



PRS
2018-2022

PROJET RÉGIONAL

DE SANTÉ

DE BRETAGNE



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

Sommaire

Sommaire	2
Introduction	3
Chantier 1 : Structurer une offre spécialisée au service des personnes les plus démunies	5
Objectif opérationnel n°1 : Elaborer un schéma d’organisation des dispositifs passerelle par territoire.....	6
Objectif opérationnel n°2 : Structurer le réseau des Permanences d’accès aux soins de santé	9
Objectif opérationnel n° 3: Assurer la continuité des soins des personnes détenues et sortant de prison	11
Objectif opérationnel n°4 : Renforcer la réponse coordonnée pour l’accès aux soins des personnes migrantes.....	13
Chantier 2 : Favoriser l’accès au système de santé de droit commun des personnes en situation de précarité.....	15
Objectif opérationnel n°1 : Favoriser l’accès aux soins de premier recours.....	16
Objectif opérationnel n°2 : Améliorer l’accès aux soins hospitaliers de spécialité	18
Objectif opérationnel n°3 : Agir sur les représentations et les pratiques des professionnels de santé.....	19
Objectif opérationnel n°4 : Favoriser l’accès aux droits des personnes en situation de précarité et d’exclusion	21
Chantier 3 : Consolider la démarche de prévention et de promotion de la santé pour les personnes en situation de précarité	23
Objectif opérationnel n°1 : Renforcer les compétences psychosociales des personnes	24
Objectif opérationnel n°2 : Développer une démarche renforcée de prévention et de promotion de la santé pour les populations les plus exclues	26
Objectif opérationnel n°3 : Renforcer la formation des professionnels de l’accompagnement social au repérage et à l’orientation des publics en situation de précarité.....	27
Objectif opérationnel n°4 : Favoriser le partage entre pairs	28
Chantier 4 : Accompagner les parcours de santé des personnes en situation précaire.....	29
Objectif opérationnel n°1 : Au niveau individuel, favoriser un accompagnement global de la personne	30
Objectif opérationnel n°2 : A un niveau territorial, animer des concertations entre acteurs	32
Objectif opérationnel n°3 : Au niveau stratégique, mieux articuler les politiques publiques	34

Introduction

La loi de modernisation de notre système de santé en date du 26 janvier 2016 définit le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) comme une composante obligatoire du Projet régional de santé, déclinant pour les personnes en situation de précarité et d'exclusion les objectifs définis par le Schéma régional de santé (SRS).

Les instructions nationales lui attribuent l'objectif général de « 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 ». Le PRAPS concourt également aux objectifs du Plan contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale qui vise dans le domaine de la santé de construire une nouvelle approche partenariale de proximité pour l'accès aux soins des personnes en situation de pauvreté ou de précarité.

Ce PRAPS s'inscrit dans la continuité des précédents programmes déployés en région Bretagne qui ont permis l'émergence d'un dense maillage de dispositifs et actions qui œuvrent pour faciliter l'accès des personnes les plus démunies au système de santé. On peut notamment évoquer les Permanences d'accès aux soins de santé, les Points santé, les Equipes mobiles psychiatrie-précarité, les Appartements de coordination thérapeutique et les Lits halte soins santé, les Lits d'accueil médicalisé. Des actions en prévention et promotion de la santé sont également développées sur le territoire breton en direction des publics précaires.

Jusqu'à maintenant, le PRAPS concentrait son action vers les personnes les plus démunies, à savoir la population la plus exclue et éloignée du soin (personnes sans « chez soi », gens du voyage, personnes prostituées, migrants précaires...). Or la population plus largement en situation de précarité sociale éprouve également des difficultés à accéder à l'offre de santé de droit commun. En effet, le contexte social est de nature à limiter l'efficacité des filières de soins du fait des personnes elles-mêmes (consultations tardives, renoncement aux soins, non recours...) et du fait de l'organisation du système de santé (accès aux consultations, représentations professionnelles...). Ainsi, il convient d'adapter l'offre de santé de droit commun afin de renforcer l'accès des personnes en situation de précarité. De plus, on constate une intrication des problématiques sociales et de santé. Des conditions de vie précaires induisent souvent des problèmes de santé (ex : problèmes respiratoires générés par le mal logement). Dès lors, améliorer durablement l'état de santé d'une personne nécessite que soient également pris en compte ses autres besoins (social, logement, emploi...).

Le nouveau PRAPS porte donc de nouvelles ambitions visant à répondre à ces nouveaux enjeux. A travers un groupe thématique régional réunissant des acteurs institutionnels, des collectivités territoriales, des acteurs associatifs, des professionnels et des personnes concernées, plusieurs pistes d'action ont pu être identifiées pour améliorer l'accès des personnes en situation de précarité et d'exclusion au système de santé et pour promouvoir des comportements favorables à la santé. Il s'agit de :

- **faire évoluer l'offre en dispositifs spécifiques** pour mieux l'organiser en réponse aux besoins des personnes sur l'ensemble du territoire et pour mieux l'articuler avec le système de santé de droit commun;
- **d'adapter le système de santé de droit commun** afin d'améliorer l'accès des personnes en situation de précarité ;

- **de consolider la démarche de prévention et de promotion de la santé** auprès des personnes en situation de précarité afin qu'elles adoptent des comportements favorables à la santé et qu'elles deviennent acteurs de leurs démarches de santé ;
- **d'améliorer les parcours de santé des personnes en situation précaire** par une meilleure organisation et articulation des acteurs.

Ces enjeux et actions ont été structurés dans quatre chantiers qui sont très liés entre eux et visent à décliner une stratégie globale. Ces chantiers ont été présentés dans le Schéma régional de santé, en y détaillant les liens avec les autres thématiques (inégalités sociales de santé, enfance, soins de proximité, santé mentale, addictions...). Dans le PRAPS, les chantiers sont déclinés en actions dans un but d'opérationnalité. Ce plan d'actions mobilisera l'ARS pour les cinq ans à venir en lien avec ses partenaires et avec la participation des personnes concernées.

Chantier 1 : Structurer une offre spécialisée au service des personnes les plus démunies

Les personnes les plus démunies rencontrent des difficultés d'accès aux soins de plusieurs ordres : économique, social, environnemental, géographique... Elles sont parfois en difficulté face à la complexité administrative, et sont dans certains cas confrontées à des situations de refus de soins. Ces situations sont une des explications du renoncement aux soins, la santé n'étant pas appréhendée comme un besoin de première nécessité par les personnes les plus démunies.

Afin de lever ces freins, une offre spécialisée est développée : points santé, permanences d'accès aux soins de santé (PASS), équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), lits halte soins santé (LHSS), appartements de coordination thérapeutiques (ACT), lits d'accueil médicalisés (LAM).

