RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ | 2018-2028

Programme d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

Auvergne-Rhône-Alpes

2023-2028

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ · AUVERGNE-RHÔNE-ALPES · 2018 2028

Document réalisé par l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes
Edité le 31 octobre 2023

TABLE DES MATIÈRES

QUELQUES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE ***7***

DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES 7

LES INÉGALITÉS DE SANTÉ 12

LA PRÉCARITÉ EST UN PHÉNOMÈNE MULTIDIMENSIONNEL 15

CONTEXTE COVID 17

CHAPITRE 1 – FAVORISER L'ACCÈS À LA SANTÉ DES POPULATIONS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ET LUTTER CONTRE LE NON-RECOURS ***18***

1.1 AMÉLIORER L'ACCÈS AU « DROIT COMMUN » DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES 19

1.2 PROMOUVOIR LES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ ADAPTÉS AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ 23

1.3 FACILITER LA PRISE EN CHARGE EN SANTÉ MENTALE DES PUBLICS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ 24

1.4 LUTTER CONTRE LE NON RECOURS AUX SOINS, LE REFUS DE SOINS ET LES DISCRIMINATIONS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ 26

CHAPITRE 2 - FAVORISER LE TRAVAIL EN RÉSEAU DES PROFESSIONNELS DES CHAMPS SANITAIRES, MÉDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX POUR L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES ***28***

2.1 AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ SOUFFRANT D'ADDICTION ET/OU DE TROUBLES PSYCHIQUES 29

2.2 AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SANS DOMICILE INDIVIDUEL, VIA UNE REPONSE COORDONNÉE ET PLURIDISCIPLINAIRE DANS UNE LOGIQUE DE LOGEMENT D'ABORD 30

2.3 RENFORCER LES PARTENARIATS ENTRE LE SECTEUR DU MÉDICO-SOCIAL ET CELUI DE LA PRÉCARITÉ POUR AMÉLIORER LE PARCOURS DES PERSONNES VIELLISSANTES EN SITUATION DE PRECARITE 31

2.4 ADAPTER LES PARCOURS DE SOINS AUX PARTICULARITÉS DES PERSONNES VULNERABLES LES PLUS EN DIFFICULTÉ 32

2.5 VEILLER A LA PRISE EN COMPTE DES PUBLICS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ DANS LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ (CLS) 34

CHAPITRE 3 – AMÉLIORER LA CAPACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ À MIEUX PREDNDRE EN CHARGE LES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES ***36***

3.1 FAVORISER LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS ET ATTENTES DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES DANS LES POLITIQUES LOCALES ET RÉGIONALES DE SANTÉ 37

3.2 FAVORISER UNE MEILLEURE CONNAISSANCE PAR LES PROFESSIONNELS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ 38

3.3 DÉPLOYER DES OUTILS / DISPOSITIFS FACILITANT LA COMPRÉHENSION ENTRE LES PROFESSIONNELS ET LES PATIENTS 39

3.4 RENFORCER ET COORDONNER L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES 41

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI ***44***

GLOSSAIRE ***46***

PRÉAMBULE

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes est chargée de piloter le système de santé dans la région au travers de la mise en œuvre de la politique de santé au plus près des besoins des habitants et de la régulation de l'offre en santé. Dans cet objectif et conformément à la réglementation, **l'Agence a élaboré en 2018, un projet régional de santé (PRS), valable pour une période de 10 ans.**

Le PRS est un outil de pilotage stratégique des actions de l'agence. Il définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs de l'Agence en matière de santé sur 10 ans, ainsi que les objectifs opérationnels pour les atteindre.

Il constitue un **document de référence pour les acteurs de santé :** professionnels de santé et de prévention intervenants en santé publique, en établissements sanitaires et médico-sociaux, etc.

➜ consulter le dossier de presse diffusé au moment de la publication du PRS Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028

Le Projet régional de santé de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes actuellement mis en œuvre est composé de 3 documents complémentaires : le Cadre d'orientation stratégique, **le Schéma régional de santé (SRS) et le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).**

Le **Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS),** établi pour 5 ans, est une déclinaison spécifique du schéma régional de santé visant à faciliter l'accès au système de santé dans toutes ses composantes et notamment le parcours de soins des personnes **les plus démunies et les plus éloignées de la santé.**

Dans le cadre du PRS 2018-2028, les documents SRS et PRAPS couvrant la période de 2018 à 2023 arrivent à échéance. Il convient de les réviser, afin de fixer les objectifs stratégiques en matière de santé pour les 5 prochaines années.

Ces documents réglementaires font l'objet d'une publication officielle sous forme d'arrêté du Directeur général de l'ARS, au plus tard le 1er novembre 2023, après la phase de concertation auprès des instances de démocratie sanitaires (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie – CRSA, Conseils territoriaux de santé - CTS) et des partenaires institutionnels.

LE PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES 2023-2028

L'élaboration du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) 2023-2028 Auvergne-Rhône-Alpes tient compte des événements récents qui ont touché l'ensemble du système de santé (pandémie, évènements environnementaux, fragilité des secteurs hospitalier et médico-social, etc.) ; il permet de présenter les évolutions déjà permises et de rendre visibles celles à atteindre pour les 5 prochaines années.

Inscription dans le cadre structurant du PRS 2018-2028, avec enjeux prioritaires

Le SRS 2023-2028 s'inscrit dans la continuité des engagements du cadre d'orientation stratégique valables 10 ans autour **des 6 objectifs structurants :**

1. **Renforcer, en lien avec les autres porteurs de politiques, la place de l'éducation à la santé, de la prévention et de la promotion de la santé publique.**
2. **Favoriser l'accès à la santé.**
3. **Améliorer la qualité et l'efficience du système de santé par une organisation en parcours reposant prioritairement sur l'ambulatoire et par le soutien à domicile.**
4. **Renforcer la capacité du système de santé à faire face aux situations exceptionnelles.**
5. **Renforcer la démocratie en santé et les relations partenariales entre professionnels et usagers.**
6. **Adapter le système de santé en s'appuyant sur les innovations.**

L'ensemble de ces objectifs concerne bien évidemment les personnes les plus démunies et trouveront une déclinaison opérationnelle dans le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Pour autant, et dans la perspective de réduction des inégalités territoriales de santé, des thématiques abordées dans le Schéma régional de santé peuvent aborder une déclinaison visant les populations les plus fragiles (ex Cancer).

Élaboration du PRAPS dans une démarche participative

Elle s'appuie notamment sur une **évaluation prospective des besoins,** réalisée sur la base d'un Atlas régional de santé, mais aussi sur l'écoute des besoins de santé rencontrées par l'usager dans son parcours de santé. Un **bilan à mi-parcours** du PRS sur 9 questions évaluatives définies en 2018, a été également réalisé dressant réussites, points d'amélioration et analyse de la pertinence de leurs poursuites ou adaptations dans la région.

Concernant le PRAPS, le bilan s'inscrit dans la 1re question évaluative : **« Le PRS ou PRAPS a-t-il permis d'améliorer l'accès aux soins, y compris aux soins non programmés, en tout point du territoire et pour toute la population »** dont les personnes en situation de précarité.

