



**PROGRAMME REGIONAL
D'ACCES A LA
PREVENTION ET AUX
SOINS DES PERSONNES
LES PLUS DEMUNIES**

SOMMAIRE

Liste des sigles	3
Introduction	5
Axe 1 : Poursuivre l'adaptation de l'offre santé-précarité et en améliorer la lisibilité	10
Objectif opérationnel n°1 : Construire des schémas territoriaux santé-précarité afin d'adapter les ressources aux besoins	10
Objectif opérationnel n°2 : Faciliter le recours aux soins de premier recours pour les plus démunis	11
Objectif opérationnel n°3 : Répondre aux besoins de soins de spécialités identifiées.....	12
Objectif opérationnel n°4 : Communiquer sur l'offre santé-précarité et les actions de promotion de la santé auprès des professionnels et des usagers	13
Objectif opérationnel n°5 : Soutenir la coordination et l'interconnaissance entre acteurs pour une approche globale des situations complexes	14
Axe 2 : Adapter les démarches de prévention à destination des personnes en situation de précarité	16
Objectif opérationnel n°1 : Favoriser une approche globale de la prévention et promotion de la santé et renforcer les thématiques prioritaires	16
Objectif opérationnel n°2 : Développer la pair-aidance et la participation des usagers en santé-précarité	19
Axe 3 : Accompagner les personnes au plus près de leur lieu de vie pour faciliter leur accès aux soins de droit commun.....	21
Objectif opérationnel n°1 : Accompagner les personnes au plus près de leurs lieux de vie... ..	21
Objectif opérationnel n°2 : ... et favoriser leur accès aux soins de droit commun	23
Axe 4 : Prévenir les situations de rupture	25
Objectif opérationnel n°1 : Agir sur les orientations et accompagner les sorties « sèches »	25
Objectif opérationnel n°2 : Soutenir les approches communautaires et de médiation en santé.....	27
Objectif opérationnel n°3 : Mieux prendre en compte le vieillissement précoce	29
Objectif opérationnel n°4 : Coordonner des parcours de soins des migrants en situation de précarité à l'échelle départementale	31
Objectif opérationnel n°5 : Agir sur les représentations et les pratiques des professionnels de santé ..	33
Axe 5 : Agir pour la santé des personnes détenues et sortantes de prison	35

Liste des sigles

ACT : Appartements de coordination thérapeutiques

ACT UCSA : Appartements de coordination thérapeutique « un chez soi d'abord »

AHI : structures d'Accueil d'hébergement et d'insertion

ARS : Agence régionale de santé

ASE : Aide sociale à l'enfance

ASH : Aide sociale à l'hébergement

CAARUD : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de santé au travail

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CD : Conseil départemental

CDAS : Centre départemental d'action sociale

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CIME : Consultations avec interprète en médecine de ville

CLS : Contrats locaux de santé

CLSM : Conseil local de santé mentale

CMP : Centre médico-psychologique

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CRPA : Conseils régionaux des personnes accueillies

CSAPA : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DAC : Dispositifs d'appui à la coordination

DATASAM : Dispositif d'appui technique pour l'accès aux soins et l'accompagnement des migrants

DD : Délégation départementale

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées

ESSIP : Équipes spécialisées de soins infirmiers précarité

EMSP : Équipe mobile santé précarité

EMPP : Équipe mobile psychiatrie précarité

EPCI : Établissement public de coopération intercommunale



ETP : Éducation thérapeutique du patient

FAS : Fédération des acteurs de la solidarité

HAS : Haute autorité de santé

HUDA : Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile

IDE : Infirmier diplômé d'état

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IPA : Infirmier en pratique avancée

IREPS : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé

LAM : Lits d'accueil médicalisés

LHSS : Lits haltes soins santé

OFII : Office français de l'immigration et de l'intégration

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORSB : Observatoire régional de santé de Bretagne

PASS : Permanence d'accès aux soins

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

PRS : Projet régional de santé

PTA : Plateformes territoriales d'appui

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

SRS : Schéma régional de santé

SPASSAD : Services polyvalents d'aide et de soins à domicile

Introduction

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) s'inscrit dans le Projet Régional de Santé (PRS), déclinant pour les personnes en situation de précarité les objectifs définis par le Schéma Régional de Santé (SRS).

Il s'attache à « favoriser un accès facilité et égalitaire à la prévention, à la promotion de la santé et au système de santé, et d'améliorer la cohérence dans le parcours de santé et de vie et de santé des personnes les plus démunies »¹.

Ce programme concourt également aux objectifs du Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale qui vise, dans le domaine de la santé, à construire une nouvelle approche partenariale de proximité pour l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

Les deux précédents programmes ont permis de déployer en région Bretagne :

- Un maillage dense de dispositifs et d'actions qui œuvrent pour faciliter l'accès des personnes les plus démunies au système de santé (Permanences d'accès aux soins de santé, Points santé, Equipes mobiles psychiatrie-précarité, Appartements de coordination thérapeutique, Lits halte soins santé et Lits d'accueil médicalisé...),
- Des actions en prévention et promotion de la santé,
- Des actions prenant en compte tous les besoins (social, logement, emploi...).

Public du PRAPS

Le PRAPS contribue à réduire les inégalités sociales de santé, objectif global du SRS, en développant des actions en direction des publics « précaire ». Selon l'OMS, la précarité est « **l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux** »².

La précarité est une situation de **vulnérabilité** sociale liée à une situation de réduction du soutien social, pouvant, dans sa forme extrême, aboutir à une situation **d'exclusion** (absence de possibilité de bénéficier des mêmes droits sociaux qu'un autre individu). La précarité est une situation dynamique, réversible et multifactorielle. Aussi, la précarité ne se résume pas à la pauvreté économique mais comprend également le manque de sécurité, les personnes en rupture sociale, familiale, les personnes victimes de discrimination.

Si les réalités auxquelles renvoient ces situations d'exclusion et de précarité sont en perpétuel mouvement recouvrant des contextes de vulnérabilité de plus en plus large³, le système de santé se doit d'intégrer, en articulation avec les politiques sociales, dans son organisation les diverses difficultés – qu'elles soient d'ordre économique, sociale, administrative –, qui empêchent les personnes les plus démunies de jouir du droit d'atteindre le meilleur état de santé possible⁴.

C'est pourquoi, le PRAPS s'adresse prioritairement aux personnes en situation de grande précarité avec des difficultés d'accès aux soins, et notamment les personnes sans hébergement/logement, sans droits, ou rencontrant des difficultés de santé mentale dans le logement... Il peut également s'agir des personnes en difficulté dans leur accès aux soins, qui outre leurs freins personnels, sont également confrontés aux représentations du fait de leur origine, de leurs situations socio-économique ou particulière.

¹ Issu du répertoire des dispositifs en santé précarité, ARS Bretagne, 2015.

² Définition contenue dans l'avis adopté par le Conseil économique et social français les 10 et 11 février 1987, sur la base du rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » présenté par Joseph Wresinski.

³ Pascal, J., Abbey-Huguenin, H. & Lombrail, P. (2006). Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? Lien social et Politiques, (55), 115-124. <https://doi.org/10.7202/013229ar>.

⁴ Préambule de la constitution de l'OMS.

Le PRAPS permet d'affirmer une attention spécifique ou propre ou toute particulière portée aux personnes en situation de grande précarité mais au-delà du PRAPS, elles sont prises en compte dans d'autres politiques de l'Agence Régionale de Santé (ARS) déclinées dans le SRS. Aussi, le choix a été fait de ne pas élaborer le PRAPS selon une approche uniquement populationnelle mais de considérer la prévention et l'accès aux soins des publics les plus démunis, en général, et de faire référence, le cas échéant, aux autres objectifs du SRS.

Méthodologie

Le PRAPS 2023-2028 a pour objectif de poursuivre les ambitions des précédents PRAPS, renforcer et structurer l'offre existante, et répondre à de nouveaux enjeux.

Son élaboration a reposé sur :

- La capitalisation des enseignements tirés d'études régionales, nationales, du bilan et des préconisations du précédent PRAPS,
- La définition de territoires santé-précarité,
- L'identification d'enjeux et d'objectifs via la mobilisation de nombreux acteurs au niveau régional et départemental (comités régionaux et départementaux de pilotage PRAPS), commissaire à la lutte contre la pauvreté, délégués du Conseil Régional des Personnes Accueillies et Accompagnées (CRPA)...
- Diverses contributions des acteurs : Fédération des Acteurs de la Solidarité, contribution de divers partenaires...

Ces différents temps ont permis d'identifier les enjeux et pistes d'actions, structurés en 5 axes, étroitement liés entre eux :

1. Poursuivre la transformation de l'offre santé-précarité et en améliorer la lisibilité
2. Adapter les démarches de prévention à destination des personnes en situation de précarité
3. Accompagner les personnes au plus près de leurs lieux de vie pour faciliter leur accès aux soins
4. Prévenir les situations de rupture
5. Agir pour la santé des personnes détenues et sortantes de prison

Toutes les actions, souhaits et initiatives n'ont pu être reprises dans leur intégralité, certaines nécessitant un vecteur législatif. Aussi, ce document ne se veut pas exhaustif et des feuilles de route annuelles ou des plans d'actions annuels, co-construits avec les partenaires et les usagers, permettront d'aller plus loin dans le détail des actions avec des déclinaisons possibles par territoire.

