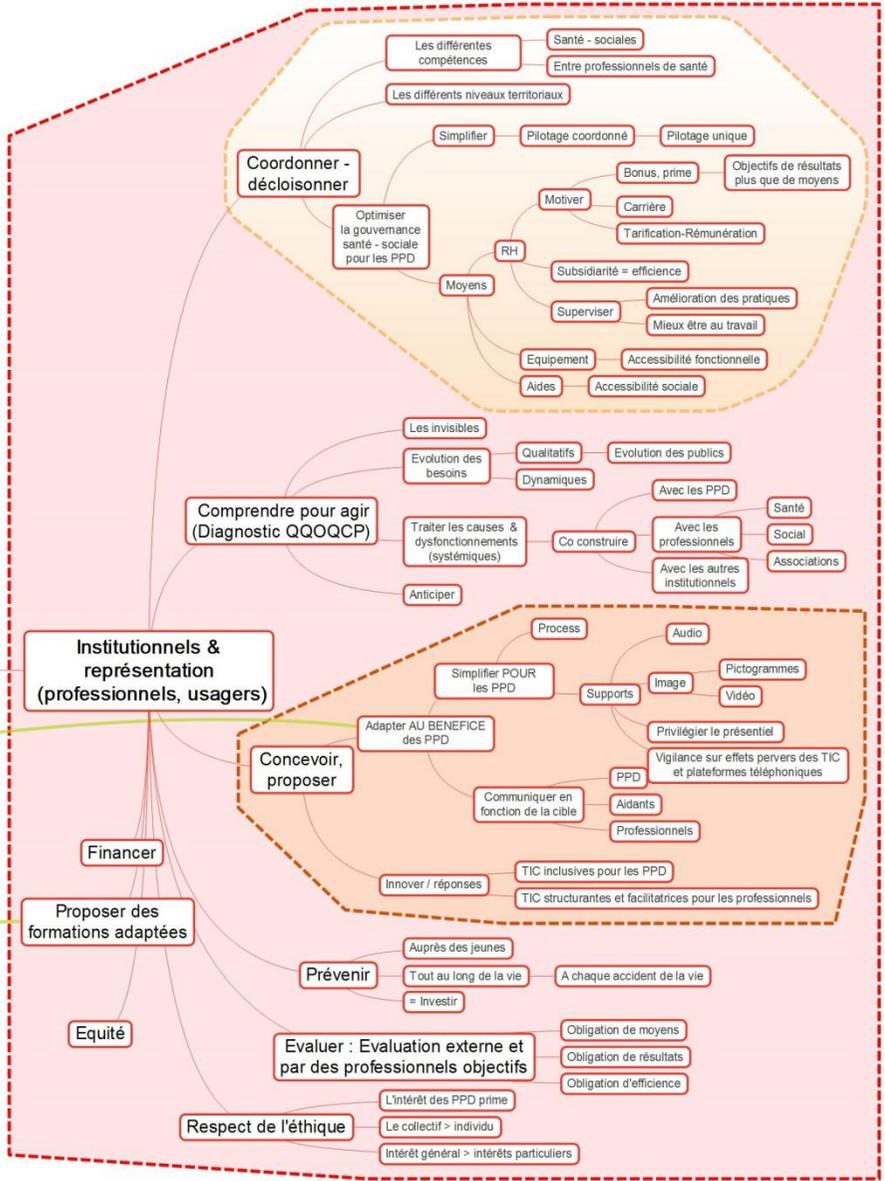
Les parcours et approches thématiques ou filières peuvent être interrogés au travers de cette grille afin de mieux appréhender l'accès à la santé des personnes les plus démunies, l'adéquation des réponses actuelles et des pistes d'actions à intégrer dans le Schéma Régional de Santé et / ou le PRAPS



Leviers PRAPS 2018-2022 Pistes d'actions par famille d'acteurs cibles



RIST - MEPS - ARS de Corse 2017



- Validation de la feuille de route en janvier 2017.
- Exploitation d'études et documents :
 - en Corse : Bilan PRAPS, diagnostics PASS, étude ORS sur le renoncement aux soins, Plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions et des ruptures (PLANIR) des CPAM, rapport des étudiants de l'Institut Régional d'Administration, travaux des contrats locaux de santé, Plan de lutte contre la pauvreté, Plans départementaux d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD), Plan de lutte contre la précarité et la pauvreté...
 - Etudes et documents nationaux (cf. principaux éléments de biblio-webographie en annexe 4).
 - Productions intermédiaires
 - Facteurs de vulnérabilité (annexe 6)
 - Diagnostic PRAPS : cercle vicieux de la santé des plus démunis (annexe 5)
 - Leviers (annexe 7)
- Ateliers :
 - Porto-Vecchio ;
 - Personnes en situation de handicap et leurs accompagnants (Pumonte et Cismonte) ;
 - Projet territorial de santé mentale (PTSM) Cismonte ;
 - Parcours santé des enfants et des jeunes ;
 - Missions d'appui auprès des trois permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ;
 - ...
- Réunions de l'équipe projet¹⁴ : 6 réunions de mars 2017 à février 2018.
- Production de fiches actions (juin2017-février 2018)
- Présentation aux instances
 - Conférence permanente PRAPS :
 - présentation du bilan du PRAPS 2012-2016 (décembre 2016) ;
 - Validation des axes, objectifs et priorisation des actions (mai 2017) ;
 - Consultation de la conférence permanente PRAPS (avril 2018).
 - Groupe travail CRSA (23/01/2018)
 - Bureaux des Conseils territoriaux de santé (CTS) :
 - Pumonte (08/02/2018)
 - Cismonte (12/02/2018)
- Validation par le comité exécutif de l'ARS (02/10/2017 ; 08/02/218)
- Consultations réglementaires

¹⁴ Equipe projet du PRAPS composée de représentants de l'ARS, de la 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).