L'Atlas régional de santé dresse un portrait de santé de la région au travers d'indicateurs démographique et épidémiologique, des déterminants de santé, des inégalités sociales et territoriales de santé, de la démographie des professionnels de santé et de sa projection et perspectives d'évolution. Ces données permettent d'identifier les besoins de l'offre de santé en tenant compte de l'évolution de la population. Ce document réalisé avec l'appui de l'Observatoire régional de la santé (ORS), a permis d'alimenter le diagnostic préalable à l'écriture du SRS 2023-2028.

Ce document a été élaboré par l'ARS, en lien avec les professionnels et acteurs locaux de la santé, expert et spécialistes thématiques et représentants des usagers. Plusieurs mois de travaux d'expertises et de consultations ont permis d'établir un état des lieux complet des actions programmées/réalisées depuis 2018 ; et d'élaborer précisément des objectifs prioritaires pour les 5 prochaines années. Des représentants de la CRSA et les partenaires institutionnels de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes ont été associés dans une phase de co-construction et de concertation du SRS. Par ailleurs, dans le cadre du Conseil National de la Refondation de la Santé, des consultations publiques ont été menées fin 2022 sur une approche locale, dans chacun des 12 départements de la région grâce à l'appui des Conseils territoriaux de santé et la mobilisation des délégations départementales de l'ARS.

Le présent PRAPS va s'employer à proposer une démarche d'amélioration du parcours de santé des publics en situation de précarité au travers des 3 chapitres ci-après :

- **Chapitre 1 -** Favoriser l'accès à la santé des populations en situation de précarité et lutter contre le non-recours.
- **Chapitre 2 -** Favoriser le travail en réseau des professionnels des champs sanitaires, médico sociaux et sociaux pour l'accompagnement et la prise en charge des personnes les plus démunies.
- **Chapitre 3 -** Améliorer la capacité du système de santé à mieux prendre en charge les personnes les plus démunies.

QUELQUES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

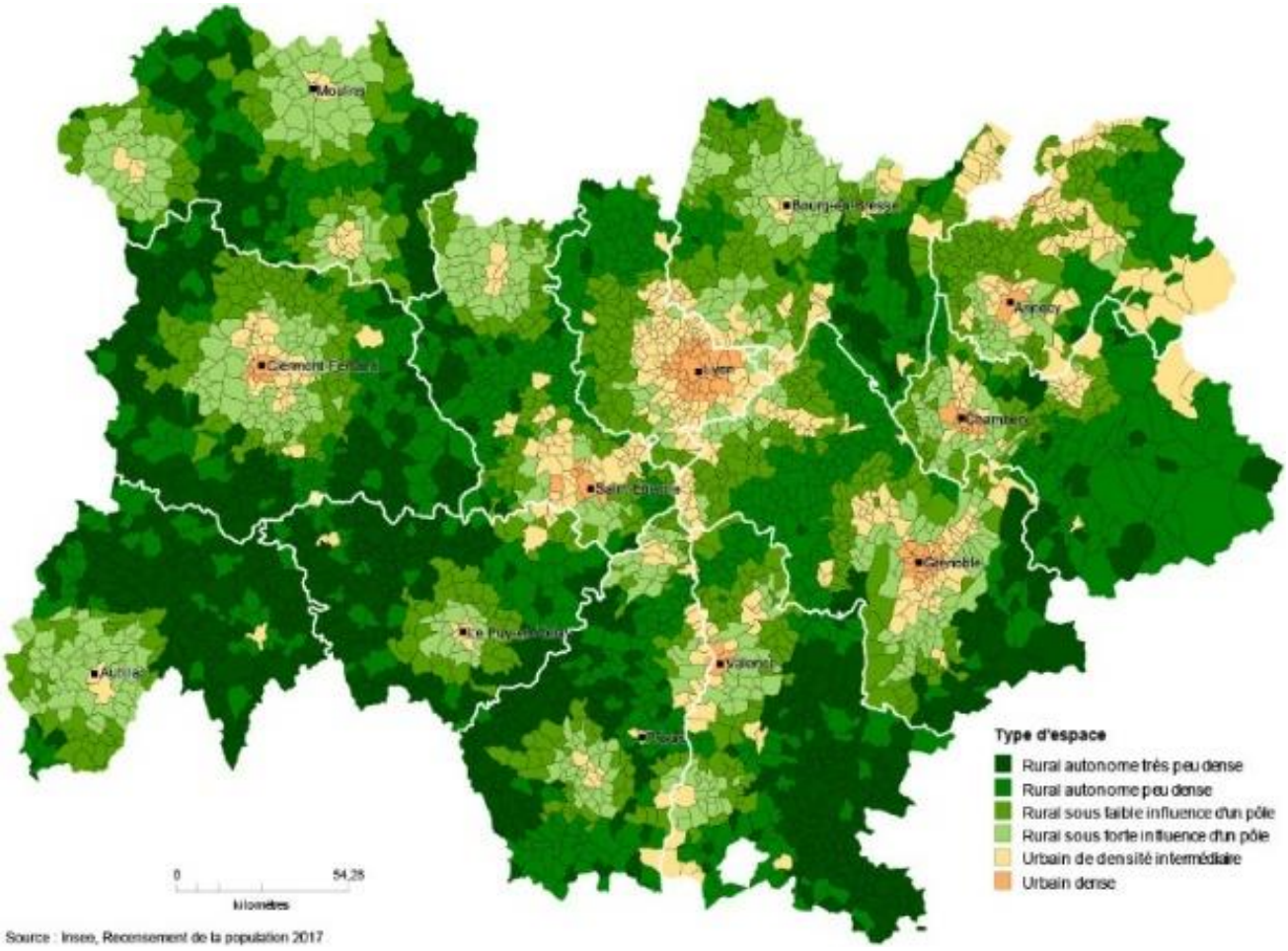
DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES

Des disparités infra départementales en termes de densité de population

Le département le moins peuplé est celui du Cantal qui compte 144 700 habitants en 2018 et le plus peuplé, le Rhône, en compte 1 859 500 habitants. La Métropole de Lyon constitue une collectivité locale au statut unique intégrant les compétences d'un département.

En 2018, près de 2,8 millions d'habitants vivent dans une commune rurale, soit 35 % des habitants d'Auvergne-Rhône-Alpes et 30,4 %, soit 2,4 millions d'habitants, vivent dans un centre urbain dense (Lyon, Grenoble, Clermont-Ferrand, Valence, Chambéry, Annecy, Saint-Étienne) dont 1,2 million (15,8 %) autour de la ville de Lyon.