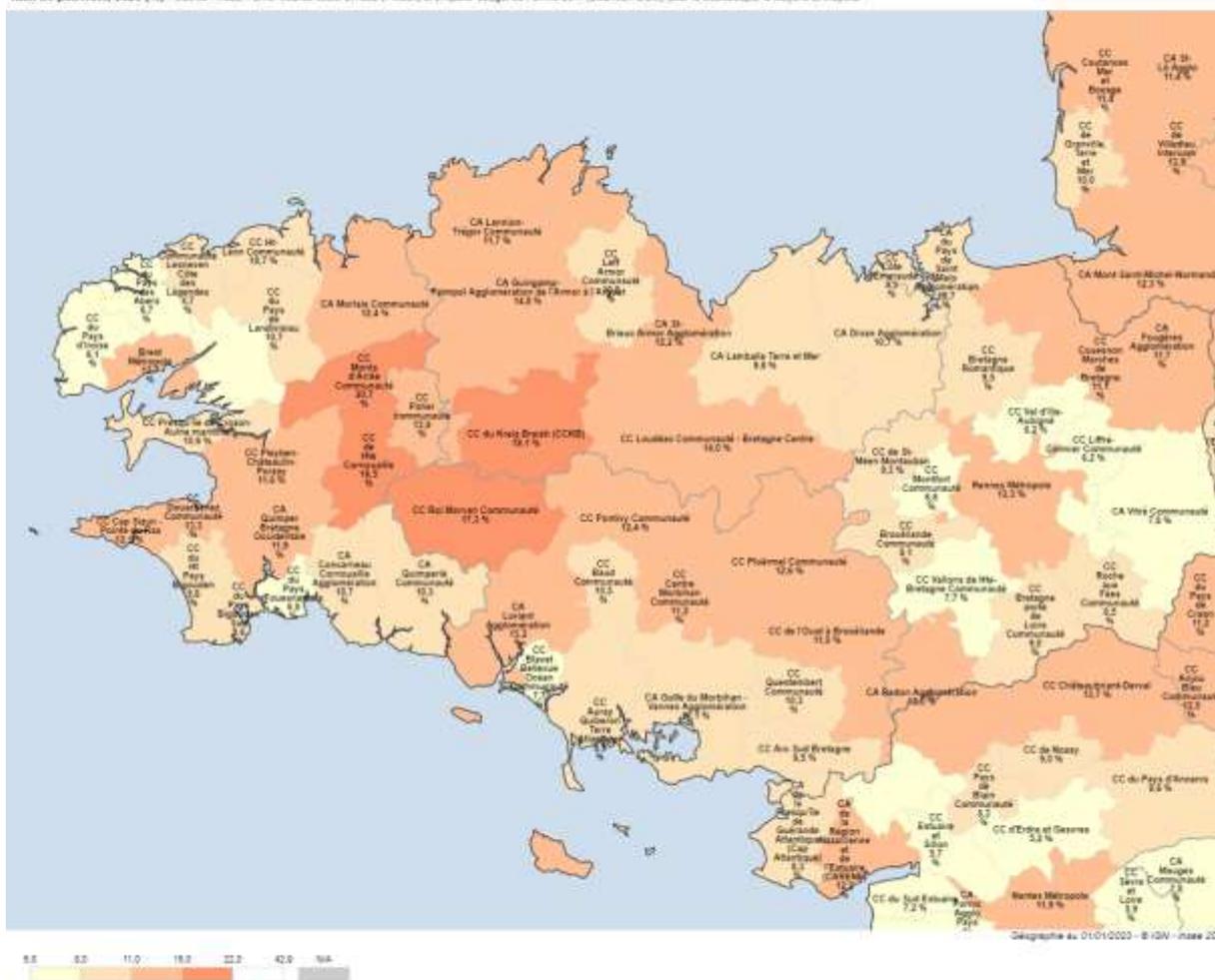
Les actions décrites ci-dessous mobiliseront de nombreux partenaires : les dispositifs santé-précarité (PASS, EMPP, Points santé...), les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), les Conseils départementaux (CD), les collectivités territoriales, les structures médico-sociales « publics en difficultés spécifiques » (PDS), les professionnels du premier recours, l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS), les associations du secteur médico-social et du secteur social, la Fédération des acteurs de solidarité (FAS), l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS), la Fédération des centres de santé, la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP), la Fédération Hospitalière de France (FHF), la Fédération régionale des maisons de santé, les groupes qualité, les écoles de formation initiales des professionnels du soin, les Centres Départementaux d'Action Sociale (CDAS), France addiction, les centres de santé, les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), la Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail (CARSAT), les représentants des usagers, le Conseil Régional des Personnes Accueillies (CRPA), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), les Contrats Locaux de Santé (CLS)...

Éléments de contexte régional

En 2019, une personne sur dix en Bretagne vit sous le seuil de pauvreté monétaire (10,7 % vs 14,5 % en France métropolitaine)⁵. Cependant, le taux de pauvreté en Bretagne, bien qu'il soit inférieur à la moyenne nationale, **masque des disparités entre les territoires** : près de la moitié (26 sur 65) des Établissements public de coopération intercommunale (EPCI) ont un taux de pauvreté supérieur à la moyenne régionale. Dans le Finistère, les communautés de communes du Monts d'Arrée et de Haute-Cornouaille sont parmi les plus pauvres de la région, avec respectivement des taux de pauvreté de 20,6 % et 15,3 %. De même, dans les Côtes-d'Armor, les intercommunalités du Kreiz-Breizh et de Guingamp-Paimpol Armor-Argoat ont également des taux de pauvreté élevés (17,5 % et 14,1 %).

La situation est également défavorable chez les moins de 30 ans, où le taux de pauvreté gravite autour de 20 % et atteint 26 % dans les métropole brestoises et rennaises.

Taux de pauvreté, 2020 (%) - Source : Insee, Fichier localisé Siret et base (Filsol) et Échelle 'Budget de Famille 2017' (extension DOM) pour la Guadeloupe, la Guyane et Mayotte



La part des allocataires recevant une prestation qui constitue la totalité des revenus suit la même logique que la répartition du taux de pauvreté, ainsi, les communautés de communes avec le taux de pauvreté le plus élevé sont les plus dépendantes des prestations sociales.

⁵ Synthèse de l'état de santé de la population en Bretagne ORSB Décembre 2022. https://orsbretagne.typepad.fr/2023/JANVIER/2-06-01-2023_ORS_Synthese_FDS-COMPLET.pdf

En ce qui concerne le **revenu médian**, la situation semble également favorable pour la Bretagne où le niveau de vie annuel médian est de 21 990 € en 2019, dépassant légèrement le niveau de vie national (21 930 €). Les revenus médians les plus faibles s'observent parmi les intercommunalités du Kreiz-Breizh, du Roi Morvan et des Monts d'Arrée, toutes situées dans le Centre Bretagne, et dont les revenus sont inférieurs à 19 800 €. Inversement, les revenus médians les plus élevés se situent parmi les communautés de communes se situant en Haute-Bretagne et en Brocéliande Atlantique (24 870 € pour la communauté de communes Pays de Châteaugiron Communauté, 23 400 € pour Rennes métropole, 22 370 € pour la communauté de communes de Brocéliande).

S'agissant de la **situation démographique**, la Bretagne suit la tendance de vieillissement observée dans le reste de la population française où la part des personnes âgées ne cesse de croître. Selon le rapport de l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORSB) sur l'état de santé de la population en Bretagne, publié en 2022, si les tendances démographiques actuelles se maintiennent, « un Breton sur trois sera âgé de 65 ans ou plus en 2050, contre un sur cinq en 2018 »⁶. Ce phénomène de vieillissement semble toucher davantage les communautés de communes situées dans le Finistère et les Côtes-d'Armor tandis que l'Ille-et-Vilaine détient les indices de vieillissement les plus faibles.

Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), la Bretagne compte 1 535 900 résidences principales en 2018 dont 12 % de logements sociaux, un chiffre bien inférieur à la moyenne nationale (17,3 %) ⁷ et insuffisant par rapport à **la part de population sans domicile** qui ne cesse d'augmenter (330 000 en France en 2023⁸). En Bretagne, l'INSEE estimait à 8 072 les personnes sans abri ou vivant en habitations mobiles ou marinières en 2013 (pas d'actualisation depuis).

Par ailleurs, la crise sanitaire a durement touché cette population dont les conditions de vie sont d'ores et déjà fragilisées comme peut le sous-tendre l'espérance de vie des personnes sans domicile fixe qui auraient, en 2020, une moyenne d'âge de 48 ans lorsqu'elle décèdent, soit 30 ans de moins que le reste de la population⁹.

Les taux de mortalité prématurée et évitable suivent une tendance similaire au taux de mortalité générale en Bretagne, avec respectivement 199 et 143 décès pour 100 000 habitants, contre 179 et 119 en France.

Ce diagnostic permet d'identifier les enjeux bretons suivants :

- Une population vieillissante, parmi les plus âgées en France,
- Un taux de pauvreté favorable à la région bretonne mais des disparités parmi les communautés de communes et les jeunes,
- Des indicateurs de mortalité défavorables,
- Une faible part de logements sociaux parmi les résidences principales.