Cette offre demeure hétérogène dans son fonctionnement et dans sa répartition sur le territoire breton. Pour répondre à l'objectif d'équité d'accès aux droits et aux soins des personnes les plus démunies sur toute la Bretagne, il est nécessaire de structurer l'offre spécialisée sur l'ensemble des territoires en lien avec les opérateurs. Il convient ainsi de faire évoluer l'offre de dispositifs spécifiques afin d'apporter à la population d'un territoire, sur la base d'un diagnostic, un socle de missions communes : l'accueil, l'entretien social, la mise à jour des droits sociaux, le renforcement des compétences, l'entretien infirmier, la consultation médicale, la consultation de dépistage médicalisé, le soutien psychologique, les soins dentaires ou l'accompagnement vers une réponse adaptée aux besoins de soins spécialisés.

Objectif opérationnel n°1 : Elaborer un schéma d'organisation des dispositifs passerelle par territoire

LES ELEMENTS DE CONTEXTE

Pour faciliter l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus démunies, une offre spécialisée s'est construite autour de dispositifs et actions spécifiques se définissant comme des « passerelles » vers le droit commun (PASS, points santé et centres de santé, EMPP, LHSS, ACT et plus récemment les LAM). Des actions collectives autour de la notion de santé globale sont également déployées en prévention promotion de la santé.

Cependant, cette offre est diverse dans son fonctionnement et sa répartition sur le territoire breton. De plus, on observe qu'aucun dispositif ne peut répondre à lui seul à l'ensemble des missions « santé » pour les personnes les plus démunies.

Enfin, il conviendra de veiller à améliorer la réponse sanitaire et médico-sociale aux problématiques de souffrance psychique et d'addictions très présentes chez les personnes les plus démunies.

LES ACTIONS A MENER

Un des objectifs du précédent PRAPS était de favoriser la synergie entre les acteurs de la prévention, du soin hospitalier et du champ de la précarité. Un enjeu majeur du nouveau PRAPS est de réussir l'articulation des acteurs sur un même territoire, en définissant un cadre commun d'objectifs et d'actions au moyen d'un **schéma d'organisation des dispositifs passerelle**.

- ⊕ **Définir un niveau de territoire de référence** en concertation avec les acteurs du champ de la santé, du médico-social et du social sur la base de trois principes : territoire de proximité, en cohérence avec le découpage de l'action sociale départementale, et des échelons définis dans les schémas départementaux d'amélioration de l'accessibilité des services au public.
- ⊕ **Disposer sur chaque territoire d'un état des lieux partagé de l'existant et des besoins** en lien avec les diagnostics existants ou à venir. Cet état des lieux fera le point sur la **démarche d'« aller vers »** des points santé et en appréciera la soutenabilité. Il prendra également en compte l'analyse des besoins sociaux réalisée par les partenaires, notamment les Conseils départementaux, et par les opérateurs comme les services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO).
- ⊕ **Elaborer une convention pour définir les moyens mobilisés ou à mobiliser pour répondre aux missions** suivantes dans le cadre de ce schéma :
 - Accueillir les populations en grande précarité,
 - Réaliser un entretien social,
 - Mettre à jour les droits sociaux,
 - Proposer des actions de promotion de santé visant sur le moyen terme le renforcement des compétences des populations concernées,
 - Réaliser un entretien infirmier,
 - Garantir l'accès à une consultation médicale,
 - Garantir l'accès à une consultation de dépistage médicalisé,
 - Répondre aux besoins de soutien psychologique,

- Répondre aux besoins de soins dentaires ou accompagner vers une réponse adaptée,
- Orienter et accompagner pour la prise en charge de la réponse aux besoins de soins spécialisés,
- Accompagner vers une prise en charge par le dispositif de droit commun,
- Présenter la situation de la personne à l'instance locale de concertation sur les situations complexes, en cas de difficultés particulières pour le professionnel,
- Réaliser l'orientation vers les dispositifs d'insertion et d'hébergement.

⊕ **Elaborer une programmation pluriannuelle de l'offre spécialisée.**

Il s'agira d'identifier les évolutions nécessaires de l'offre en dispositifs passerelle pour répondre :

- aux besoins territoriaux insuffisamment couverts ;
- aux besoins de réponses nouvelles (actions « hors les murs », articulations entre les dispositifs...)
- aux problématiques de santé insuffisamment prises en compte liées au vieillissement, à la fin de vie, à la souffrance psychique, et aux addictions.

Afin de mener à bien cet exercice de **planification** une méthodologie sera proposée aux partenaires visant à :

- Proposer quelques indicateurs pertinents qui permettent d'identifier par territoire les besoins non couverts en offre spécialisée, et les points de rupture de parcours des personnes, et ainsi de mieux apprécier cette offre au regard des difficultés sociales rencontrées ;
- Avoir une priorisation sur la durée du PRS des créations de places, de lits et de dispositifs ou de renforcement de moyens des dispositifs en place :
 - Par territoire,
 - Par type de dispositifs (points santé, lits d'accueil médicalisés, appartements de coordination thérapeutiques, lits halte soins santé, EMPP...),
- Proposer des solutions **expérimentales** pour répondre aux problématiques de santé insuffisamment prises en compte ;
- Améliorer la réponse sanitaire et médico-sociale aux situations de souffrance psychique et d'addictions des personnes les plus démunies.

⊕ **Identifier dans le cadre de la convention les articulations à organiser pour assurer la continuité de la prise en charge entre les dispositifs passerelle et l'offre de droit commun.**

⊕ **Organiser les liens entre ces dispositifs passerelle et l'offre de soins et d'accompagnement en santé mentale et addictions.**

LES LEVIERS DE L'ACTION

- Instances institutionnelles départementales PRAPS, instances locales de coordination santé-précarité ;
- CPOM ;
- CLS ;
- Projets territoriaux de santé mentale ;
- CLSM ;
- Commissions spécialisées en santé mentale des conseils territoriaux de santé.

- Appels à projets de création ou d'extension de la capacité existante, organisés par l'ARS suite à l'octroi de places ou de lits de dispositifs spécifiques par le ministère de la santé dans le cadre de la campagne budgétaire annuelle des structures médico-sociales accueillant des « personnes confrontées à des difficultés spécifiques ».

LES PARTENARIATS MOBILISES

- Institutionnels : DDCS, CD, CPAM, CAF, MSA, communes.
- Opérateurs : Etablissements de santé, structures médico-sociales et sociales, associations du secteur social, services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO), professionnels du premier recours.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de conventions signées pour définir le schéma d'organisation territorial des dispositifs passerelle.

Objectif opérationnel n°2 : Structurer le réseau des Permanences d'accès aux soins de santé

LES ELEMENTS DE CONTEXTE

La circulaire du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) a actualisé les modalités d'organisation et de fonctionnement des PASS. Elle fixe un référentiel d'organisation et d'activité avec un nombre minimal de 100 personnes accueillies.

En 2015, une démarche de réorganisation du réseau des PASS a été engagée par l'ARS Bretagne, occasionnant une mise à plat du fonctionnement et du financement de ces structures.