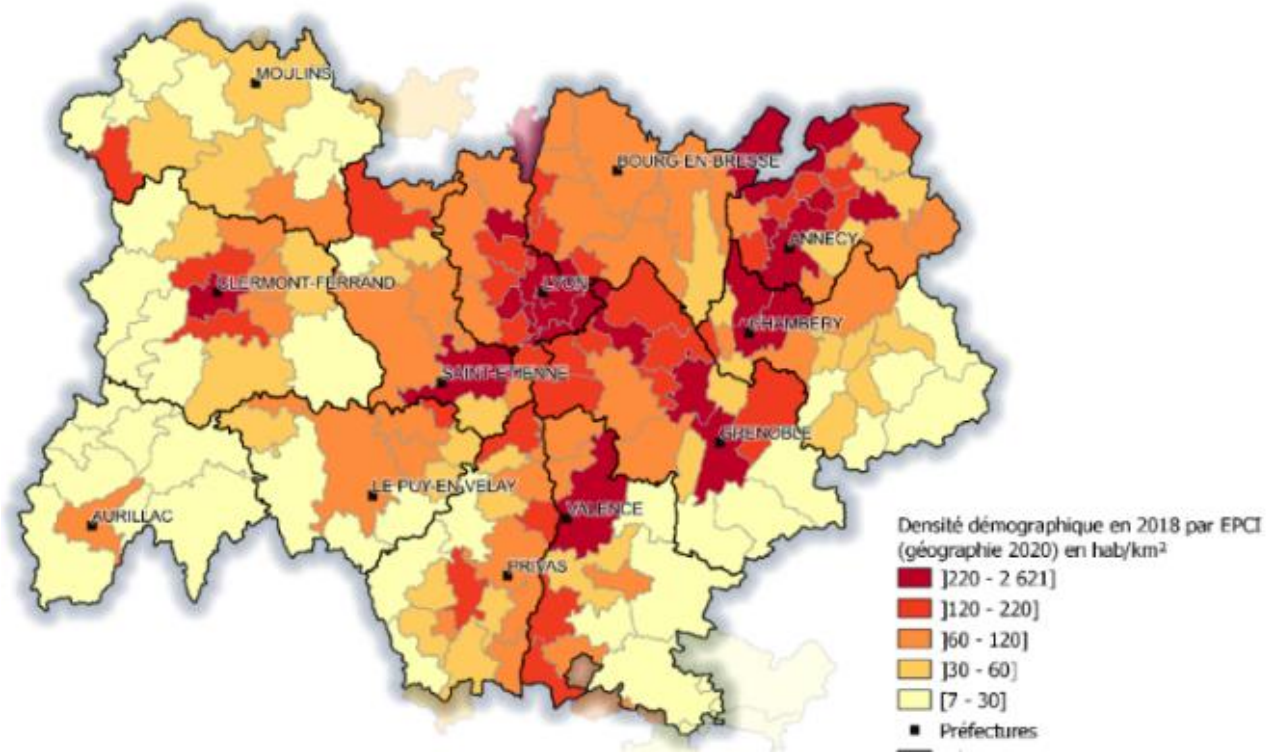
Carte 1 – Typologie communale



Source : Insee, Recensement de la population 2017

La densité moyenne de population en Auvergne-Rhône-Alpes est de 115 habitants par km². La région est marquée par de fortes disparités[1]. Elle conjugue des espaces urbains à la densité élevée avec des zones rurales et montagneuses peu, voire très peu denses.

Carte 2 - Densité géographique en 2018, par EPCI Auvergne-Rhône-Alpes

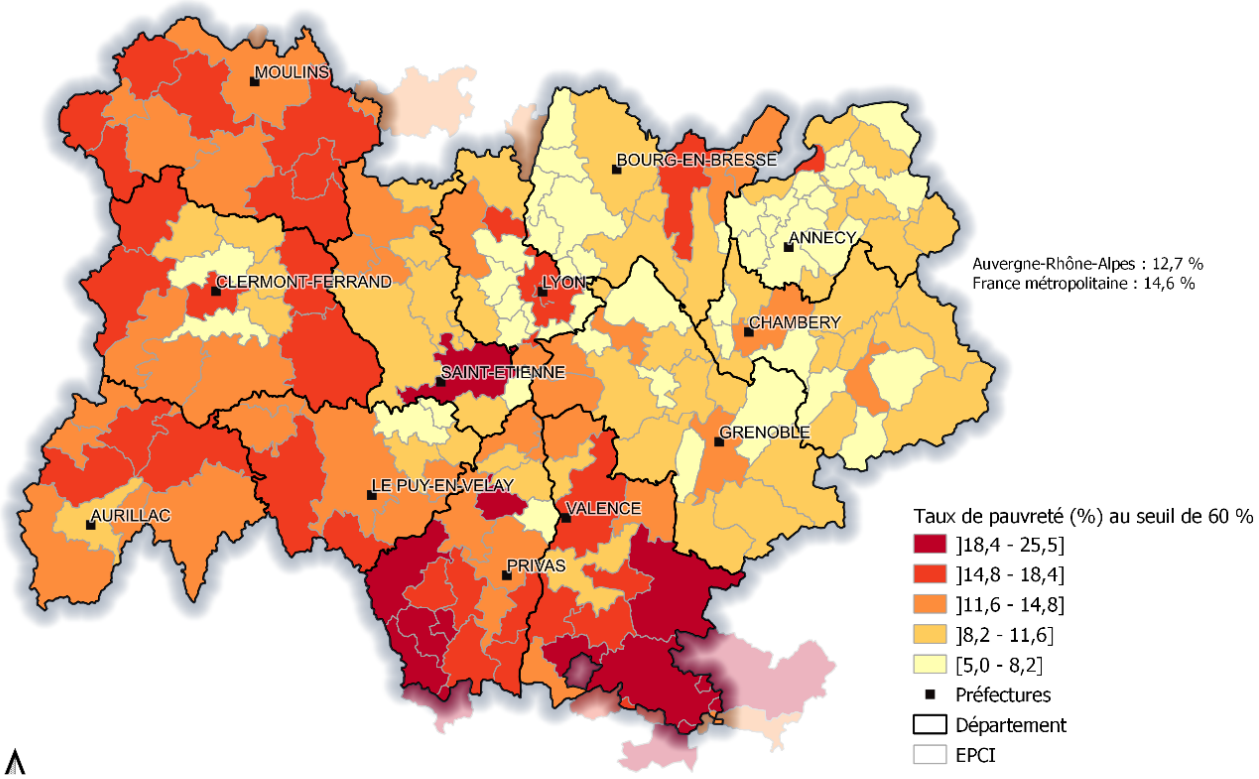


Un taux de pauvreté nettement inférieur au niveau national mais marqué par des disparités

Le taux de pauvreté en Auvergne-Rhône-Alpes est de 12,7 % en 2018 contre 14,6 % en France métropolitaine. En 2018, près de 1 million de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté monétaire fixé à 60 % du revenu médian, soit 1063 € par mois. Les taux varient de 15,5 % dans les départements de l'Allier à 8,9 % dans le département de la Haute-Savoie.

[1] 7,7 millions d'habitants en Auvergne Rhône-Alpes, Insee Flash Auvergne n°12, octobre 2015,2p.