⁶ Synthèse de l'état de santé de la population en Bretagne ORSB Décembre 2022. https://orsbretagne.typepad.fr/2023/JANVIER/2-06-01-2023_ORS_Synthese_EDS-COMPLET.pdf

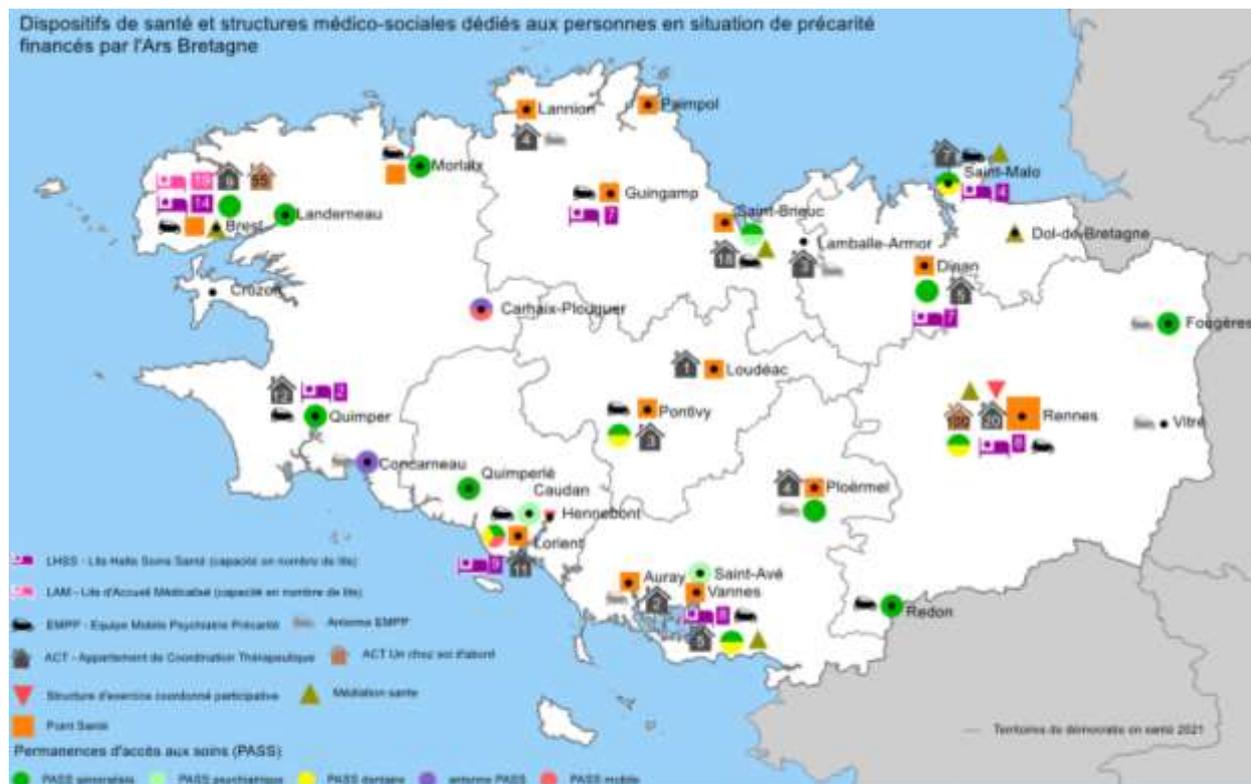
⁷ Fondation Abbé Pierre, L'état du mal-logement en France 2022, Bretagne un éclairage régional, rapport annuel #27.

⁸ Fondation Abbé Pierre, L'état du mal-logement en France 2023, Rapport annuel #28 (https://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/2023-04/REML2023_WEB_DEF.pdf)

⁹ Collectif « Les morts de la rue », Rapport annuel 2021 sur la mortalité des personnes sans domicile en 2020. Accessible en ligne au lien suivant : http://www.mortsdelarue.org/IMG/pdf/Rapport_VF_maquette_2.pdf.

État de l'offre santé-précarité

Le bilan du PRAPS 2018-2022 a souligné le renforcement de l'offre sanitaire et médico-sociale ainsi que la mise en place de nouvelles structures et d'expérimentations. Parmi celles-ci, on retrouve notamment les ACT « Un chez soi d'abord », les PASS dentaires, les dispositifs de l'aller-vers (EMSP, ESSIP, etc.), les ACT « Hors les murs ».



Source : FINES et ARS Bretagne (septembre 2022) - Réalisation : ARS Bretagne, septembre 2022
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artologie

0 30 60 km

Axe 1 : Poursuivre l'adaptation de l'offre santé-précarité et en améliorer la lisibilité

Objectif opérationnel n°1 : Construire des schémas territoriaux santé-précarité afin d'adapter les ressources aux besoins

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Avec l'évolution de la recherche scientifique sur les inégalités sociales de santé et les déterminants sociaux, il est nécessaire d'avoir une approche plus globale sur les indicateurs socio-économiques et de santé qui peuvent traduire l'accumulation de fragilités de certaines populations. A cet égard, l'identification des territoires les plus vulnérables permet d'adapter les politiques et actions aux territoires et groupes les plus défavorisés, contribuant ainsi à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé. La complémentarité entre les différents dispositifs sera recherchée. Ces schémas permettront d'adapter l'offre de premiers recours et des soins spécialisés.

LES PRINCIPALES ACTIONS À MENER : QUE VEUT-ON FAIRE ?

Construire des schémas santé-précarité pour chaque EPCI ou regroupement d'EPCI et les actualiser en fonction des nouvelles données disponibles.

Ces schémas permettront de :

- Identifier pour chaque territoire les difficultés et les besoins,
- Identifier l'articulation, les complémentarités entre chaque structure,
- Définir des pistes d'actions et perspectives afin de renforcer l'offre,
- Répondre aux problématiques d'accès aux soins spécifiques du territoire,
- Rendre lisible et visible l'offre santé précarité.

Objectif opérationnel n°2 : Faciliter le recours aux soins de premier recours pour les plus démunis

LES ENJEUX ET OBJECTIFS : POURQUOI AGIR ?

Actuellement, la saturation des files actives des médecins généralistes rend difficile l'accès aux médecins traitants notamment pour les personnes les plus précaires. Par ailleurs, le délai de carence pour les demandeurs d'asile pour obtenir les droits de santé a induit une augmentation importante de personnes sans droits ouverts dans certains territoires, entraînant une perte de chance pour les personnes en plus d'augmenter les délais de file d'attente des dispositifs « santé-précarité ».

LES PRINCIPALES ACTIONS À MENER : QUE VEUT-ON FAIRE ?

- Conforter les dispositifs de soins de premier recours pour les personnes précaires (Point Santé, PASS, EMPP...) et assurer un accueil en langue maternelle au plus près des besoins des personnes.
- **Fédérer les acteurs sanitaires et sociaux locaux pour proposer un accueil adapté aux particularités du public précaire et améliorer la lisibilité des dispositifs.** Il s'agirait d'étudier le déploiement d'un projet d'accueil pluriprofessionnel pour fluidifier la prise en charge des personnes précaires en prenant en compte les particularités de ce public et fédérer les acteurs afin de constituer une communauté professionnelle « précarité santé ». Un accueil inconditionnel non programmé (ou programmé à très court terme) pourrait être proposé aux patients précaires autochtones ou migrants avec interprète si besoin et, le cas échéant, des soins somatiques, psychologiques et une évaluation sociale.
- **Former les professionnels du premier recours** à la prise en charge des personnes éloignées du soin.
- **Renforcer l'accompagnement à l'accès aux droits de santé et l'orientation vers le droit commun.**
- **Renforcer le lien avec les structures d'exercices coordonnées.**

Objectif opérationnel n°3 : Répondre aux besoins de soins de spécialités identifiées

LES ENJEUX ET OBJECTIFS : POURQUOI AGIR ?

Au-delà de l'importance de permettre l'accès au premier recours, certaines spécialités demeurent encore plus difficilement accessibles aux personnes en situation de précarité telles que la dermatologie, l'ophtalmologie, les soins dentaires ainsi que la santé mentale. En effet, les soins médicaux et leur accessibilité varient en fonction de la position sociale des individus, plus on monte dans la hiérarchie sociale, plus on observe un recours accru à des soins plus spécialisés avec davantage d'analyses biologiques, de recours aux médecins spécialistes, aux kinésithérapeutes, aux dentistes. En revanche, dans les milieux modestes, les individus ont davantage tendance à se tourner vers les hôpitaux plutôt que vers les services de médecine de ville pour leurs besoins en soins primaires.

Par ailleurs, la désertification médicale ne cesse d'augmenter, entraînant des inégalités d'accès aux soins pour les populations les plus démunies. Selon un rapport sénatorial¹⁰ établi par la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable et déposé le 29 mars 2022, il a été révélé que 30,2 % de la population française vit dans un désert médical. En Bretagne, le zonage médecin des territoires de vie-santé réalisé par l'ARS en 2020¹¹, fait ressortir que 10,9 % de la population bretonne vit dans des zones tendues (zones d'intervention prioritaires) nécessitant des aides spécifiques (aides de l'Etat issues du Pacte Territoire Santé, aides conventionnelles de l'Assurance maladie...) afin de faire face à l'insuffisance de l'offre de soins médicale et les difficultés d'accès aux soins.

LES PRINCIPALES ACTIONS À MENER : QUE VEUT-ON FAIRE ?

- **Etudier l'ouverture à de nouvelles modalités** de prise en charge de ces pathologies (problèmes dermatologiques, dentaires, podologues, ophtalmologiques...) auprès des personnes en situation de précarité ou au sein des dispositifs santé-précarité, via la télémédecine, l'intervention d'Infirmiers Diplômé d'Etat (IDE) en soins somatiques, d'Infirmiers en pratique avancée (IPA), en soins spécialisés, IDE Asalée... Ce travail sera mené en lien avec les structures d'exercice coordonné (les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), les Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP), les Centres De Santé (CDS)...).
- **En lien avec les schémas territoriaux santé-précarité et l'objectif 4 du SRS « Garantir l'accès à une offre de soins et d'accompagnement adaptée sur les territoires », mener une étude sur l'état de l'offre et les perspectives de renforcement** (nouvelles EMPP, nouvelles PASS spécialistes – dentaires, psychiatriques, dermatologiques, ophtalmologiques – sur les territoires non couverts, nouvelles missions des points santé pour réaliser des consultations et soins dentaires...) et organiser la continuité de la prise en charge entre les dispositifs passerelle et l'offre de droit commun.
- **Expérimenter ou renforcer le développement de bus mobile de prévention et d'information** sur ces thématiques qui permettent de favoriser l'orientation des personnes et donc leur accès aux soins.
- **Etudier la mutualisation** avec les actions déployées vers les personnes âgées, en situation de handicap (exemples : bus buccodentaire et les actions déployées dans le cadre de bien vieillir et de la conférence des financeurs auprès des personnes en situation de handicap vieillissantes).

¹⁰ Rapport d'information n°589 (2021-2022) établi par la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable et déposé le 29 mars 2022, accessible sur : [Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard - Sénat \(senat.fr\)](https://www.senat.fr/rap/2021_2022/2021_589/2021_589.pdf)

¹¹ Ce zonage entré en vigueur au 1^{er} janvier 2021 permet de scinder les territoires de vie-santé définies au nationale en 4 zones selon les critères du niveau d'accessibilité potentielle localisée et du scoring régional de fragilité : les zones d'intervention prioritaires, les zones d'accompagnement régional, les zones d'action complémentaire et les zones de vigilance, conditionnant ainsi l'attribution d'aides.