Celle-ci a conduit à identifier 17 PASS dont 7 PASS référentes, soutien des équipes des établissements de santé de plus petite taille disposant ou non d'une PASS. Le rôle du centre de référence régional des PASS et des équipes mobiles psychiatrie précarité a été redéfini à cette occasion.

Un travail a également été effectué sur le recueil d'activité des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). Un rapport d'activité type a été élaboré et servira d'outil de recueil de données des EMPP.

LES ACTIONS A MENER

Il convient ainsi d'approfondir et de mettre en œuvre ces nouvelles orientations afin de :

- ⊕ **Préciser le rôle du Centre de référence régional des PASS et des EMPP (PASS CHRU Brest)**

Il s'agira de conforter la PASS régionale dans ses missions de coordination, de développement des bonnes pratiques et formation.

- ⊕ **Consolider le rôle et les modalités d'organisation de chaque PASS référente**

Chaque PASS référente devra identifier les lieux d'accueil, de présence ou de passage des personnes en situation de précarité. Elle devra renforcer ses articulations (conventions, protocoles...) avec ses partenaires (caisses d'assurance maladie, autres établissements de santé, autres dispositifs spécifiques, CCAS...) impliqués dans l'accueil et la prise en charge des personnes en situation de grande précarité qu'ils relèvent du champ sanitaire ou social.

Elle devra aider à la mise en place d'un comité de pilotage au sein de chaque PASS pour laquelle elle est référente et participer au fonctionnement des instances de concertation territoriales (cf. chantier 4). Elle devra contribuer à la veille documentaire en lien avec le Centre de référence régional et être en soutien des services sociaux des centres hospitaliers dépourvus de PASS.

LES LEVIERS DE L'ACTION

- COPIL PASS ;
- MIG PASS ;
- Conventions CPAM/PASS dans le cadre du programme PLANIR ;
- PFIDASS (plateformes d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé) développées par l'Assurance maladie ;
- CLS ;

- Projet territorial en santé mentale.

LES PARTENARIATS MOBILISES

- Institutionnels : DDCS, CD, communes, CPAM.
- Opérateurs : établissements de santé, structures médico-sociales et sociales, associations du secteur social, professionnels de santé du premier recours.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de réunions des COPIL PASS.

Objectif opérationnel n° 3: Assurer la continuité des soins des personnes détenues et sortant de prison

LES ELEMENTS DE CONTEXTE

La politique de santé des personnes placées sous main de justice a été structurée par le plan d'actions stratégique 2010-2014.

Les soins généraux au sein des sept établissements pénitentiaires de la région sont délivrés dans les unités sanitaires de premier niveau (USPN, ex UCSA). Il s'agit d'unités hospitalières à part entière, rattachées à des pôles des établissements de santé. Pour chaque USPN, un CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) a été nommé référent et financé.

Des chambres sécurisées dans les établissements de santé de rattachement permettent des hospitalisations somatiques inférieures à 48 heures. Les hospitalisations de plus de 48 heures s'effectuent soit dans l'Unité hospitalière sécurisée inter régionale (UHSI) au CHU de Rennes pour les soins somatiques, soit dans l'Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) au Centre hospitalier Guillaume-Régnier de Rennes pour les soins psychiatriques.

Enfin, des actions de prévention spécifiques vers les personnes détenues sont également prévues et financées dans le CPOM entre l'ARS et de l'IREPS de Bretagne (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé).

Un des enjeux identifiés concerne la continuité des soins après l'incarcération. La situation d'une partie de la population des personnes sortant de prison peut être caractérisée comme relevant des personnes les plus démunies et pouvant se tourner vers les dispositifs spécialisés. Des places d'appartements de coordination thérapeutiques dédiées aux personnes sortant de prison ont été autorisées à Brest et à Saint-Brieuc.

LES ACTIONS A MENER

- ⊕ **Assurer la continuité des soins après l'incarcération en favorisant l'articulation des différents acteurs sur le territoire.**

Des liens seront à consolider et/ou à développer entre les services de la justice, les établissements de santé, les structures médico-sociales et sociales, les dispositifs sociaux d'insertion et d'hébergement, la CPAM et les professionnels de premier recours, les conseils départementaux. A cette fin, des **conventions** de partenariat entre les différents acteurs seront établies.

- ⊕ **Evaluer le dispositif d'appartements de coordination thérapeutiques pour les personnes « sortant de prison » et identifier les besoins non couverts.**

Une exploitation des rapports d'activité des appartements de coordination thérapeutiques sera menée afin d'identifier la proportion de personnes « sortant de prison » parmi le public accueilli. Cette première appréciation du besoin sera croisée par un état des lieux complémentaire élaboré avec les services pénitentiaires.

LES LEVIERS DE L'ACTION

- GHT ;
- PTSM ;

- AAP ACT ;
- CPOM IREPS.

LES PARTENARIATS MOBILISES

- Institutionnels : Justice (service pénitentiaire d'insertion et de probation), DDCS, CCAS, Conseils départementaux, organismes d'assurance maladie.
- Opérateurs : Etablissements de santé, Structures sociales et médico-sociales (dont CSAPA et ACT), IREPS.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de conventions de partenariat entre les acteurs sur l'accompagnement sanitaire des personnes sortant de prison.

Objectif opérationnel n°4 : Renforcer la réponse coordonnée pour l'accès aux soins des personnes migrantes

LES ELEMENTS DE CONTEXTE

Alors que la prise en charge médicale en France tend vers l'universalité, les migrants primo-arrivants en situation de précarité (en dehors d'autres catégories de migrants comme les travailleurs étrangers, les étudiants, les retraités, les migrants arrivés dans le cadre du regroupement familial etc.) présentent certaines caractéristiques qui justifient la mise en œuvre d'une organisation spécifique :

- Les délais d'obtention de la couverture par l'assurance maladie,
- La barrière de la langue,
- Des pathologies spécifiques : pathologies infectieuses et problématiques de santé mentale.

Par ailleurs, la prise en charge des publics migrants est d'autant plus complexe qu'une part non négligeable de ces publics se trouve sans hébergement. De plus, le mode d'hébergement temporaire des personnes qui en bénéficient évolue en fonction de leur statut au regard du droit d'asile : CADA (Centre d'accueil des demandeurs d'asile), CAO (Centres d'accueil et d'orientation), ATSA (Accueil temporaire service asile), HUDA (Hébergement d'urgence demandeur d'asile)...

Enfin, les centres d'hébergement des publics migrants (où sont prioritairement dirigées les personnes ayant des pathologies médicales) mettent en avant la place importante des problèmes de santé dans l'activité des travailleurs sociaux. D'où la nécessité de mettre en place une coordination sanitaire au sein des structures d'hébergement.