Carte 3 - Taux de pauvreté en 2018 par EPCI, Auvergne-Rhône-Alpes



Principaux constats

- Les habitants des Quartiers dits « Politique de la Ville » sont particulièrement touchés par la pauvreté qui a augmenté entre 2013 et 2018 notamment à Saint-Étienne, Clermont-Ferrand, Lyon et Grenoble. Le taux de pauvreté de l'Allier a également augmenté de 0,5 point, se situant parmi les taux les plus élevés de la région.
- Les autres départements voient leur taux de pauvreté diminuer dans des proportions plus ou moins importantes (-1,8 point dans le Cantal, -0,2 point en Savoie).
- Les familles monoparentales et les familles nombreuses sont particulièrement touchées, 17,5 % des familles dans la région sont allocataire à bas revenus.
- Moins de personnes sans diplôme que la moyenne nationale : 13,6 % de personnes âgées entre 15 et 49 ans sont sans diplôme, contre 14,7 % en France métropolitaine. Les parts les plus élevées s'observent dans les départements de l'Allier (16,3 %), de la Drôme (15,7 %) et de la Loire (15,6 %). Les parts les plus basses s'observent dans le Cantal (11,3 %), la Haute-Loire (11,9 %) et la Savoie (12,3 %).
- Un taux de chômage parmi les plus bas de France : le taux de chômage en 2020 est de 7,0 % en Auvergne-Rhône-Alpes contre 8,0 % en France entière. Les départements de l'Ardèche (8,7 %), de la Drôme (8,6 %) et de l'Allier (8,6 %) ont les taux de chômage les plus élevés de la région. Le Cantal a le taux de chômage le plus bas de la région (4,7 %).
- Les zones d'emploi ont des situations contrastées face au chômage. En 2020, les taux les plus élevés sont observés dans les zones d'emploi d'Aubenas (10,6 %), de Bollène et Pierrelatte (9,9 %), Montélimar (9,5 %) et Montluçon (9,3 %). Les zones d'emploi du Cantal ont des taux de chômage inférieurs à 5 %, Saint-Flour (4,3 %) ayant le taux de chômage le plus bas de France.

Tableau 1 - Caractéristiques économiques de la région par département

	Taux de chômage (%) 2020	Médiane du revenu disponible par unité de consommation (€) 2018	Part des ménages fiscaux imposés (%) 2018	Rapport interdécile des revenus* 2018
Ain	6,0	23 420	53,6	3,4
Allier	8,6	20 360	44,0	3,0
Ardèche	8,7	20 780	45,0	3,0
Cantal	4,7	20 510	42,9	2,8
Drôme	8,6	21 100	47,4	3,2
Isère	6,6	22 950	54,9	3,1
Loire	7,9	20 770	45,3	3,0
Haute-Loire	6,3	20 800	42,8	2,7
Puy-de-Dôme	6,9	21 890	50,8	3,1
Rhône	7,3	22 990	57,3	3,7
Savoie	6,4	23 160	56,9	3,0
Haute-Savoie	6,4	26 600	57,1	4,1
Auvergne-Rhône-Alpes	7,0	22 480	52,4	3,4
France métrop.	8,0	21 730	51,7	3,4

Source : Insee, Statistiques locales, 2018

***Définition :** Le rapport interdécile est le rapport entre le neuvième décile (niveau de vie qui sépare les 90 % qui touchent le moins des 10 % qui touchent le plus) et le premier décile (niveau de vie qui sépare les 10 % les plus pauvres des 90 % restants). Le rapport interdécile des revenus est utilisé pour mettre en évidence les disparités (ou écarts) entre les plus riches et les plus pauvres.

Lecture : En 2018, dans l'Allier, la moitié des personnes ont un niveau de vie inférieur à 20 360 euros annuels, soit 1 697 euros par mois. Le rapport interdécile indique que les 10 % de personnes les plus aisées ont un niveau de vie 3 fois supérieur aux 10 % de personnes les plus pauvres. Cet écart est le plus élevé en Haute-Savoie. Plus le rapport interdécile est élevé, plus les écarts entre les 10 % les plus pauvres et les 10 % les plus riches est important.

Un indice de défavorisation sociale plus marqué à l'ouest de la région

En complément du taux de pauvreté monétaire, la précarité peut se traduire par l'indice de défavorisation sociale appelé « FDep », un indicateur composite qui rend compte de la précarité (défaveur sociale) à l'échelle communale. Il a été développé dans le contexte français par l'Inserm (REY et al, 2009).

L'indice est construit à partir des données de recensement de la population et des revenus fiscaux des ménages.

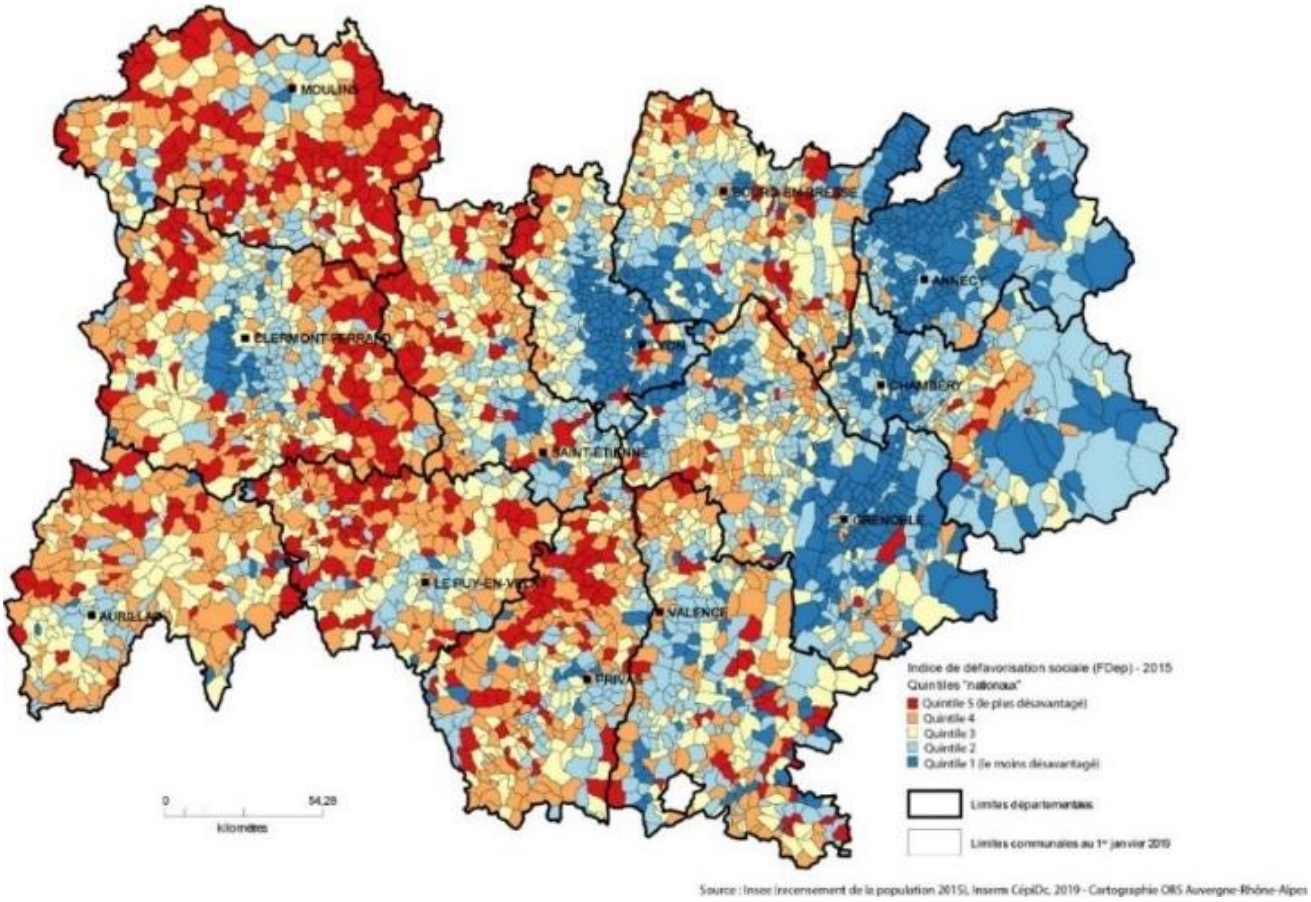
Quatre variables sont utilisées :