Objectif opérationnel n°4 : Communiquer sur l'offre santé-précarité et les actions de promotion de la santé auprès des professionnels et des usagers

LES ENJEUX ET OBJECTIFS : POURQUOI AGIR ?

Le Ségur de la santé a permis de développer l'offre santé-précarité, l'offre à destination des Publics Spécifiques (PDS) ainsi que les structures et actions œuvrant pour l'amélioration de la santé des personnes en situation de précarité.

Face à ce développement, il est important, notamment pour répondre aux enjeux de lisibilité, de rendre visible et lisible cette offre aussi bien pour les professionnels que pour les usagers. Cette visibilité et lisibilité permettront également de faciliter les orientations par les professionnels et de prévenir les situations de rupture de soins.

Si 71 % des personnes sans-abris possèdent un smartphone¹², il sera nécessaire de veiller à ce que cette communication sur l'offre de santé tienne compte des difficultés d'accès de certaines personnes aux outils de diffusion, confortant l'objectif d'améliorer la capacité des individus à s'approprier les informations relatives à leur état de santé, dans une démarche d'empowerment.

LES PRINCIPALES ACTIONS À MENER : QUE VEUT-ON FAIRE ?

- Développer une **plateforme numérique** recensant l'offre en santé-précarité et autres services concourant à l'amélioration de la santé (alimentation, hébergement/logement, hygiène...) à destination du public mais permettant également aux professionnels de faciliter les orientations.
- **Poursuivre le déploiement d'outils papier accessibles à toutes et tous :**
 - ➔ Issus de la plateforme numérique : annuaires, cartes...
 - ➔ Livrets, flyers, affiches... en adaptant quand nécessaire les supports d'information au public ciblé : FALC (Facile à lire et à comprendre), littératie en santé¹³.
- Faciliter le repérage des dispositifs afin d'améliorer la lisibilité.
- Faire connaître et faciliter l'accès aux professionnels et bénévoles d'outils méthodologiques, documentaires sur l'accompagnement de ces publics.

¹² Étude Précarité Connectée, Association Solinum, 2019

¹³ La littératie en santé représente « l'ensemble des compétences et des connaissances permettant à une personne d'accéder aux informations nécessaires à sa santé, de les utiliser, de les comprendre et de les évaluer ».

Objectif opérationnel n°5 : Soutenir la coordination et l'interconnaissance entre acteurs pour une approche globale des situations complexes

LES ENJEUX ET OBJECTIFS

Les problématiques rencontrées par les personnes précaires relèvent de différents ordres : état de santé dégradé du fait de la précarité ou du renoncement aux soins, absence de diagnostic de leur santé psychique, non-recours aux droits sociaux, déficit ou inaccessibilité de l'offre de soins alentour, impact de stéréotypes de certains professionnels sur leur parcours santé.

De manière plus globale, la précarité sociale peut être tour à tour causes et conséquences d'une problématique de santé, dès lors améliorer durablement l'état de santé d'une personne nécessite d'agir sur les différentes dimensions de la précarité (en santé, sociale, dans le logement, dans l'emploi...). Par conséquent, les pratiques des professionnels et les politiques d'intervention doivent être globales et appréhender l'ensemble des besoins de la personne (sanitaires, médico-sociaux, logement, insertion, emploi...). Pour ce faire, le développement de l'interconnaissance, le décloisonnement entre champs de compétences et la coordination entre les intervenants apparaissent comme essentiels afin d'améliorer la prise en charge de la personne.

LES PRINCIPALES ACTIONS À MENER : QUE VEUT-ON FAIRE ?

- Concernant la coordination, le recours aux **Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) est réaffirmé lorsqu'il s'agit de situations complexes**. En effet, les personnes cumulent souvent différentes problématiques de santé, comme les addictions, associées à des troubles psychiques. Ces problématiques sont souvent cumulées d'un déni, qui est également un frein au parcours de soin.
 - **Etudier la possibilité de développer des « staff précarité » sur les territoires non pourvus**. Ces staffs sont des instances de coordination territoriale, permettant de réunir les différents professionnels accompagnant les personnes présentant des situations dites complexes, afin de collectivement faciliter leurs parcours de soin et leurs accès aux droits et soins de santé.
 - **En fonction de l'évolution des travaux nationaux sur ce sujet, mener une étude départementalisée sur le lien SIAO et dispositifs santé-précarité :**
 - ➔ La mobilisation des dispositifs santé-précarité par les SIAO quand est repéré une problématique de santé (mobiliser des professionnels de santé aux commissions SIAO).
- ET/OU**
- ➔ Expérimenter l'internalisation d'un temps d'infirmier au sein des SIAO quand l'organisation territoriale le permet.
- **Systématiser une information des professionnels de santé en exercice coordonné** et notamment les CPTS sur les dispositifs santé-précarité et encourager les coopérations (par exemple entre un centre de santé et un point santé).
- Consolider le lien entre acteurs des **dispositifs santé-précarité et les CLS, les CLSM, les structures d'exercices coordonnés et les PTSM**.

● **Poursuivre l'interconnaissance sanitaire et sociale :**

➔ **Côté professionnels de santé**, par des formations spécifiques adaptées afin d'améliorer la connaissance :

- Des professionnels des problématiques de santé liées à la précarité, à la spécificité de la relation entre le patient et le soignant, à la santé mentale, aux publics migrants...
- Des déterminants sociaux de santé
- Des professionnels de l'offre en dispositifs spécifiques en fonction des territoires (en lien avec l'objectif 3 ci-dessus)

➔ **Côté professionnels du secteur AHI, dédier une ressource à l'action santé dans le secteur AHI** : travailleur social et éducatif qui se spécialise sur ces questions (identification des lieux ou partenariats ressources, animation du réseau et des instances, formations, création d'outils pédagogiques, mise en place d'actions de prévention).

● **Etudier la pertinence d'intégrer dans les structures du secteur de l'AHI des compétences soignantes (infirmiers par exemple) ou des permanences de dispositifs santé précarité (EMSP, EMPP...)** en lien avec les schémas territoriaux santé précarité.

● **Articuler l'orientation** des personnes et les commissions internes d'admission de chaque dispositif.

● Dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel signé entre la CPTS, l'ARS et l'Assurance maladie, dans la mission accès aux soins, la CPTS a notamment pour objectif de diminuer la part de patient C2S sans médecin traitant. La rémunération peut ainsi être majorée au regard de cet objectif.

Axe 2 : Adapter les démarches de prévention à destination des personnes en situation de précarité

Objectif opérationnel n°1 : Favoriser une approche globale de la prévention et promotion de la santé et renforcer les thématiques prioritaires

LES ENJEUX ET OBJECTIFS : POURQUOI AGIR ?

L'accès à la prévention est un facteur aggravant les disparités entre les populations qui bénéficient le plus des soins préventifs¹⁴. En effet les populations favorisées reçoivent plus facilement les messages de prévention et les intègrent plus rapidement à leurs comportements que les personnes les plus éloignées de la prévention (à titre d'exemple le taux de fumeurs est plus élevé dans les milieux sociaux défavorisés). Par ailleurs, l'accès aux soins des personnes en situation de précarité se limite le plus souvent à la prise en charge d'urgence qui laisse peu de place aux actes de prévention pendant les consultations.

On estime que les inégalités de dépistage seraient plus présentes au sein des populations défavorisées et mènerait à des pertes de chances. Ainsi, favoriser une approche globale dans la conception d'action de prévention et promotion de la santé qui prend en compte les spécificités du public le plus démuné permettrait de mieux toucher les personnes et d'éviter les écarts d'accès aux soins de prévention.

Il s'agit donc d'augmenter l'effort en prévention/promotion de la santé qui pourrait avoir, à long terme, un impact sur la nécessité de recourir aux soins pour des maladies qui sont évitables.

Il est également question d'accroître le déploiement des actions dans les territoires très concernés par la précarité et moins couverts par l'offre (Centre-Bretagne, Centre Ouest-Bretagne...).

LES PRINCIPALES ACTIONS À MENER : QUE VEUT-ON FAIRE ?

- **Adapter** les actions de prévention et promotion de la santé existantes aux modalités d'accompagnement des personnes en situation de précarité (exemple : Bus Mar'SOINS, « Sentier vous bien » ...).
- **Renforcer et développer des programmes probants¹⁵ comme TAPAJ (Travail Alternatif Payé à la Journée) et des outils prometteurs en prévention** comme les bus Mar'SOINS.

¹⁴ Pascal, J., Abbey-Huguenin, H. & Lombrail, P. (2006). Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? Lien social et Politiques, (55), 115-124. [Inégalités sociales de santé : quels impacts sur ... - Lien social et Politiques - Érudit \(erudit.org\)](#)

¹⁵ Définition Programmes probants : modalité d'intervention et d'implantation ont été évaluées scientifiquement (pas possible de modifier les modalités).