En Bretagne, le Réseau Louis Guilloux propose une organisation spécifique qui contribue à renforcer et adapter l'offre ambulatoire en direction de ces populations par une coordination régionale et départementale intitulée DATASAM (Dispositif d'appui technique pour l'accès aux soins et l'accompagnement des migrants). Les objectifs généraux de ce dispositif sont de favoriser la cohérence dans les parcours de soins des primo-arrivants à travers une meilleure coordination entre professionnels du secteur sanitaire et social, tout en prenant en compte les enjeux de santé publique (actions de prévention, dépistage) et en facilitant le relais vers la médecine de ville.

Dans le contexte de l'arrivée de migrants à la fin de l'année 2016 de la région de Calais et des zones de conflits du Moyen-Orient, le nombre et la répartition des personnes dans des villes sans dispositif dédié a rendu nécessaire le renforcement en urgence du dispositif régional DATASAM. Durant l'année 2016, celui-ci a organisé, pris en charge et orienté dans le droit commun ces migrants primo-arrivants, à partir d'un réseau de professionnels de la santé (médecins libéraux, hospitaliers, infirmières, psychologue) et du social (chefs de services, travailleurs sociaux...).

Parallèlement à ces arrivées, un certain nombre d'ouvertures de places d'hébergements dédiés aux demandeurs d'asile ont eu lieu sur tout le territoire breton.

LES ACTIONS A MENER

- ⊕ **Développer une offre de santé pour accueillir les personnes migrantes.**
 - Développer l'offre de consultations autour de centres de santé, de consultations ressources, de consultations dédiées dans chaque département ;
 - Mobiliser en parallèle des compétences d'interprétariat (physique ou téléphonique) pour répondre au frein d'accès aux soins que constitue la barrière de la langue ;
 - Disposer d'un réseau régional de coordination permettant l'articulation médicale et sociale de l'accueil des migrants.

- ⊕ **Promouvoir des pratiques professionnelles adaptées aux spécificités de santé de la population migrante.**
 - Former les acteurs locaux aux spécificités de la prise en charge des publics migrants, centrée sur la prévention : dépistages des pathologies à forte incidence dans les pays d'origine (pathologies somatiques, pathologies infectieuses, métaboliques, cardio-vasculaires, tumorales et des troubles psychiques) ;
 - Animer des staffs médicaux régionaux où seront discutées des situations médico-sociales complexes.

- ⊕ **Orienter les personnes soignées au sein du système de santé.**
 - Accompagner la prise en charge des pathologies dépistées vers les structures de soins appropriées ;
 - Coordonner les soins de la prise en charge hospitalière avec les Permanences d'accès aux soins de santé ;
 - Associer les médecins libéraux et les maisons de santé pluridisciplinaires (orientation vers le droit commun).

LES LEVIERS DE L'ACTION

- CPOM Réseau Louis Guilloux ;
- Comité technique régional et COPIL départementaux.

LES PARTENARIATS MOBILISES

- Institutionnels : DDCS, CPAM, collectivités territoriales ;
- Opérateurs : Etablissements de santé, structures médico-sociales « publics en difficultés spécifiques », associations du secteur médico-social et du secteur social, professionnels du premier recours.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Evolution du nombre de consultations proposées en premier accueil.

Chantier 2 : Favoriser l'accès au système de santé de droit commun des personnes en situation de précarité

La santé des personnes en situation de précarité est plus dégradée que celle de la population générale. S'il n'existe pas de maladie spécifique à la précarité, il y a bien en revanche une accentuation des pathologies. Cette fragilité porte également sur l'état psychologique de ces personnes qui sont plus sujettes que l'ensemble de la population à des angoisses et troubles psychosomatiques. Cela s'explique pour partie par certains facteurs de risque (alcool, tabac, etc.) induits par des comportements individuels. D'autres facteurs y contribuent également : les déterminants sociaux de la santé qui renvoient aux conditions matérielles (logement, qualité du quartier, aliments sains, environnement physique du travail, risques environnementaux...) et aux facteurs psycho-sociaux (stress induit par les conditions de vie et de travail...). L'accès à la prévention et aux soins peut également être limité par le comportement des personnes elles-mêmes (consultations tardives, renoncement aux soins, non recours...) et par l'organisation du système de santé (accès aux consultations, représentations professionnelles...).

Ainsi, au-delà de la structuration d'une offre spécialisée, du développement d'une offre de prévention et d'une démarche parcours, il est également nécessaire d'adapter le système de santé de droit commun.

Objectif opérationnel n°1 : Favoriser l'accès aux soins de premier recours

LES ELEMENTS DE CONTEXTE

L'inégalité entre les catégories socio-professionnelles perdure et s'exprime à travers l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité. Outre l'impact des déterminants sociaux de la santé, le non recours aux soins peut être une des raisons expliquant ces écarts.

Ce non-recours a plusieurs explications : une moindre sensibilisation aux problématiques de santé, un manque de disponibilité pour aller consulter ou encore un problème d'accessibilité au système de soins notamment de premier recours (avance des frais, accueil inadapté, délais d'attente...). Ainsi, les personnes en situation de précarité sollicitent peu les professionnels de soins primaires et préfèrent privilégier l'accès direct à l'hôpital notamment aux services des urgences dont les modalités d'accès sont plus aisées puisque sans rendez-vous.

Pour autant, le suivi des personnes dans le cadre d'un dispositif de soins primaires est à favoriser pour les personnes en situation précaire car il permet des soins plus précoces, mieux suivis, et prenant en compte la santé de la personne dans sa globalité.

Les contrats que signent les structures d'exercice coordonné de premier recours, avec l'ARS et la CPAM comportent des engagements assortis d'indicateurs et d'objectifs. La rémunération peut ainsi être majorée selon le taux de précarité de la patientèle (part des patients bénéficiaires de la CMUC et de l'AME). Ces contrats constituent en cela un levier sur lequel s'appuyer.

LES ACTIONS A MENER

- ⊕ **Améliorer le recours des personnes en situation de précarité aux structures de soins primaires.**
 - Favoriser l'**orientation des personnes** en situation de précarité vers les professionnels de soins primaires en :
 - structurant des modalités d'orientation partagées par un réseau d'acteurs intervenant auprès des personnes en situation de précarité ;
 - favorisant le conventionnement entre les dispositifs spécialisés pour les personnes démunies (de premier recours tels que les points santé ou hospitaliers comme les PASS) et l'offre de droit commun de premier recours (maisons de santé pluri professionnelles, centres de santé, réseau de soins dentaires, centres de santé dentaire...) ;
 - facilitant l'expérimentation de médiation en santé dans les territoires les plus concernés par le non-recours.
 - Réaliser un état des lieux sur les difficultés d'accès aux structures de soins primaires des femmes en situation de précarité et proposer des pistes d'amélioration
 - Développer le conventionnement avec les structures de premier recours afin de **définir des objectifs** en termes **d'accueil des personnes en situation précaire** notamment des structures de premier recours n'ayant pas encore conventionné avec l'Assurance maladie (qualité de l'accueil, nombre de personnes relevant de la CMU-C accueillies, actions prévention et de promotion de la santé, absence de dépassement d'honoraires, tiers payant, temps consacré à la consultation, articulation avec les dispositifs de cohésion sociale...)