- le pourcentage d'ouvriers dans la population active,
- le pourcentage de bacheliers chez les 15 ans et plus,
- le pourcentage de chômeurs dans la population active,
- le revenu médian par foyer.

La valeur de l'indice est obtenue à l'aide d'une analyse en composantes principales (ACP) conduite sur les quatre variables. Cet indice est actuellement utilisé par la Caisse nationale d'assurance maladie pour les travailleurs salariés (CNAM-TS).

La carte de l'indice de défavorisation sociale rend compte d'une situation globalement moins favorable sur le plan social pour les communes de l'ouest de la région par rapport à celle de l'est. À l'ouest de la région les communes urbaines sont dans des situations plus favorables. Toutefois, des inégalités infra-communales subsistent.

Carte 4 - Indice de défavorisation sociale (FDEP 15)
Distribution par quintile (Référence population communes de France).



Cette approche multi factorielle permet de guider la politique régionale, en particulier les dispositifs de lutte contre la précarité en santé dont le déploiement sera accentué sur les territoires les plus défavorisés : quantiles 5 et 4.

LES INÉGALITÉS DE SANTÉ

Les inégalités de santé sont définies comme étant **« des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé » observées entre des groupes sociaux.** Il est avancé que les différences territoriales de mortalité dépendent largement des caractéristiques socio-économiques de leur population.

De nombreux travaux de recherche ont étudié les facteurs d'inégalité. Parmi les pistes évoquées, se trouvent : les conditions de vie, les conditions de travail, les comportements à risque et les modes de vie (activité physique, alimentation, consommation de substances psychoactives…), la qualité de l'environnement et de l'offre de services (notamment de santé) à proximité des lieux de vie. S'ajoutent probablement des inégalités d'accès aux services, à l'emploi… L'influence de ces différents facteurs a été observée dès la grossesse et leurs effets peuvent se cumuler tout au long de la vie. Ces facteurs sont également liés aux pratiques sociales et culturelles qui peuvent expliquer certaines différences entre les hommes et les femmes.

Les populations les moins favorisées (faibles revenus ou peu diplômés) cumulent généralement les expositions aux différents facteurs de risque pour la santé : environnement professionnel, environnement familial, comportements défavorables (nutrition, activité physique…). L'analyse des indicateurs de mortalité, mortalité prématurée, espérance de vie, etc., fait apparaître un gradient selon la catégorie socioprofessionnelle ou le niveau d'étude, connu sous le terme « gradient social de santé ».

Ainsi, en France, à 35 ans, un homme, cadre supérieur, a une espérance de vie de 49 ans, un ouvrier, de 43 ans, soit six ans d'écart.

Comparativement à la France métropolitaine, l'état de santé en Auvergne-Rhône-Alpes apparaît globalement bon au regard d'indicateurs tels que la mortalité (taux standardisés) ou l'espérance de vie. La région bénéficie d'une sous-mortalité marquée, aussi bien pour les cancers que pour les maladies de l'appareil circulatoire. Les taux standardisés de mortalité toutes causes sont parmi les plus bas de France.

Toutefois, des disparités perdurent aussi bien entre les hommes et les femmes qu'entre les **Zones de soins de proximité (ZSP)[2],** faisant apparaître des inégalités de santé adossées au gradient régional est-ouest.

Des disparités de mortalité entre les différents territoires

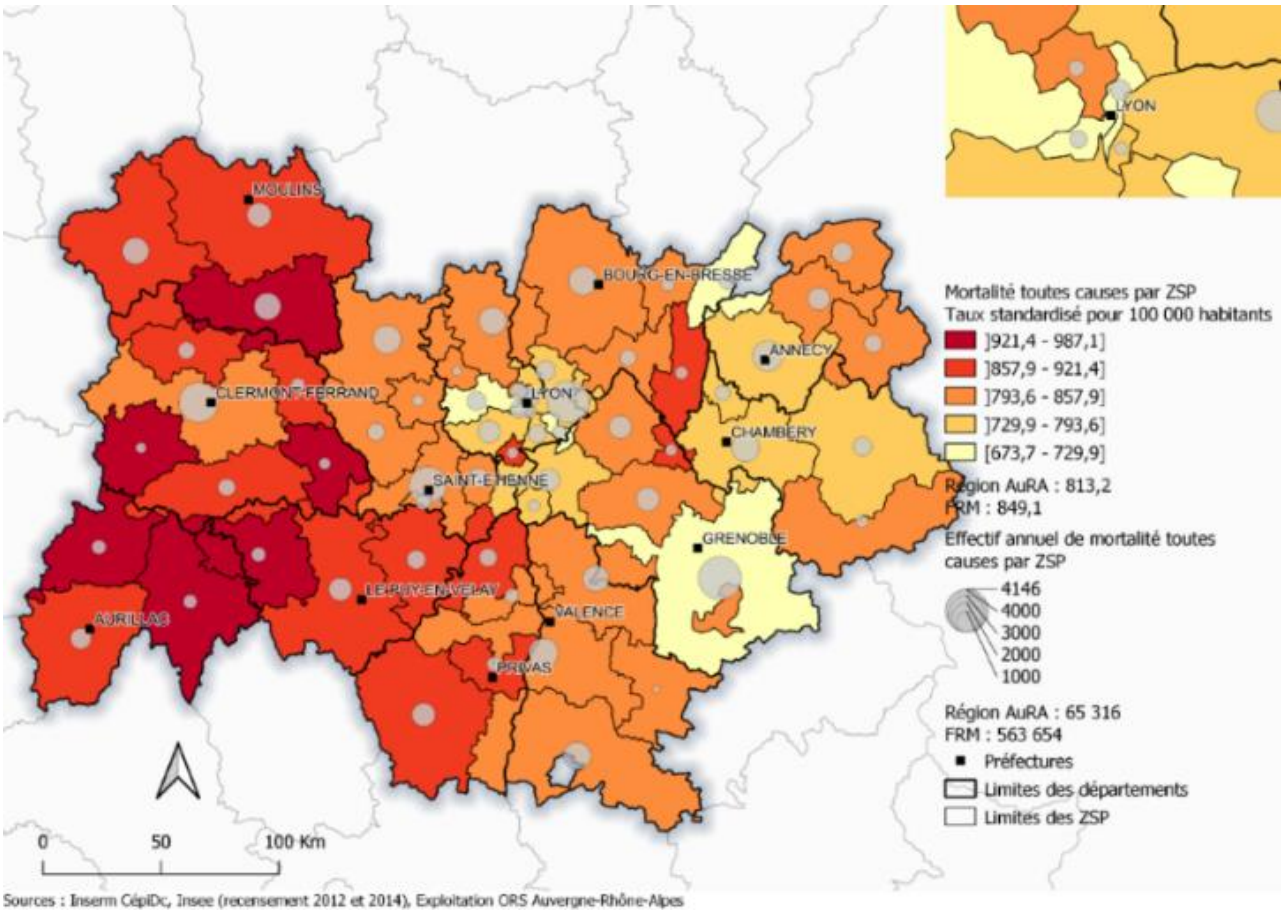
L'Allier, le Cantal, la Haute-Loire, le Puy-de-Dôme et l'Ardèche sont les départements où les taux de mortalité sont les plus élevés, supérieurs aux moyennes régionales et nationales. Le Rhône et l'Isère bénéficient des taux les plus bas de la région. Les différences observées entre département se retrouvent au sein des ZSP. Ainsi, un clivage est-ouest est observé avec une mortalité plus prononcée à l'ouest et au sud de la région.