- Développer des projets qui visent, au moyen de démarches collectives ou individuelles, d'outils de réduction des risques et des dommages¹⁶, et en lien avec les autres objectifs du SRS, à l'adoption de comportements favorables à la santé en matière de :
 - ➔ **Lutte contre les addictions** : réduction des risques dans les structures AHI, prévention de la transmission des consommations excessives dans les familles vulnérables, actions de préventions et consultations avancées par les CSAPA au sein des structures d'hébergement social, étude de la possibilité d'ajuster le cahier des charges des équipes mobile d'intervention addiction pour permettre des interventions quel que soit le parcours de la personne. Dans la mesure du possible, mise en place des accompagnements communs entre secteur social, psychiatrie et addictologie pour être au plus près des besoins des personnes qui cumulent les trois vulnérabilités.
 - ➔ **Santé mentale** : Soutenir le développement d'actions de promotion de la santé mentale comme les premiers secours en santé mentale, la prévention du suicide (numéro national de prévention du suicide 3114, projet vigilance avec maintien d'un lien avec un professionnel de santé pour limiter la récurrence, déploiement de psychologues portés par les EMPP qui interviennent en CHRS...). La formation des professionnels du social en santé mentale est également un axe de travail à poursuivre.
 - ➔ **Vie affective et sexuelle** : Assurer la promotion de la santé sexuelle, en adaptant les actions et outils au public en situation de précarité et en mettant en place des formations auprès des professionnels et acteurs au contact de ces publics. Améliorer l'accessibilité de toutes et tous à l'offre en santé sexuelle et les réponses à apporter aux besoins spécifiques des publics vulnérables. Dans le cadre des bilans de santé réalisés en faveur des personnes vulnérables, une attention particulière sera portée aux dépistages, à la détection et la prévention des violences et à l'amélioration des connaissances des personnes sur l'offre de soins en général.
 - ➔ **Nutrition** : poursuivre les initiatives de lutte contre la précarité alimentaire
 - Le **programme Opticourses**, reconnu probant par Santé Publique France, a pour objectif d'améliorer la qualité nutritionnelle des achats alimentaires de personnes en situation de précarité sans pour autant augmenter leurs dépenses. Ce dispositif vise à faciliter l'adoption d'une alimentation équilibrée avec un petit budget.
 - Le **programme Malin** accompagne les (futurs) parents, le plus souvent sous contrainte budgétaire, concernant l'alimentation de leurs enfants. A travers des recettes pour bébés, des conseils sur la nutrition, des coups de pouces budgétaires, l'association favorise l'équilibre alimentaire des 0-3 ans. Le programme permet également de fournir aux familles les plus précaires des colis alimentaires de producteurs locaux.
 - Le **défi foyer** alimentation positive saine et durable, développé par agro bio est en cours d'adaptation pour les personnes en situation de précarité.
 - ➔ **Activité physique** : Intégrer les personnes en situation de précarité à l'offre d'activité physique adaptée des Maisons Sport Santé (via des critères d'inclusion des personnes dans ce dispositif et un forfait pour la mise en place « d'ateliers passerelle » à destination de ce public).
 - ➔ **Dépistage des cancers** : Simplifier l'accès au dépistage et développer des approches d'aller-vers les publics précaires (en lien avec l'objectif 5.3-Agir sur les parcours des personnes atteintes de cancer du SRS).

¹⁶ La réduction des risques et des dommages désigne les stratégies, lois et programmes ayant pour objectif de limiter les conséquences néfastes, tant sur le plan sanitaire ou socio-économique, de l'usage de drogues ou de tout autre comportement addictif.

→ **Santé-environnement** : Améliorer la prise en compte des enjeux sanitaires associés aux environnements intérieurs :

- ⊕ Améliorer la prévention des intoxications au monoxyde de carbone (exemple : déployer des FALC...),
 - ⊕ Améliorer le repérage d'habitat indigne et des situations d'incurie,
 - ⊕ Renforcer les liens entre précarité énergétique et santé.
- ⊕ **Renforcer** la capacité des professionnels de santé et des travailleurs sociaux à repérer les situations de vulnérabilité et de précarité sociale par des actions d'information et de sensibilisation. A ce titre, l'IREPS peut être utilement sollicité sur des actions de sensibilisation, de formation, d'accompagnement et de ressources en promotion de la santé.
- ⊕ **Mettre en œuvre des projets qui visent au développement de compétences psychosociales** pour développer l'estime de soi, la confiance, le lien social..., conditions d'une meilleure prise en compte de la santé.

Objectif opérationnel n°2 : Développer la pair-aidance et la participation des usagers en santé-précarité

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La « **pair-aidance** » a comme ambition de faire évoluer les comportements individuels par des transferts de savoirs ou d'expérience entre pairs. Elle regroupe un ensemble de pratiques qui procèdent de formes d'accompagnement ou encore d'entraide et de soutien, par lesquelles une personne s'appuie sur son savoir expérientiel vécu, c'est-à-dire le savoir qu'elle a retiré de sa propre expérience d'une situation vécue, habituellement considérée comme difficile et/ou stigmatisante (exemple : expérience de vie à la rue, précarité, conduite addictive, troubles psychiatriques...), pour aider d'autres personnes vivant des parcours similaires, des situations comparables. **Le travail pair** se définit comme une forme de pair-aidance dans laquelle l'intervention fondée sur le savoir expérientiel est rémunérée. Aujourd'hui, on identifie des travailleurs pairs dans différents secteurs d'intervention, tant dans le champ sanitaire (médiateur de santé pair notamment) que dans le champ social (travailleur pair, expert du vécu en Belgique, intervenant social pair...)¹⁷. Ainsi, en Bretagne, des travailleurs-pairs ont été recrutés dans des structures Accueil Hébergement Insertion.

Les récents travaux de la FAS Bretagne (rapport d'évaluation & mémoire¹⁸) ont montré que l'intégration de travailleurs pairs dans les équipes du secteur de la précarité permettait¹⁹ :

- **Pour les équipes** : d'avoir une compréhension plus fine et de créer un lien de confiance avec les personnes accompagnées et de repérer plus précocement les éventuelles difficultés.
- **Pour le public accompagné** : de faciliter l'accompagnement social, de traduire les propos des professionnels pour les personnes accompagnées et de traduire les comportements et propos des personnes accompagnées aux professionnels, de véhiculer l'espoir qu'il est possible de s'en sortir, de développer une autonomie individuelle (fonctionnelle, décisionnelle et relationnelle par socialisation), d'élargir les capacités des personnes accompagnées, de développer l'estime de soi et de gagner en confiance en soi, de favoriser le développement d'un empowerment individuel.

Le travail pair permet donc de travailler sur les différents déterminants de la santé pour in fine, améliorer l'accès aux soins des personnes accompagnées.

LES PRINCIPALES ACTIONS À MENER : QUE VEUT-ON FAIRE ?

- **Etudier le déploiement de travailleurs-pairs en structures santé-précarité** : il conviendra, en associant les démarches de pair-aidance déjà existantes, d'identifier des domaines d'action privilégiés, des territoires et de mettre en place une stratégie de déploiement. Il s'agira donc d'adapter des travaux sur la pair-aidance au champ de la santé précarité.
- Développer la **formation des travailleurs-pairs** :
 - ➔ **Sur les questions et problématiques de santé**, afin de renforcer l'accompagnement qu'ils peuvent proposer aux personnes accompagnées.
 - ➔ Sur une professionnalisation de leur pratique de pair-aidance. Une formation de ce type est proposée par la FAS en Bourgogne-Franche-Comté : ([Plaquette formation federationsolidarite.org](https://federationsolidarite.org))²⁰.

¹⁷ Développer le travail pair dans le champ de la veille sociale, de l'hébergement et du logement

¹⁸ Rey, E. (2022). Le travail pair, ce nouveau métier destiné à révolutionner le travail social : Vecteur d'une autonomie normative ou émancipatrice ? [Mémoire]. École des hautes études en santé publique.

¹⁹ Contribution FAS Bretagne, mai 2023

²⁰ Contribution FAS Bretagne, mai 2023

- **Animer et structurer un réseau de « pair-aidance » en santé-précarité** : coordonner les différents réseaux existants ou en cours de création. Cela pourrait se matérialiser par le déploiement d'une plateforme de travail pair²¹ (qui aurait 4 missions : information/formation, accompagnement/soutien, animation de réseau, pôle ressource/capitalisation).
- Développer la **participation des usagers** dans une logique de co-construction des politiques de santé des personnes précaires, en tenant compte des recommandations du guide sur la participation de citoyens, élaboré en Bretagne ([Labaccès : Guide pour la valorisation de la participation des citoyens à la co-production des politiques publiques](#)) et en lien avec l'objectif 9.4 du SRS « Conforter le rôle des usagers au sein du réseau des instances de démocratie en santé ».
- Développer des démarches **d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique du patient** permettant aux personnes en situation de précarité d'investir ou réinvestir leur parcours de santé et de mieux se repérer dans le système de santé et dans les démarches d'accès aux droits.
- Développer des démarches d'éducation par les pairs répondant à des critères de qualité définis de façon partenariale, notamment auprès des jeunes en insertion (missions locales, résidences habitat jeunes, Protection Judiciaire de la Jeunesse, Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ...).

²¹ Exemple, en région ARA : [PLATEFORME TRAVAIL PAIR Plateforme | Auvergne Rhône Alpes \(travail-pair.org\)](#)

Axe 3 : Accompagner les personnes au plus près de leur lieu de vie pour faciliter leur accès aux soins de droit commun

Objectif opérationnel n°1 : Accompagner les personnes au plus près de leurs lieux de vie...

LES ENJEUX ET OBJECTIFS : POURQUOI AGIR ?

Se rendre où sont les personnes permet de lever les freins à la mobilité, lorsque la personne est éloignée des dispositifs de santé et/ou n'a pas les ressources financières ou les compétences psychosociales pour se rendre au rendez-vous.

Plusieurs équipes participent à cet aller-vers :

- Les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) permettent d'accompagner les personnes et d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de la psychiatrie et les équipes sanitaires médico-sociales et sociales,
- L'approche d'aller-vers des ACT « hors les murs » favorise également cette prise en charge globale en assurant des soins et un suivi médical sur le lieu de vie des personnes permettant ainsi de créer un lien de confiance avec les professionnels de santé,
- Les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP), dispositifs médico-sociaux, permettent de dispenser des soins infirmiers et des soins relationnels sur le lieu de vie des personnes en situation de grande précarité ou très démunies ayant une prescription médicale. Ces soins participent à prévenir les hospitalisations,
- Les équipes mobile santé précarité (EMSP) sont des équipes pluridisciplinaires qui dispensent des soins adaptés, réalisent des bilans de santé, concourent à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accompagnées et proposent un accompagnement global adapté aux besoins des personnes. Elles jouent également un rôle d'interface avec les acteurs du champ sanitaire, médico-social et social,
- Les PASS mobiles, composée d'un binôme travailleur social/infirmier-infirmière se déplacent à la rencontre des personnes les plus démunies pour faciliter leur accès à la santé et les accompagner vers les soins en les réorientant vers les dispositifs de droit commun,
- Les Points santé mobiles se déplacent à la rencontre des personnes précaires isolées du Centre Bretagne pour faire un point sur leur état de santé, faire de la prévention et encourager le retour vers le système de soins de droit commun.