- définir une **organisation territoriale** en structures d'exercice coordonné répondant à des objectifs d'accueil de personnes en situation précaire.

⊕ **Adosser aux points santé une offre complémentaire de consultation médicale**

Les points santé apportent aux personnes en situation de précarité un premier accès à la santé et un accompagnement social. Ils ne leur permettent cependant pas d'avoir toujours un accès sur place à des consultations médicales. Dès lors, l'évolution des points santé en adossant une offre complémentaire de consultation permettrait aux personnes de bénéficier de consultations médicales de droit commun sur place préfigurant le relais à prendre au sein des dispositifs de premier recours.

Dans la continuité du précédent PRAPS, il convient d'envisager l'évolution de ces dispositifs afin qu'ils répondent au mieux aux besoins de soins de premier recours des personnes en situation d'exclusion. Pour cela plusieurs démarches sont à conduire :

- Améliorer **l'état des lieux** du fonctionnement des points santé ;
- Identifier les prestations complémentaires de **consultation médicale de droit commun** à adosser à l'offre de point santé soit par des vacations, soit par une articulation avec des MSP, soit par une évolution des points santé en centre de santé (consultations de médecins généralistes et spécialistes).

LES LEVIERS DE L'ACTION

- Projets de santé des MSP ;
- AAP en faveur des MSP, centres de santé avec un axe incitatif à la prise en charge coordonnée des personnes en situation de précarité ;
- AAP PPS pour les actions PPS développées ;
- CPOM points santé ;
- Articulation avec les actions menées par les caisses d'assurance maladie pour l'effectivité de l'accès aux droits de couverture maladie (assurance de base et complémentaire : CMU-C, ACS) ;
- PFIDASS (plateformes d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé) développées par l'Assurance maladie.

LES PARTENARIATS MOBILISES

- URPS, CPAM, FHF, FHP, DDCS, Conseil départementaux ;
- Fédération des centres de santé, fédération régionale des maisons de santé.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre des projets de santé des MSP et centres de santé prenant en compte les problématiques des personnes en situation de précarité.

Objectif opérationnel n°2 : Améliorer l'accès aux soins hospitaliers de spécialité

LES ELEMENTS DE CONTEXTE

Bien que les PASS facilitent l'accès des personnes en situation d'exclusion aux soins en milieu hospitalier, des freins demeurent en matière d'accès des personnes démunies et précaires aux soins hospitaliers de spécialité.

Plusieurs études mettent en évidence des risques de disparités en matière de prise en charge, d'accès aux traitements ou d'information délivrée aux patients.

Un élément d'explication réside notamment dans les contraintes organisationnelles et financières qu'impose la prise en charge des patients précaires aux structures hospitalières (interprétariat, traitements médicamenteux, accès au plateau technique, consultations spécialisées...).

LES ACTIONS A MENER

➔ **Mieux connaître les causes des disparités dans l'accès aux soins à l'hôpital.**

Le constat de disparités a été posé pour le moment au travers des études menées au niveau national. Il conviendra dans un premier temps de caractériser le phénomène dans les établissements bretons. A cette fin, un état des lieux sera réalisé au niveau régional. Dans ce cadre une attention particulière sera accordée à la situation des femmes en situation de précarité.

➔ **Concevoir, de manière conjointe avec les acteurs hospitaliers, un plan d'actions adapté.**

Sur la base de l'état des lieux, une concertation sera menée avec les représentants des établissements de santé afin de concevoir une stratégie d'action concertée.

LES LEVIERS DE L'ACTION

- Le travail de dynamisation des PASS ;
- La contractualisation dans le champ hospitalier.

LES PARTENARIATS MOBILISES

- FHP, FHF ;
- PASS, dispositifs spécialisés en santé/précarité ;
- Structures sociales et médico-sociales.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Plan d'action élaboré.

Objectif opérationnel n°3 : Agir sur les représentations et les pratiques des professionnels de santé

LES ELEMENTS DE CONTEXTE

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 ont publié une étude en mars 2017 décrivant l'existence de représentations médicales pouvant parfois conduire à des pratiques de différenciation.

L'ACTION A MENER

- ⊕ **Accompagner les professionnels de santé par des formations spécifiques adaptées afin de :**
 - Améliorer la connaissance des professionnels des **problématiques de santé** liées à la précarité, de la spécificité de la relation entre le patient et le soignant
 - Améliorer la connaissance des **déterminants sociaux de santé**
 - Améliorer la connaissance des professionnels de **l'offre en dispositifs spécifiques** « santé/précarité » existante sur leur territoire

Sur la durée du PRAPS, l'ARS se donne pour objectif de former à la fois des professionnels de santé libéraux et hospitaliers dont la moitié sera composée de médecins.

Cette action sera prolongée par un partenariat avec les facultés de médecine.

LES LEVIERS DE L'ACTION

- Organisation de formation croisées social/médical portant sur un public large (personnes en situation précaire, en situation de handicap, personnes âgées...);
- Soutien et développement des stages pour les personnels de soin dans les structures sociales;
- Association des patients dans l'élaboration et la mise en œuvre des formations;
- Outil de communication et d'information;
- Partenariat avec l'Assurance maladie pour l'information des professionnels;
- Centres d'exams de santé.

LES PARTENARIATS MOBILISES

- Assurance maladie, URPS, groupes qualité, association, écoles de formation initiales des professionnels du soin, CCAS, CDAS;
- ANPAA;
- Centres de santé;
- PTA;

- CLSM.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de professionnels formés.

Objectif opérationnel n°4 : Favoriser l'accès aux droits des personnes en situation de précarité et d'exclusion

LES ELEMENTS DE CONTEXTE

Les personnes en situation de précarité ne vont pas toujours d'elles-mêmes vers l'institution pour faire valoir leurs droits ou même s'informer. Ainsi que le rappelle en 2014 une revue de la Caisse nationale d'allocations familiales, « l'existence du RSA et la pauvreté ressentie ne semblent pas constituer des éléments suffisants pour se sentir éligible au RSA ». Les raisons pouvant expliquer cette retenue sont multiples. L'association Médecins du Monde rapporte ainsi en 2015 que les difficultés administratives (29,8 %), la méconnaissance des droits et des structures (25,7 %) et la barrière linguistique (19 %) sont les premiers obstacles à l'accès aux soins cités par les patients de ses Centres d'accueil de soins et d'orientation (CASO).

En ce sens, un rapport de 2014 du Défenseur des droits atteste que le manque d'information, l'incompréhension du dispositif, la complexité des démarches, la peur de la stigmatisation et du contrôle contribuent fortement au non recours aux droits à la CMU-C, l'ACS et l'AME.