Ces disparités sont relevées quel que soit le sexe, même si les écarts entre ZSP sont un peu moins marqués chez les femmes que chez les hommes. Les taux de mortalité féminins sont également très inférieurs aux taux masculins sur tous les territoires.

2 Les ZSP sont construites comme les territoires sur lesquels les patients ont les mêmes habitudes de recours aux soins hospitaliers. Ces territoires correspondant aux zones d'attraction des principaux établissements de la région.

La région est couverte par 62 zones de soins de proximité

Carte 5 - Taux standardisés de mortalité par ZSP, Auvergne Rhône-Alpes, Période 2012-2016



Sources : Inserm CépiDc, Insee (recensement 2012 et 2014), Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Principales causes de décès : les cancers et les maladies cardiovasculaires

Les quatre principales causes de mortalité observées sont, par ordre décroissant, les tumeurs, les maladies cardiovasculaires, les maladies du système nerveux ainsi que les causes externes (causes externes responsables de lésions traumatiques, d'intoxications et d'autres effets indésirables : accidents, lésions auto infligées, agressions…).

L'ensemble des indicateurs de mortalité, de mortalité prématurée et de mortalité évitable montrent un gradient social fort qui traduisent un accès à la prévention et aux soins moindre pour les personnes socialement défavorisées.

Le positionnement de chaque ZSP selon ses écarts à la valeur régionale concernant quatre indicateurs (taux standardisé de mortalité toutes causes, taux standardisé de mortalité prématurée, taux standardisé de mortalité par cancers, taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires) permet de visualiser l'arc de défaveur. Ce tableau détaillé est disponible dans l'Atlas régional de la santé en Auvergne-Rhône-Alpes.

À l'image de la France, en Auvergne-Rhône-Alpes, les personnes vivant dans les zones les plus défavorisées ont un moins bon état de santé. Les données socio démographiques indiquent des disparités sociales entre départements et en infra départemental, notamment au sein des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV).

De nombreuses études, recensées par Santé publique France, mettent en avant l'influence des déterminants sociaux sur la santé, comme par exemple :

- une moins bonne chance de survie après un cancer pour les personnes vivant dans des zones les plus défavorisées (Tron, 2021),
- une augmentation des hospitalisations et de la mortalité pour certaines maladies cardio-neuro-vasculaires (Accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque et embolie pulmonaire) lorsque le niveau socio-économique des patients diminue (Lecoffre, 2016),

- une plus grande difficulté à arrêter de fumer pour les personnes socialement défavorisées, plus grosses consommatrices de tabac, bien qu'étant autant désireuses que le reste de la population (Guignard, 2016). Ces inégalités de santé pourraient être évitées par des mesures favorisant l'égalité des chances pour l'ensemble de la population et pour les populations les plus vulnérables.

Ainsi, une analyse réalisée à une maille plus fine laisserait apparaitre que certains Etablissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ou quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) bien que situés dans des départements plutôt favorisés présentent des caractéristiques identiques à cet arc de défaveur. De nombreuses études tendent à montrer que les différences territoriales de mortalité dépendent largement des caractéristiques socio-économiques de leur population. Les facteurs d'inégalité se trouvent parmi : les conditions de vie, les conditions de travail, les comportements à risque et les modes de vie (activité physique, alimentation, consommation de substances psychoactives…), la qualité de l'environnement et de l'offre de services (notamment de santé) à proximité des lieux de vie. S'ajoutent probablement des inégalités d'accès aux services, à l'emploi, etc.

L'analyse géographique des disparités spatiales de mortalité régionale peut ainsi être faite au regard notamment de l'indice de défavorisation sociale, présenté ci-dessus.

La mesure de ces inégalités de santé ne doit pas se limiter aux seuls indicateurs de mortalité et nécessiterait de croiser ces derniers avec des indicateurs de recours aux soins (hospitalisations, remboursement d'actes ou de médicaments) ou encore de reconnaissance en Affection de longue durée (ALD) ou d'offre de soins. Par ailleurs, il s'agit d'une analyse macroscopique qui ne résume pas l'intégralité des inégalités territoriales de santé.

Face aux multiples difficultés que doivent affronter, au quotidien, les personnes les plus démunies pour répondre aux besoins élémentaires que sont l'hébergement, l'accès à l'alimentation, la santé n'est pas une priorité et passe souvent au second plan de leurs préoccupations faute de moyens. Lorsque les personnes sont amenées à consulter, le problème de santé est souvent aggravé faute d'avoir été évité ou pris en charge à un stade précoce.

Il convient, dès lors, de se donner les moyens d'une politique de prévention et de prise en charge en santé adaptés aux plus fragiles de nos concitoyens au regard de l'objectif du cadre d'orientation stratégique (COS) : « Veiller à l'accès à la santé pour les personnes en situation de précarité ».

L'accès à la santé pour les personnes les plus démunies ne peut être résolu, de manière structurelle, que, par une prise en compte de ces populations dans les démarches de prévention, y compris dans une approche dite participative, c'est-à-dire en mettant en œuvre des démarches qui s'appuient sur les ressources propres aux personnes. Cela réclame des modalités de mise en œuvre spécifique et des messages ad hoc.