LES PRINCIPALES ACTIONS À MENER : QUE VEUT-ON FAIRE ?

- **Structurer** les dispositifs mobiles, pour améliorer la complémentarité entre les actions et leur **lisibilité**, en se basant notamment sur l'étude régionale « Etat des lieux des démarches d'aller-vers en santé précarité en Bretagne », les travaux de la coordination régionale EMPP, les évaluations d'EMSP engagées par les structures porteuses, les schémas territoriaux et les retours des acteurs, en lien avec la FAS.
- **Etudier le développement de dispositifs d'aller-vers à la fois sanitaire et sociaux** comme les ACT « un chez-soi d'abord », le COB Mobil' dans le Finistère (binôme travailleur social/infirmier



qui se déplace vers un public en isolement social avec des problèmes de santé et des problématiques de non recours aux droits et aux soins).

Objectif opérationnel n°2 : ...et favoriser leur accès aux soins de droit commun

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

L'accès au droit commun des personnes les plus démunies et éloignées des structures de soins est un enjeu majeur. Les publics en situation de précarité ont plus de mal à pouvoir obtenir des rendez-vous auprès des médecins généralistes ou spécialistes lorsqu'ils sont confrontés à des difficultés financières, des refus de soins (liés au fait qu'ils perçoivent la C2S par exemple), des difficultés de mobilité (par manque de transports ou par manque de ressources financières), l'augmentation des délais d'ouverture des droits, ou encore un moindre recours à l'interprétariat des professionnels soignants.

L'orientation vers le droit commun nécessite un accompagnement global et pluridisciplinaire, s'inscrivant au long cours (temps de création de lien de confiance entre patient et professionnel, temps de reprise de confiance dans le système social et sanitaire, etc.). Aussi, les professionnels du « champ de la précarité » vont parfois accompagner physiquement les personnes à leur rendez-vous, ce qui participe aux soins mais peut s'avérer chronophage et empiéter sur d'autres missions de prise en charge et de soins.

Par ailleurs, si l'objectif est bien de permettre aux personnes d'accéder ou de retourner vers le droit commun, les acteurs font part de nombreuses difficultés qui restent à lever (désertification médicale et saturation du système de santé de droit commun d'autant plus en zone rurale, personnes sans droits sans possibilité de retour possible vers le droit commun, cloisonnement des secteurs social, médico-social, et sanitaire et des différentes spécialités de médecine (exemple : addiction/psychologique/somatique)²², renvoi des patients vers les dispositifs santé-précarité considérés comme seuls spécialistes)...

Prendre en compte ces difficultés est donc nécessaire afin de répondre aux besoins des publics les plus démunis et d'éviter les situations de non-recours et de ruptures des soins.

LES PRINCIPALES ACTIONS À MENER : QUE VEUT-ON FAIRE ?

- **L'accompagnement physique** des publics les plus éloignés du soin permet d'éviter les ruptures de parcours et facilite l'accès aux soins. Il est nécessaire de mettre en place un accompagnement global de la personne qui peut passer par cet accompagnement physique (différents professionnels peuvent assurer cette mission).
- **Evaluer l'autonomie des personnes** pour adresser celles qui le peuvent vers le droit commun en définissant des critères.
- **Mobilité physique** : mettre en place des expérimentations pour répondre à ces **contraintes de mobilité** :
 - ➔ Des **tickets/bons de « transport-santé »** : un titre de transport dont l'obtention serait facilitée et rapide
 - ➔ **Expérimenter des Transports d'Utilité Sociale (TUS)** : service de transport organisé par des associations (particuliers qui emmènent les personnes aux rendez-vous médicaux).²³
 - ➔ **Faire connaître** les actions déployées par les partenaires (Assurance maladie, conseils départementaux...) sur la mobilité.

²² Contribution FAS Bretagne mai 2023

²³ Ce service est mis en place à l'attention de personnes dont l'accès aux transports publics collectifs ou particuliers est limité du fait de leurs revenus et/ou de leur localisation géographique.

- **Lever les freins psychologiques** : développer les compétences psycho-sociales pour faire face aux freins psychologiques qui empêchent l'accès aux soins. Les travailleurs pairs, en partageant leur expérience, peuvent permettre de lever ces freins.
- **Poursuivre les accompagnements des personnes en difficulté d'accès aux soins par les MisAS (Mission accompagnement santé) des CPAM.**
- **Expérimentation d'actions** comme :
 - ➔ Le dispositif Santé Réfugiés de Brest où est mis en œuvre un accompagnement global de la personne et un maillage sur le territoire avec des professionnels de santé libéraux identifiés qui accueillent dans le droit commun les patients.
 - ➔ La mise en place d'un temps infirmier au sein des structures (exemple du CCAS de Concarneau).
- **Poursuivre la formation des professionnels du droit commun** et la mise en œuvre de journées portes ouvertes à destination des professionnels libéraux afin de les sensibiliser sur l'accompagnement santé des populations en situation de précarité.
- **Inciter les structures d'exercices coordonnées à mettre en œuvre des démarches facilitant l'accès aux soins des publics en précarité** (formations, sensibilisations de professionnels...).
- **Lutter contre le non-recours des personnes accompagnées d'animaux pour se faire soigner** : imaginer une solution de garde temporaire des animaux à bas coût pour les personnes en situation de grande marginalité.
- **Identifier des actions probantes** pour permettre l'accès au droit commun.

Axe 4 : Prévenir les situations de rupture

Objectif opérationnel n°1 : Agir sur les orientations et accompagner les sorties « sèches »

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Face à l'augmentation de la file active des dispositifs de santé-précarité, les délais de rendez-vous deviennent de plus en plus longs nécessitant une coordination entre les structures afin de mieux orienter les personnes et d'éviter les pertes de chances. A titre d'illustration, le délai d'entrée en CHRS est de plus d'un an, la durée de séjour en LHSS augmente... Par ailleurs, sont constatés tout particulièrement des risques de ruptures à l'entrée dans l'âge adulte (sortie ASE, décrochages scolaires...) et en deuxième partie de vie, lors du vieillissement (prématuré).

Ainsi, assurer l'accompagnement des personnes en amont ou en aval de leur prise en charge est un objectif transversal aux différents axes du PRAPS qui pourra être atteint par les diverses approches et actions mises en place (l'aller-vers et le ramener-vers, la pair-aidance, la lisibilité de l'offre, etc.), et en lien avec les autres partenaires.

A cet égard, mieux accompagner les sorties sèches est un objectif crucial étant donné les difficultés de réintégrer dans le système de santé les personnes ayant subi une rupture de soins dans leur parcours.

LES PRINCIPALES ACTIONS À MENER : QUE VEUT-ON FAIRE ?

- **Améliorer la coordination entre les acteurs pour anticiper les sorties des dispositifs** (depuis par exemple les ACT hébergement notamment pour les personnes migrantes sans titre de séjour, les maisons d'arrêt – interruption du suivi des soins –, les Hébergements d'Urgence pour Demandeurs d'Asile, les hébergements sociaux, l'hôpital...).
- **Améliorer le parcours des femmes en situation de grande précarité en lien avec le plan interministériel égalité femmes-hommes (2023-2027) et en lien avec l'objectif 6.3. « Promouvoir la santé des femmes »** : au plan national, 115 000 femmes sont sans domicile et exposés à la violence et aux risques prostitutionnels et pour beaucoup avec un état de santé physique et psychologique très dégradé. En raison du cumul des vulnérabilités, les femmes sans domicile nécessitent une prise en charge adaptée à leurs besoins. Cela est d'autant plus vrai lorsqu'elles sont enceintes, souffrent d'addictions ou sont victimes de violence. En Bretagne, il est constaté que peu de femmes fréquentent les dispositifs santé-précarité. Cela pourrait s'expliquer par une prise en charge dès le début de leurs difficultés, et par le fait qu'elles solliciteraient plus facilement de l'aide mais reste à explorer. Il s'agirait de :
 - ➔ Améliorer le repérage et la prise en charge des besoins en santé des femmes à la rue et hébergées et femmes migrantes en situation de précarité,
 - ➔ Contribuer à la feuille de route régionale à venir « Promouvoir la santé des femmes »,
 - ➔ Etudier l'opportunité de développer des LHSS pédiatriques pour les femmes et les nourrissons qui nécessitent un accueil médicalisé,
 - ➔ Déployer des solutions adaptées pour les femmes sans domicile qui souffrent d'addictions.
- **Améliorer le parcours de santé des jeunes en situation de précarité (en lien avec la fiche SRS 6.1 « Adapter l'offre de soins périnataux et accompagner les 1 000 premiers jours de l'enfant » et 6.2. « Agir pour des réponses adaptées aux besoins de santé des enfants et des jeunes »)**. En effet si des avancées ont été impulsées par le niveau national (consultation

gratuite en santé sexuelle, gratuité de la contraception, SNPPE, Mon Psy), il reste un intérêt à agir davantage en direction d'enfants et de jeunes en situation de vulnérabilité (PH/ASE/PJJ/MNA...).