LES ACTIONS A MENER

Face à ces constats il convient de poursuivre, en complémentarité avec les efforts des organismes d'Assurance maladie, l'action déjà entreprise dans le précédent PRAPS 2012-2017 afin de contribuer à la démarche d'accès aux droits des personnes en situation d'exclusion :

➤ **Réaliser des actions collectives et individuelles de sensibilisation d'accès aux droits ;**

En complémentarité avec les actions des organismes d'assurance maladie, l'ARS incitera des promoteurs à proposer des actions auprès des personnes pour les sensibiliser à la mobilisation de leurs droits. Les territoires repérés comme fragiles (territoires ruraux, quartiers politique de la ville) seront privilégiés.

➤ **Inciter les dispositifs spécifiques en santé précarité à favoriser l'ouverture des droits des personnes qu'ils accompagnent.**

Parmi les missions des dispositifs passerelle, l'ARS continuera à porter une attention particulière aux actions favorisant l'accompagnement à l'ouverture des droits des personnes accompagnées. A cette fin, les dispositifs passerelles veilleront à consolider leurs partenariats avec les organismes d'assurance maladie.

LES LEVIERS DE L'ACTION

- Le dispositif PLANIR, le service social de la Carsat et les leviers de communication des caisses d'Assurance maladie
- Présence des objectifs de sensibilisation à l'accès aux droits dans les contrats avec les dispositifs destinés aux personnes démunies
- PFIDASS (plateformes d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé) développées par l'Assurance maladie

LES PARTENARIATS MOBILISES

- CPAM, CAF, Carsat, MSA, associations, centres sociaux des collectivités territoriales (CCAS, CDAS)

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de projets de sensibilisation à l'accès aux droits.

Chantier 3 : Consolider la démarche de prévention et de promotion de la santé pour les personnes en situation de précarité

L'état de santé des personnes en situation de précarité est plus dégradé que celui des autres catégories de la population. Cette situation s'explique par plusieurs facteurs. On constate entre autre que la prévention et la promotion de la santé sont des démarches beaucoup moins accessibles pour ces personnes. Cette situation a plusieurs explications : d'une part, les personnes en situation de précarité s'approprient avec plus de difficultés les postures de prévention et promotion de la santé et d'autre part l'offre disponible n'est pas toujours adaptée aux besoins. Par ailleurs, les territoires les plus en difficulté au niveau des indicateurs de précarité sont moins bien couverts par l'offre de prévention et de promotion de la santé.

Pour une politique de santé globale en direction des personnes en situation de précarité, les efforts sur l'offre de soins curatifs doivent être assortis d'une démarche volontariste en prévention et promotion de la santé. L'éducation, la prévention, la promotion de la santé sont des réponses adaptées pour contribuer à l'adoption des comportements favorables à la santé des personnes en situation de précarité et pour les mobiliser autour de leur démarche de soins.

Objectif opérationnel n°1 : Renforcer les compétences psychosociales des personnes

LES ELEMENTS DE CONTEXTE

Si les déterminants sociaux de la santé expliquent en partie l'état de santé plus dégradé des personnes en situation de précarité et de grande pauvreté, celui-ci a également pour origine les difficultés à adopter des comportements favorables à la santé et à être acteurs dans leur parcours de santé.

Une étude de la Fondation de France précise ainsi que « *la santé ne constitue souvent pas une priorité pour les sans-abri qui ne consultent que lorsque la douleur est trop intense ou que le problème de santé devient invalidant, c'est à dire à un stade tardif.* » Différents professionnels décrivent également le déni des problématiques de santé, les symptômes ne motivant plus une consultation même si certains sont inquiétants.

Plus généralement, les études montrent que la santé n'entre qu'insuffisamment dans les priorités quotidiennes de la population en situation de précarité, notamment en termes de comportements favorables (alimentation, activité physique, conduites addictives...), alors même que ces personnes ont tendance à se percevoir en moins bonne santé que le reste de la population. Ce constat est d'autant plus préoccupant qu'un mauvais état de santé aggrave la précarité ou la pauvreté en induisant par exemple des frais supplémentaires ou en réduisant les chances d'avoir un emploi.

Les compétences psychosociales sont définies par l'OMS comme « *la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est son aptitude à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement.* »

Parallèlement à la démarche sur les déterminants de santé et aux actions auprès des professionnels de santé, il convient d'intervenir directement auprès des personnes en situation de précarité afin de développer leur capacité d'agir, d'adopter des comportements favorables à la santé et d'être acteurs dans leur parcours de soins.

LES ACTIONS A MENER

- ④ **Développer des projets qui visent, au moyen de démarches collectives ou individuelles, à l'adoption de comportements favorables à la santé** en matière de lutte contre les addictions, de santé mentale, de vie affective et sexuelle, de nutrition, d'activité physique...
- ④ **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.
- ④ **Informar les personnes sur l'offre de soins existante et sur la manière d'y accéder.** Il convient de mieux informer les personnes en situation de précarité sur l'offre de soins de proximité existante et sur la manière d'y accéder en structurant l'information en santé délivrée par les professionnels du champ social et les dispositifs passerelle.

- ➔ **Renforcer les actions de promotion de la santé sur les territoires les plus fragiles** (territoires ruraux, quartiers politiques de la ville...) Les territoires identifiés comme fragiles feront notamment l'objet d'une priorisation dans le cadre des procédures d'allocation de ressources.

LES LEVIERS DE L'ACTION

- Dispositifs d'allocation de ressources en prévention/promotion de la santé : appel à projets, CPOM

LES PARTENARIATS MOBILISES

- Partenaires institutionnels : collectivités territoriales, DDCS, CPAM, Carsat, MSA ;
- Opérateurs dans le domaine de la prévention et promotion de la santé, IREPS ;
- Représentants des usagers.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Evolution du nombre de projets de prévention et de promotion de la santé à destination du public en situation de précarité.

Objectif opérationnel n°2 : Développer une démarche renforcée de prévention et de promotion de la santé pour les populations les plus exclues

LES ELEMENTS DE CONTEXTE

On constate que certains types de publics (les personnes sans « chez soi », les migrants précaires, les gens du voyage, les femmes en situation de précarité, les personnes prostituées...) sont particulièrement concernés par les difficultés d'accès aux droits, aux soins et à la prévention. Ces personnes sont également éloignées des préoccupations de santé et ne vont pas naturellement vers les structures de soins et d'accompagnement. Ainsi, il convient d'avoir des actions spécifiques en prévention et promotion de la santé auprès des personnes les plus en difficulté.

Une **approche transversale** semble nécessaire afin de tenir compte de la diversité d'une part des profils des publics démunis et d'autre part des problématiques de santé (santé mentale, addictions, nutrition, vie sexuelle et affective...).

LES ACTIONS A MENER

- ⊕ **Développer les actions de prévention et de promotion de la santé renforcée auprès des publics les plus fragiles.**

- ⊕ **Expérimenter une recherche-action sur les liens entre addictions, précarité et santé mentale** afin d'en appréhender les facteurs déterminants et d'identifier de nouveaux leviers d'actions.