En parallèle, et pour réduire les inégalités de santé qui touchent de façon aigüe et structurelle les personnes en situation de précarité, il convient de veiller tout particulièrement à faciliter l'accès aux dispositifs d'offre de soins et d'accompagnement social et médico-social, en axant notre action sur les Zones de soins de proximité (ZSP) où les indicateurs sont les plus défavorables.

Au-delà de ces indicateurs, il conviendra d'observer et de mettre en place tout moyen de lutter contre le non recours aux soins ou le « refus de soins » de certains professionnels en prenant en compte les spécificités des populations pour leur permettre l'accès aux droits commun en santé, en favorisant la transversalité entre partenaires du sanitaire, du social et du médico-social.

LA PRÉCARITÉ EST UN PHÉNOMÈNE MULTIDIMENSIONNEL

Si la pauvreté sur la région Auvergne-Rhône-Alpes – ou précarité financière – touche 12,3 % de la population, elle recouvre de fortes disparités à la fois territoriales : taux de pauvreté allant de 9,5 % de la population en Savoie à 15 % dans le Cantal et dans la typologie des personnes concernées.

Les différentes études conduites par l'Obsevatoire national de la précarité et de l'exclusion sociale (ONPES) et par les acteurs de la solidarité : Médecins du monde ou le Secours catholique mettent en évidence une augmentation depuis 2008 de la précarité avec un élargissement des populations touchées.

Dans son avis sur la « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », le Conseil économique social et environnemental (CESE) définit ainsi la précarité :

Définition : « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible ».

Cette approche souligne que la précarité est un état potentiellement transitoire, qui touche particulièrement des personnes vulnérables par différents aspects, et qui peuvent basculer dans la précarité au moindre « accident de parcours ».

La précarité s'appuie sur la pauvreté financière, définie au regard du revenu standard médian de la population pour un seuil inférieur à 60 % du revenu médian (1173 € en 2019) par mois et par unité de consommation. Un peu plus de 12 % de la population régionale vit sous ce seuil de pauvreté. Il s'agit de personnes sans ressources ou avec minima sociaux. Parallèlement, la précarité touche désormais des nouvelles catégories de personnes salariées mais à faibles revenus, dits travailleurs pauvres, notamment à temps partiel ou saisonniers, aggravée par des situations familiales de type « mono parentales ».

Cette diversité des publics en situation de précarité conduit à s'interroger sur les points communs générant pour ces personnes un parcours de santé « chaotique ».

Au-delà des motifs « économiques » (précarité financière), des obstacles liés aux conditions de vie des personnes, et aux évènements de leur vie, les conduisent à être en rupture avec le système de santé, ce qui les fragilise encore plus et avec pour conséquences des prises en charge tardives dans des états de santé dégradés nécessitant une plus grande mobilisation de ressources.

Cette situation de précarité est souvent aggravée par un fort isolement social qui contribue au renoncement aux soins (rapport du CESE 2017).

Si l'accès aux soins et à la prévention est particulièrement difficile pour certaines populations vulnérables : personnes vivant dans la rue, migrants, gens du voyage, personnes détenues, il peut être tout aussi complexe pour des personnes fragiles « éloignées » socialement ou géographiquement des dispositifs de droit commun que ce soit dans des territoires dits « en politique de la ville » ou dans des zones rurales éloignées des ressources en soins de santé.

Pour ces personnes, les indicateurs en santé sont nettement défavorables : la mortalité et morbidité sont augmentées, le taux de recours à la vaccination infantile et au dépistage organisé des cancers est moindre, une prévalence de surpoids plus élevé générant davantage de diabète et maladies métaboliques (risque multiplié par 2,9), de maladies cardio-vasculaires (risque multiplié par 1,4) et davantage de dépressions : risque multiplié par 2,4 (rapport de l'académie nationale de médecine 2017).

Les personnes en situation de précarité ont une durée de vie plus courte car de santé fragile, ce qui est susceptible d'ailleurs d'accroitre leur précarité ; il s'agit donc d'un cercle vicieux dont il est cependant possible de sortir par des moyens adaptés.

L'objectif d'améliorer le parcours de santé des populations en situation de précarité s'appuie sur l'analyse des « points de rupture » communs à des catégories de personnes vulnérables différentes mais ayant vécu ou exprimé les mêmes difficultés dans la prise en charge de leur santé ; cette approche s'inscrit dans une démarche systémique, globale et non stigmatisante envers des typologies populationnelles.

Les études (dont DGOS 2016) sur les parcours de soins des personnes en situation de précarité, montrent qu'il n'y a pas de facteurs spécifiques pour les publics en situation de précarité mais plutôt une complétude de facteurs identiques pour tous qui vont conditionner la fluidité du parcours de soins.

La réussite d'un parcours de soins repose sur un **équilibre à 2 dimensions.**

La première dimension vise à « sécuriser » les personnes dans leur parcours, en lien avec leurs conditions de vie ce qui inclus dans cette composante à la fois une indispensable protection sociale, un lien de confiance avec un « acteur clé » du système de santé et des « aidants naturels » (familiaux ou autres) qui pourront notamment neutraliser l'éloignement géographique des lieux de soins, y compris en ville pour des personnes n'ayant pas de moyens de locomotion pour mener leurs démarches.

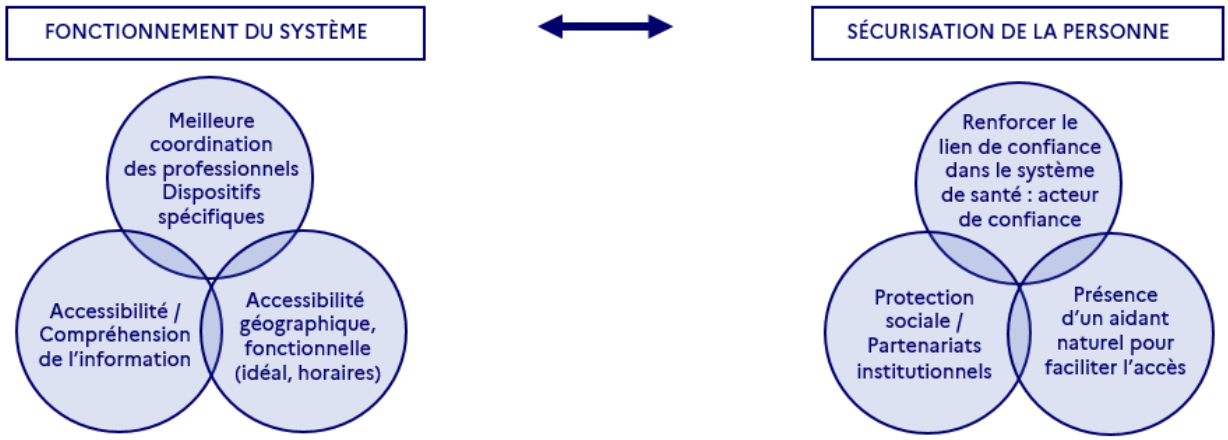
La seconde dimension de cet équilibre vise l'organisation du système de soins tant dans la question de l'accessibilité fonctionnelle de l'offre : absence de médecins en proximité, horaires d'ouverture inadaptés, délais d'attente pour des rendez-vous chez un soignant trop longs que dans celles des pratiques professionnelles, qui sont parfois de nature à exclure ou éloigner des soins les populations les plus en difficulté :

- l'absence ou le refus de tiers payant,
- les dépassements d'honoraires,
- les refus de soins parfois « cachés » derrière la fixation de délais de rendez-vous très longs ou la présentation de devis exorbitants (pour des soins dentaires par exemple).