- ➔ Améliorer la prise en charge globale des jeunes précaires via des dispositifs comme le Contrat d'Engagement Jeunes – Jeunes en Ruptures,
- ➔ Améliorer les parcours de santé des enfants et des jeunes en situation de précarité/vulnérabilité, en développant par territoire le partenariat entre les professionnels des dispositifs santé-précarité et les professionnels de la périnatalité et de la petite enfance, notamment les professionnels de santé,
- ➔ Dans le cadre des 1 000 premiers jours de l'enfant poursuivre le déploiement de PANJO (accompagnement à domicile renforcé en période pré et post natale à destination de femmes/familles en situation de vulnérabilité psycho-sociales pour travailler sur l'attachement mère/parents et enfant),
- ➔ Définir et mettre en œuvre des priorités de santé en faveur des enfants protégés et des jeunes relevant de la protection judiciaire de la jeunesse,
- ➔ Porter une vigilance sur la prostitution des mineurs.

Objectif opérationnel n°2 : Soutenir les approches communautaires et de médiation en santé

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La médiation en santé constitue un outil précieux pour lever les obstacles aux parcours de soins et de prévention. Alors que les conditions de l'égalité d'accès au système de santé sont théoriquement et globalement remplies du point de vue juridique l'égalité et l'accès aux droits, à la prévention et aux soins ne sont pas pleinement effectifs.

Dans ce contexte, en 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) a fait un premier pas dans le sens de la structuration de cette pratique, en établissant un référentiel qui définit son périmètre et ses interactions, à l'interface des autres métiers du champ socio-sanitaire. L'objectif est double :

1. Améliorer l'accès aux droits et aux soins curatifs et préventifs en favorisant l'autonomie des plus vulnérables et des plus éloignés du système de santé
2. Sensibiliser les professionnels de santé aux éventuelles difficultés des patients à réaliser leurs parcours de soin et de prévention²⁴.

Le médiateur en santé crée du lien et participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Il est formé à la fonction de repérage, d'information, d'orientation, et d'accompagnement temporaire. Il a une connaissance fine de son territoire d'intervention, des acteurs et des publics. Le travail du médiateur en santé s'inscrit au sein d'une structure porteuse, intégré dans une équipe et en relation avec les partenaires²⁵.

Dans son volet accompagnement individuel, la médiation vise à répondre aux besoins exprimés par les personnes : information sur leurs droits, accompagnement physique à une consultation, prise de rendez-vous avec un professionnel de santé, interprétariat, aide à la constitution d'un dossier d'accès aux droits, fourniture de matériel de prévention, solutions d'hébergement, etc. [...] Cet « accompagnement-maintien » à dominante sociale, sanitaire et relationnelle assure une présence et un soutien inconditionnel à des publics en situation de précarité [...] basés sur la construction d'une relation de confiance interpersonnelle et la capacité des médiateurs à résoudre leurs difficultés d'accès à la santé et au droit commun »²⁶. **L'approche par la médiation prend en compte toutes les facettes de la personne et l'accompagne pour retrouver du pouvoir d'agir.**

Les médiateurs sont dans un rôle d'interface entre les dispositifs spécifiques santé-précarité et le système de santé de droit commun ainsi que dans l'accompagnement socio-sanitaire des personnes.

Ils peuvent avoir un profil d'infirmier, d'aide-soignant ou de médiateur de santé pair²⁷. Dans ce dernier cas, ils sont un pivot entre soignants et soignés et font preuve de bilinguisme en parlant à la fois la langue du professionnel de santé et celle du patient et de la patiente.

²⁴ La médiation en santé : vers une reconnaissance professionnelle et une généralisation de la pratique ? Le dossier de La Santé en action n°460, juin 2022 (santepubliquefrance.fr)

²⁵ Référentiel HAS, 2017

²⁶ Géry Y. (2022) Entretien Haschar-Noé N, Evaluation de la médiation à la Case de santé de Toulouse : « renforcer les capacités et pouvoir d'agir en santé des usagers-patients ». La Santé en action, (460), 19-20

²⁷ Observation FAS : La relation de pairité peut provenir du partage de la maladie, ou bien du partage de la situation sociale (avoir vécu à la rue par exemple), ou par exemple dans certains centres de santé communautaire, vivre dans le quartier d'implantation du centre.

LES PRINCIPALES ACTIONS À MENER : QUE VEUT-ON FAIRE ?

- **Bâtir un cahier des charges régional** définissant le rôle du médiateur en santé-précarité et les domaines travaillés par celui-ci (ateliers, linguistique, communautaire, droit commun, ouverture des droits...). L'expérience du Point H et des centres de santé participatives sera précieuse à cet égard.
- **Modéliser le financement de médiateurs en santé** en tenant compte des postes et initiatives déjà existantes.
- **Soutenir les approches participatives avec un fort travail partenarial et la participation des personnes concernées** comme les Structures d'Exercice Coordonné (SEC) Participatives (SECPA), en lien notamment avec l'Assurance maladie.

Objectif opérationnel n°3 : Mieux prendre en compte le vieillissement précoce²⁸

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

L'enquête²⁹ menée par la FAS Ile-de-France en 2017 montrait que 25 % des personnes accompagnées par les CHRS répondants étaient en situation de perte d'autonomie.

Alors qu'en France, les décès sont considérés comme prématurés lorsqu'ils interviennent avant 65 ans (21 % des décès en population générale) :

- 86 % des décès des personnes sans domicile sont des décès prématurés³⁰,
- L'âge moyen de décès des personnes « sans chez soi » est inférieur à 50 ans (48 ans), soit 31 ans plus tôt qu'en population générale ³¹,
- L'âge moyen de décès des personnes hébergées est de 55 ans³²,
- De plus, les publics en situation de précarité et vieillissants cumulent une double vulnérabilité (conditions de vie difficiles – avec parfois consommation d'alcool et de drogue – et leur âge)³³.

Or, certaines personnes qui souhaiteraient et pourraient intégrer les dispositifs de droit commun (Établissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD –, Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées – EHPA –, Foyer logement...) s'en voient exclues pour plusieurs raisons³⁴ : perte d'autonomie précoce des publics (vieillesse prématurée avant 60 ans), conduites addictives, absence de titre de séjour, ressources financières insuffisantes, méconnaissance du public en situation de précarité par les structures médico-sociales pour personnes âgées, discriminations, représentations sur les personnes concernées, présence d'animaux domestiques...

Etant donné l'enjeu de cette problématique et du nombre croissant de personnes en situation de précarité vieillissantes et de personnes du secteur de l'AHF présentant un vieillissement prématuré, ainsi que du nombre croissant de personnes en situation de migration ayant un âge supérieur à 60 ans, la FAS Bretagne rappelle que lever les freins actuels à l'accès aux hébergements spécialisés pour ces différents publics est tout aussi important que de créer ou renforcer des dispositifs spécifiques qui permettraient de maintenir ces publics sur leurs lieux de vie actuels dans des conditions dignes.

En effet, mettre en œuvre sur le territoire breton ces deux types d'approches est nécessaire, puisque cela permettrait d'avoir un éventail de solutions et de réponses collant au mieux avec les envies des personnes accompagnées³⁵.

LES PRINCIPALES ACTIONS À MENER : QUE VEUT-ON FAIRE ?

En lien avec les travaux nationaux, plusieurs solutions sont à construire selon les territoires et la volonté des personnes :

- **Objectiver et quantifier, en lien avec le centre de ressource animé par la FAS, le vieillissement des personnes précaires en Bretagne.**

²⁸ Partie étayée grâce à la contribution FAS Bretagne, mai 2023

²⁹ Contribution FAS au PRAPS, mai 2023

³⁰ Collectif Les Morts de la Rue. (2019). Mortalité des personnes sans domicile 2018. L'enquête dénombrer et décrire.

³¹ Collectif les morts de la rue. (2022). Mortalité des personnes sans domicile 2021. Dénombrer et décrire, 10^{ème} édition.

³² FEHAP & FAS. (2023). Plaidoyer Vieillesse et précarité.

³³ Uribelarrea, G. (2021). La dernière demeure, accompagner les personnes sans-abri en fin de vie dans un hébergement médicalisé. *Retraite et sociétés*, 85(1), 43-59.

³⁴ Contribution FAS Bretagne, mai 2023

³⁵ Contribution FAS Bretagne, mai 2023

- **Mener une étude sur les actions à mener, qui devront être plurielles afin de respecter le choix de la personne, par exemple :**
 - ➔ Etudier les possibilités de facilitation pour l'accès des personnes précaires aux dispositifs dédiés aux personnes âgées de droit commun (EHPAD, EHPA) en lien avec les DAC :
 - ⊕ Encourager des dérogations à la règle de l'âge d'éligibilité en EHPAD (60 ans) pour y accéder quand la situation le nécessite.
 - ⊕ Faciliter l'accès au droit commun grâce aux missions « Interface » comme à Paris et à Nantes (poste de médiateur) qui par leur fonctionnement permettent de lever les freins auxquels sont confrontés les personnes concernées, tout en les accompagnant à leur rythme.
 - ⊕ Former les professionnels du secteur de l'accompagnement des personnes âgées (infirmiers, aides-soignants) sur l'intervention auprès des publics en situation de précarité.
 - ➔ La possibilité d'expérimenter le développement de petites unités de vie rattachées ou non à un établissement médico-social.
 - ➔ Etudier les possibilités de maintien au domicile (hébergement/logement) afin de respecter les choix des personnes de se maintenir dans la structure au sein de laquelle elles ont construits leurs repères, grâce à :
 - ⊕ Un maillage **d'équipes mobiles de soins et d'accompagnement au maintien à domicile**, qui interviendraient sur les structures d'hébergement du secteur Accueil Hébergement Insertion (ESSIP, SSIAD (services de soins infirmiers à domicile), SPASSAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile)).
 - ⊕ **La médicalisation de structures d'hébergement** : étudier l'intérêt de développer un temps infirmier sur les pensions de famille par exemple, pour réaliser de la coordination et du soin.
- Former, accompagner en s'appuyant sur un réseau comme la plateforme VIP ([Plateforme VIP \(plateforme-vip.org\)](http://plateforme-vip.org)), qui propose des ressources (outils...), élabore des réponses adaptées, met en place des actions de sensibilisation...