LES LEVIERS DE L'ACTION

- Allocation de ressources en PPS
- Plans d'action de la Cohésion sociale

LES PARTENARIATS MOBILISES

- DDCS, collectivités territoriales, Caisses d'assurance maladie ;
- Porteurs d'action en prévention et promotion de la santé.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de projets de prévention et promotion de la santé en direction de personnes les plus démunies.

Objectif opérationnel n°3 : Renforcer la formation des professionnels de l'accompagnement social au repérage et à l'orientation des publics en situation de précarité

LES ELEMENTS DE CONTEXTE

Les travailleurs sociaux sont confrontés aux problèmes de santé des personnes en situation de précarité. Les problèmes de santé constituent souvent un frein à l'insertion des personnes et rendent difficile leur accompagnement. De plus, les professionnels de l'accompagnement social qui assurent un suivi au long terme des personnes peuvent parfois se trouver en difficulté devant des situations compliquées.

Il s'agit ainsi d'apporter aux travailleurs sociaux des outils permettant de bien identifier le rôle qu'ils peuvent prendre dans la démarche de santé des publics qu'ils accompagnent.

LES ACTIONS A MENER

- ⊕ **Renforcer la formation des professionnels de l'accompagnement social :**
 - à la **posture favorable** au dialogue avec les personnes accompagnées pour aborder les questions de santé
 - **au repérage et à l'orientation au sein du système de santé** (connaissance du système de santé, de l'offre de droit commun et l'offre spécialisée pour les personnes les plus démunies).

Sur la durée du PRAPS, l'ARS se donne pour objectif de former a minima 500 professionnels de l'accompagnement social.

LES LEVIERS DE L'ACTION

- CPOM IREPS ;
- CPOM ANPAA ;
- CLSM.

LES PARTENARIATS MOBILISES

- Collectivités territoriales, Conseil consultatif régional des personnes accueillies ou accompagnées (CCRPA), associations, CRSA, SIAO, organismes de formation

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de professionnels de l'accompagnement social ayant bénéficié d'une formation.

Objectif opérationnel n°4 : Favoriser le partage entre pairs

LES ELEMENTS DE CONTEXTE

La « pair-aidance » a comme ambition, pour lutter contre la maladie, de faire évoluer les comportements individuels par des transferts de savoirs ou d'expérience entre pairs. Elle est actuellement utilisée dans le domaine des addictions comme dans celui de très nombreuses maladies chroniques, telles que le cancer, le diabète, l'obésité, l'asthme et le VIH.

La démarche de la pair-aidance est fondée sur la communauté d'expériences (parcours de rue, addictions, mauvaise santé mentale). Le pair décrit son parcours afin de partager son expérience au service de l'accompagnement d'autres personnes.

Il s'agit donc de renforcer les compétences des accompagnateurs pairs dans la sensibilisation des personnes en situation de précarité sur leur état de santé et leur capacité à agir.

LES ACTIONS A MENER

⊕ Animer et structurer un réseau de « pair-aidance » :

Il conviendra, en prenant en compte les démarches de pair-aidance déjà existantes, d'identifier des domaines et des territoires d'action privilégiés, et de mettre en place une stratégie de déploiement.

⊕ Mettre en place une formation sur la santé à destination des travailleurs pairs :

Il s'agira de d'élaborer un module de formation afin d'outiller les travailleurs pairs dans leur démarche.

LES LEVIERS DE L'ACTION

- Encadrement des formations
- Association du dispositif de patients experts

LES PARTENARIATS MOBILISES

- CRPA, associations, CRSA, organismes de formation

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de travailleurs pairs formés.

Chantier 4 : Accompagner les parcours de santé des personnes en situation précaire

Les difficultés sociales peuvent impacter l'état de santé d'une personne (répercussion sur la santé d'un problème d'insalubrité du logement par exemple). Inversement, un état de santé détérioré a des conséquences sur la vie d'une personne dans de nombreux domaines (vie sociale, accès aux études, à l'emploi, logement...) et entraîne des difficultés sociales et financières. Dès lors, améliorer durablement l'état de santé d'une personne nécessite d'agir sur les différentes dimensions de la précarité (santé, social, logement, emploi...).

Les pratiques des professionnels et les politiques d'intervention doivent donc appréhender l'ensemble des besoins de la personne. Or les politiques d'intervention reposent sur plusieurs acteurs institutionnels et impliquent une multiplicité de professionnels. Cela impose de penser de nouvelles modalités de coopération et d'action partagée entre institutions et acteurs.

Instituée par un accord cadre de novembre 2014 entre l'Assemblée des départements de France et le ministère des affaires sociales et de la santé, la démarche AGILLE (« Améliorer la gouvernance et développer l'initiative locale pour mieux lutter contre l'exclusion »), inspirée de la méthode MAIA, préconise le décloisonnement des politiques dans le champ de la santé-précarité et une meilleure prise en compte des spécificités et initiatives locales.

Pour cela, elle propose de mettre en place une organisation à trois niveaux articulés entre eux :

- A un niveau individuel, l'animation sur les territoires d'un réseau de professionnels intervenant auprès des personnes en situation précaire ;
- A un niveau organisationnel et territorial, des instances territoriales de coordination et de développement social ;
- A un niveau stratégique, une instance visant à mieux articuler les politiques publiques.

Objectif opérationnel n°1 : Au niveau individuel, favoriser un accompagnement global de la personne

LES ELEMENTS DE CONTEXTE

L'amélioration des parcours suppose que l'ensemble des acteurs passent d'une logique d'intervention sectorielle à une approche globale des besoins de la personne et des interventions.

Afin de favoriser le décloisonnement des différents acteurs intervenant auprès des personnes en situation de précarité à un niveau individuel, la démarche AGILLE préconise la mise en réseau d'acteurs à l'aide d'un certain nombre d'outils :

- L'élaboration d'un guide favorisant l'interconnaissance des acteurs ;
- La constitution d'un réseau collaboratif d'acteurs d'un même territoire leur permettant de communiquer et d'échanger des informations ;
- La mise en place d'un comité de coordination et de résolution des situations complexes ;
- La mise en place d'un accompagnement renforcé des situations les plus complexes.

LES ACTIONS A MENER

Il s'agira de favoriser l'orientation des personnes en situation de précarité vers les différents professionnels intervenant dans le champ de la précarité (notamment les professionnels de santé de soins primaires) en structurant des modalités d'orientations partagées par tout un réseau d'acteurs. A cette fin, il conviendra de :

- ⊕ **Définir un territoire de référence** en privilégiant un niveau de proximité, cohérent avec les territoires d'action sociale et de structuration de l'offre sociale en dispositifs passerelle pour les personnes les plus démunies (cf. chantier 1).

- ⊕ **Identifier des opérateurs et professionnels ayant vocation à être membres du réseau collaboratif.** Il s'agira d'identifier l'ensemble des professionnels ayant un contact direct avec les personnes en situation quel que soit leur domaine d'intervention (santé, social, logement, emploi, formation...).

- ⊕ **Réaliser un guide recensant l'ensemble des acteurs** intervenant dans le champ de la santé précarité, leurs périmètres d'intervention, leurs actions. Ces éléments auront vocation à alimenter le ROR (Répertoire opérationnel des ressources) à terme.

- ⊕ Créer **des outils communs** aux acteurs du réseau permettant de structurer une approche globale des besoins et des interventions :
 - Elaboration d'un outil partagé pour une évaluation multidimensionnelle simplifiée du besoin des personnes ;
 - Elaboration d'un outil partagé d'orientation de la personne au sein du réseau de professionnels.

Ces outils pourront dans un second temps être intégrés au SI Parcours et coordination commun en cours de structuration pour répondre aux besoins d'orientation et de coordination des MAIA et des PTA notamment.

- ⊕ **Inciter à la mise en place sur les territoires** qui en seraient dépourvus **des réunions de coordination** entre acteurs sur les **situations individuelles complexes**

- ⊕ **Mettre en place un appui à la coordination des situations complexes par l'intermédiaire des plateformes territoriales d'appui** (PTA) et des gestionnaires de cas MAIA.

LES LEVIERS DE L'ACTION

- Déployer des MAIA et des PTA ;
- Expérimenter deux MAIA tous publics (Quimperlé et Dinan) ;
- Réunions de concertation départementale (cf. objectif opérationnel 3) avec l'ensemble des institutions intervenant dans le champ de la précarité sur le territoire de référence.

LES PARTENARIATS MOBILISES

- Institutionnels : DDCS, collectivités territoriales, Caisses d'assurance maladie, Carsat, CAF, CD...
- Opérateurs : Etablissements de santé, structures médico-sociales « publics en difficultés spécifiques », associations du secteur médico-social et du secteur social.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Réalisation du guide de recensement des acteurs.

Objectif opérationnel n°2 : A un niveau territorial, animer des concertations entre acteurs

LES ELEMENTS DE CONTEXTE

L'ensemble des professionnels constate au quotidien des dysfonctionnements liés à la difficile complémentarité des dispositifs et des interventions sur un même territoire.

Ainsi, il est nécessaire de favoriser le travail en commun des opérateurs d'un territoire, au-delà des situations individuelles (cf. objectif opérationnel 1), dans le but d'améliorer la réponse collective. Dès lors, il s'agit d'identifier un espace de travail pour les acteurs du territoire leur permettant d'échanger sur l'organisation des relations inter-services et d'agir pour une meilleure cohérence des actions au service de la population.

La démarche AGILLE propose à cette fin de mettre en place des instances territoriales de coordination et de développement social.

LES ACTIONS A MENER

⊕ **Participer aux instances territoriales de concertation**

Dans un premier temps sur deux territoires expérimentaux de MAIA tous publics (Quimperlé et Dinan) et à terme sur chaque territoire de proximité défini (cf. objectif précédent), une instance territoriale de concertation sera mise en place afin de permettre le travail en commun des opérateurs intervenant dans le champ de la santé précarité (acteurs du champ de la santé, du social, du médico-social, du logement, de l'emploi...).

Son objectif sera de favoriser la complémentarité des dispositifs et des interventions, d'améliorer la réponse apportée à la population en identifiant les freins et en proposant de simplifier les fonctionnements et de développer l'initiative.

Cette instance sera à différencier des réunions de de coordination autour des situations individuelles car elle aura pour but une réflexion sur l'organisation des services.

Le pilote MAIA des territoires expérimentaux aura pour mission, en lien avec les institutions partenaires, de réunir cette instance et d'en animer les travaux. A cette fin, il réunira les éléments de diagnostic déjà menés par les institutions partenaires en les complétant le cas échéant afin d'identifier les situations de rupture de parcours et les dysfonctionnements propres à chaque territoire.

Les travaux associant les acteurs du territoire auront pour objectif de proposer des actions correctrices aux dysfonctionnements et situations de rupture constatées. Le pilote MAIA retracera l'ensemble des propositions de l'instance au sein d'une feuille de route territoriale qui sera soumise aux institutions.

Des enseignements seront tirés de ces expérimentations avant d'envisager la généralisation de la démarche sur l'ensemble du territoire régional.

LES LEVIERS DE L'ACTION

- Composition et réunion des instances sur les deux territoires expérimentaux
- Rédaction des feuilles de route territoriales sur les deux territoires expérimentaux

LES PARTENARIATS MOBILISES

- Institutionnels : DDCS, collectivités territoriales, CPAM, CAF, CD...
- Opérateurs : Etablissements de santé, structures médico-sociales « publics confrontés à des difficultés spécifiques », associations du secteur médico-social et du secteur social.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Mise en place de réunions de concertation territoriale traitant de la santé précarité sur les territoires des MAIA tous publics de Quimperlé et de Dinan.

Objectif opérationnel n°3 : Au niveau stratégique, mieux articuler les politiques publiques

LES ELEMENTS DE CONTEXTE

La démarche parcours proposée par le PRAPS dans le champ de la précarité vise à déployer une méthodologie de travail pour favoriser le décloisonnement des politiques et des interventions.

Ainsi les actions mises en œuvre pour favoriser la transversalité des acteurs à un niveau individuel (mise en réseau des acteurs) et territorial (travail commun des opérateurs sur l'organisation des services) doivent être complétées par un décloisonnement des politiques publiques dans le champ de la précarité.

La démarche AGILLE propose pour cela de mettre en place une instance visant à mieux articuler les politiques publiques.

LES ACTIONS A MENER

⊕ Mettre en en place ou consolider une concertation stratégique

Cette concertation prendra la forme d'une part d'une **instance institutionnelle départementale** (déjà en place dans certains départements ou à créer).

Celle-ci sera réunie par les institutions partenaires afin de faire converger les stratégies institutionnelles et les plans pilotés par chaque institution. Pour ce faire, une feuille de route annuelle commune sera élaborée afin de piloter conjointement les travaux devant être articulés. Cette feuille de route pourra être alimentée par des objectifs des feuilles de route territoriales.

Par son action, l'instance départementale veillera à favoriser l'initiative et les propositions favorisant la levée des contraintes et l'assouplissement de la mise en œuvre des normes au service des parcours.

- ⊕ Renforcer la concertation stratégique par le biais de la **commission de coordination des politiques publiques**, qui assurera au niveau régional un suivi et une articulation nécessaire du PRAPS avec les autres politiques publiques.

LES LEVIERS DE L'ACTION

- Composition et réunion des instances ;
- Rédaction des feuilles de route territoriales et départementales.

LES PARTENARIATS MOBILISES

- Acteurs institutionnels intervenant dans le champ de la précarité : DDCS, collectivités territoriales, CPAM, CAF, MSA, CD...

L'INDICATEUR DE REALISATION

Deux réunions annuelles des quatre instances départementales.