Objectif opérationnel n°4 : Coordonner des parcours de soins des migrants en situation de précarité à l'échelle départementale

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

L'accès aux soins des personnes migrantes en situations de précarité est un enjeu majeur car outre leur situation économique, elle font face à une instabilité administrative qui participe à la détérioration de leur état de santé. En prenant en considération le fait que les populations migrantes en situation de précarité se retrouvent à l'intersection de plusieurs inégalités liées à l'origine, à la situation économique et sociale ou encore au genre, les réponses apportées doivent s'adapter aux diverses situations en articulation avec un accompagnement social et des actions d'intégration. A ce sujet, il est également important de noter que l'accueil des primo-arrivants a un impact significatif sur leur insertion dans le système de santé. De plus, l'augmentation importante de personnes sans droits ouverts dans certains territoires entraîne une perte de chance pour les personnes en plus d'augmenter les délais de file d'attente des dispositifs santé-précarité.

Dans ce contexte, il est nécessaire de faciliter autant que possible le parcours de soins des personnes migrantes en situation de précarité, tout en déployant des actions pour permettre leur accès au droit commun.

LES PRINCIPALES ACTIONS À MENER : QUE VEUT-ON FAIRE ?

- **Coordonner des parcours santé des migrants en situation de précarité dans chacun des départements sur 4 volets :**
 1. **Définition d'une porte d'entrée pour les primo-arrivants en lien avec l'instruction de 2018³⁶ et mise en œuvre d'un parcours de soins s'appuyant sur un bilan de santé initial et consenti.** Il s'agira de favoriser la mise en place d'un parcours personnalisé de santé en coordination avec la médecine libérale, en portant attention à la bonne transmission des données médicales.
 2. **Structuration et développement de l'interprétariat :** « *L'accès à un interprète professionnel est, pour nombre de patients allophones, une condition de leur accès aux soins et de la qualité et de la sécurité de leur prise en charge médicale* ³⁷ ». Il s'agira de travailler sur la démocratisation et la mobilisation de l'interprétariat en structurant les ressources et en informant les professionnels sur les modalités de recours à l'interprétariat. Concernant les modalités de recours à l'interprétariat, il s'agira par exemple, en lien avec le DATASAM, de mieux faire connaître les modalités d'accès à l'interprétariat (mobilisation du DATASAM, des Consultations avec interprète en médecine de ville (CIME), des lignes dédiées des structures...) En solution dégradée, lorsqu'un interprétariat professionnel n'est pas possible, des outils de traduction médicaux pourront être expérimentés comme <http://www.tralelho.fr/> .
 3. **Œuvrer pour un suivi et un accompagnement des personnes souffrant de psychotraumas :** Structurer sur chacun des départements les modalités d'accompagnement des personnes souffrant de psychotrauma via le Centre de santé mentale du réseau Louis Guilloux, les centres d'examen de l'Assurance maladie... et en s'appuyant sur les ressources et expertises du centre psychotrauma régional (vocation régionale, avec deux antennes portées par le CHGR et du CHU Brest).

³⁶ INSTRUCTION N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants

³⁷ « Le modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé », Rapport IGAS, Avril 2019

4. **Conforter les dispositifs santé-précarité dans leur mission de veille sanitaire et de prévention des risques infectieux** : Mettre en place des outils adaptés (carnets de santé, espace de santé) pour répondre aux enjeux de veille sanitaire et prévenir les risques infectieux (gale, diphtérie, vaccination, dépistage des IST et de la tuberculose...). Les dispositifs-santé précarité doivent signaler les situations à risque épidémique et contribuer à leur gestion.

- Faire du lien avec le droit commun, les structures d'exercices coordonnées.
- En lien avec l'objectif 3.6 « Soutenir les initiatives favorables à la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social » du SRS, mettre en place des actions/projets visant à soutenir les professionnels dans leur exercice professionnel (actions de prévention spécifiques, écoute des professionnels, échanges de pratiques...).

Objectif opérationnel n°5 : Agir sur les représentations et les pratiques des professionnels de santé

L'accompagnement des personnes en situation de précarité exige une approche globale dans un contexte où un clivage perdure entre le sanitaire et le social. Dans l'intervention auprès de cette population, le professionnel doit veiller, dans sa pratique, à être au plus près des besoins de l'utilisateur. Ceci nécessite un accompagnement des professionnels qui n'ont pas systématiquement été préparés lors de leur formation initiale aux spécificités du soin auprès des publics précaires (pathologies spécifiques, influence des déterminants sociaux de la santé, nécessité d'une coordination renforcée entre le sanitaire et le social...).

Une étude parue dans la revue Santé Publique en 2015 sur le sujet a montré que 92,5 % des médecins interrogés ont rencontré des difficultés dans la prise en charge de patients précaires. Par ailleurs, le Défenseur des droits et le Fonds CMU (Couverture médicale universelle) ont publié une étude en mars 2017 décrivant l'existence de représentations médicales pouvant parfois conduire à des pratiques de différenciation. Ces pratiques peuvent dès lors renforcer certains stigmates et mener à des situations de discrimination envers les personnes marginalisées qui les éloignent (encore plus) du système de santé. Enfin dans un article paru le 15 mai 2023 ³⁸, l'APM indique que les bénéficiaires de l'AME peuvent faire l'objet de discriminations pour obtenir un rendez-vous, selon un testing conduit auprès de médecins généralistes, ophtalmologistes et pédiatres par le Défenseur des droits et le ministère de la santé et de la prévention.

L'observatoire de santé solidarité de la FAS ³⁹ révélait un certain nombre d'entraves à l'accès aux soins :

- Refus de soin en raison du type de couverture maladie,
- Refus de soin en raison de la barrière de la langue, refus de faire appel à l'interprétariat,
- Refus d'exonération des dépassements d'honoraires, de dispenses de frais à l'avance, de pratiquer le tiers payant,
- Refus de consultation sans carte vitale,
- Refus d'accepter de nouveaux patients,
- Discriminations liées à la situation des personnes.

Une attention particulière doit être portée, aux personnes en précarité sociale, en lien avec l'objectif 2.6 « Favoriser la vie affective, sexuelle et relationnelle » du SRS aux :

- Personnes LGBTQI+, (Lesbienne, Gay, Bisexuel·le, Trans, Queer et Intersexe),
- Racisé,
- Femmes notamment victimes de violence,
- Femmes en situation de prostitution...

Ainsi l'un des enjeux de ce nouveau PRAPS sera la sensibilisation et la formation des professionnels de la santé aux diverses problématiques des personnes en situation de précarité ainsi qu'aux prises en charges globales et pluridisciplinaires des patients.

³⁸ « Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État » - mai 2022

³⁹ FAS. (2022). Observatoire santé solidarité – synthèse des refus de l'année 2021. et FAS. (2021). Observatoire santé solidarité – édition 2020

LES PRINCIPALES ACTIONS À MENER : QUE VEUT-ON FAIRE ?

- Poursuivre la formation des professionnels à la prise en charge des publics en situation de précarité (par exemple des DU santé-précarité) ou la mise en place de réseau santé solidarité comme à Lille Métropole⁴⁰,
- Formations pour modifier les représentations,
- Sensibiliser l'entourage familial, social,
- Déploiement de modules sur les problématiques que rencontrent les personnes en situation de précarité, ainsi que sur les spécificités de prise en charge de ce public, en formation initiale durant les études de médecine, d'infirmiers, de sages-femmes⁴¹, etc.
- Formation par des pairs.

⁴⁰ [rsstm \(sante-solidarite.org\)](https://rsstm.sante-solidarite.org)

⁴¹ Contribution FAS Bretagne, mai 2023

Axe 5 : Agir pour la santé des personnes détenues et sortantes de prison

L'objectif général de ce chantier est de faire bénéficier les personnes détenues des politiques de prévention et de promotion de la santé et d'un accès aux soins dans un objectif d'équité par rapport à la population générale.

En effet, les personnes placées sous-main de justice, en particulier les personnes détenues, constituent l'un de ces publics les plus vulnérables et cumulent le plus souvent de nombreuses difficultés d'ordre sanitaire, économique ou social.

Si les mesures privatives de libertés ont pour objet de protéger la société et de sanctionner les personnes condamnées, elles ne doivent pas entraver le projet de reconstruction pour se préparer à la sortie et pour se réinsérer dans la cité. Et, la santé est bien évidemment un des facteurs indispensables de ce cheminement.

Pour la première fois, l'ARS Bretagne a élaboré une feuille de route régionale « santé des détenus » couvrant la période 2023/2025 après une large concertation avec les acteurs de la santé et de l'administration pénitentiaire et notamment avec l'organisation de première journée régionale sur ce thème en 2022.

Cette feuille de route s'inscrit pleinement dans les orientations interministérielles et la deuxième feuille de route interministérielle de la Stratégie Santé des personnes placées sous-main de justice (PPSMJ).

A la suite de différentes concertations et croisement avec les enseignements issus de l'état des lieux réalisé en Bretagne auprès des professionnels exerçant auprès des détenus (unités sanitaires en milieu pénitentiaires, UHSA, UHSI...), 5 objectifs prioritaires ont émergé :

- Développer et favoriser l'interconnaissance et les échanges entre les acteurs de la région
- Développer la promotion de la santé et la prévention
- Renforcer la prise en compte des thématiques de santé prioritaires
- Améliorer l'accès aux soins et la continuité des soins des personnes détenues
- Assurer la continuité de la prise en charge à la sortie (dedans/dehors)

Chacun de ces objectifs fait l'objet d'une fiche spécifique au sein de la feuille de route régionale « santé des détenus » déclinant :

- Les éléments de contexte et les enjeux
- Les principales actions à mener et les publics ciblés
- Les contributeurs de chaque action
- Les indicateurs d'évaluation

Les travaux menés à ce jour s'inscrivent dans le cadre d'actions majoritairement axées sur les détenus, mais celles-ci seront amenées à s'élargir à l'intégralité des prises en charge des personnes placées sous-main de justice (PPSMJ) en s'appuyant sur le groupe technique régional (professionnels, usagers, ARS, administration pénitentiaire, SPIP, associations...).