Par ailleurs, l'absence de coordination des professionnels de santé ou sociaux intervenant auprès de la même personne se révèle préjudiciable à la prise en compte globale de la situation de la personne et à la continuité des soins.

Cette composante joue un rôle d'autant plus important que la « sécurisation » des personnes n'est pas complète.

La prise en compte de ces 2 dimensions peut être ainsi représentée :



Les priorités portées dans le présent PRAPS, et en continuité du précédent, visent à prendre en compte ces deux dimensions en s'appuyant sur la capacité d'agir des personnes pour que tout un chacun devienne le plus possible acteur de son parcours de santé. Ce postulat inclue la participation des personnes activement dans les dispositifs mis en place pouvant se traduire par « faire pour et avec les personnes » afin d'en faciliter l'autonomie ; concept développé en région Auvergne-Rhône-Alpes depuis plusieurs années et à développer dans le nouveau PRAPS, comme nous le verrons plus loin.

Pour autant, s'il convient de conforter le pouvoir d'agir des personnes, il ne faut pas perdre de vue que les inégalités sociales de santé se construisent très tôt dans la vie et la majorité des déterminants de santé, d'origine sociale, se situent en dehors du système de soin. S'il convient à la fois d'agir sur les causes fondamentales (pauvreté financière, éducation, risques liés au travail, éducation…) et de porter la santé dans toutes les politiques pour agir plus efficacement sur les déterminants de santé, les professionnels de santé ont, eux aussi, un rôle très important à assumer pour réduire les inégalités de santé.

La dégradation de l'état de santé représente le dernier maillon de la chaine de causalité des inégalités sociales. Au quotidien, de nombreux professionnels de santé se trouvent confrontés dans

leurs pratiques à des situations de vulnérabilité sociale associées très souvent à des situations complexes : handicap, poly pathologies, recours tardif aux soins, difficultés d'observance, poly médication autonome, etc.

Dès lors, il devient primordial, certes de renforcer les dispositifs dédiés à mieux accompagner les personnes en situation de précarité vers le soin, mais également de conforter les pratiques médicales par une meilleure connaissance et repérage des situations sociales des patients. Chacun est unique dans son parcours de santé mais des facteurs socio-économiques générateurs d'entraves doivent être pris en compte dans la politique régionale de santé.

L'ambition du PRAPS est de proposer des actions probantes au niveau territorial le plus adapté à une prise en compte des habitants les plus fragiles de notre région, dans l'objectif global de réduction des inégalités de santé

CONTEXTE COVID

Les enquêtes réalisées en 2021 et 2022 révèlent l'existence d'inégalités sociales face à l'épidémie du Covid-19. Le virus a circulé davantage dans les zones défavorisées qui ont connu une surmortalité par rapport à la moyenne nationale. Dès le début de la pandémie, les hypothèses d'un impact plus important chez les personnes en situation de précarité, se sont vues confirmées du fait notamment :

- risque d'infection plus important lié à des emplois « non télétravaillables » se traduisant par l'utilisation des transports en commun, des conditions de vie favorisant la promiscuité ;
- risque de faire des formes graves de la maladie plus important du fait d'une plus forte prévalence des facteurs de risques : surpoids, hypertension, BPCO ;
- recours aux soins moins fréquent liés à des obstacles financiers, géographiques ;
- durant le couvre-feu, un impact psychologique sanitaire et socio-économique plus important pour les personnes vivant dans des conditions de logements moins favorables.

Ces hypothèses ont été largement soulignées dans le rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES juil. 2020.

En parallèle, la période du premier confinement a contribué à mettre à l'abri l'ensemble des personnes vivant à la rue et à héberger dans des centres dédiés les personnes malades Covid – sans forme grave – mais dont les conditions de vie ne permet-taient pas d'être isolés à leur domicile. Dès lors, l'ARS a mis en place des équipes sanitaires mobiles déployées sur chaque département pour assurer le suivi des personnes malades dans les lieux d'hébergement.

Cette approche a été précurseur de dispositifs nationaux déployés par la suite permettant « d'aller vers » les personnes les plus éloignées du soin (mesures issues du Ségur de la santé), comme nous le verrons par la suite.

L'impact de la pandémie sur la santé des populations est difficilement mesurable dans l'immédiat car la précarisation a des effets retardés sur l'état général et l'accès aux soins.

Néanmoins, entre 2020 et 2021, la crise sanitaire du Covid19 a significativement aggravé des situations de pauvreté préexistantes, tout en poussant des individus vers la précarité.

Dans son rapport de mai 2021[3], le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) identifie particulièrement plusieurs points de fracture sur lesquels peuvent se cristalliser les difficultés dont les inégalités sociales de santé en particulier dans l'accès aux soins et l'équipement des territoires.

[3] La pauvreté démultipliée, Dimensions, processus et réponses, printemps 2020 [printemps 2021 Rapport du CNLE, Mai 2021

CHAPITRE 1

FAVORISER L'ACCÈS À LA SANTÉ DES POPULATIONS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ET LUTTER CONTRE LE NON-RECOURS

1.1 - AMÉLIORER L'ACCÈS AU « DROIT COMMUN » DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES **19**

1.2 - PROMOUVOIR LES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ ADAPTÉS AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ **23**

1.3 - FACILITER LA PRISE EN CHARGE EN SANTÉ MENTALE DES PUBLICS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ **24**

1.4 - LUTTER CONTRE LE NON RECOURS AUX SOINS, LE REFUS DE SOINS ET LES DISCRIMINATIONS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ **26**

Les motifs de renoncement aux soins sont souvent d'ordre financier (pour l'optique, le dentaire notamment) alors même que des dispositifs d'aide à la prise en charge financière existent mais insuffisamment mobilisés.

Le 1er novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide pour une complémentaire santé) ont été remplacées par la complémentaire santé solidaire (CSS).

Fin mars 2021, 7.31 millions de personnes bénéficient de la complémentaire santé solidaire soit une hausse de 5.7 points par rapport à mars 2020 (source Assurance maladie).

Le 100 % santé entré en vigueur le 1er janvier 2021 s'accompagne d'une hausse conséquente du nombre de patients qui en bénéficient en 2021, qui est passé à 5,16 millions contre 4,4 en mars 2020 pour le soin dentaire, et à 0,7 million contre 0,45 pour l'audiologie.

Mais ils trouvent aussi leur source dans la complexité des dispositifs et des démarches administratives créant une distance, parfois réelle dans les territoires ruraux, entre les personnes et l'offre de soins semblant parfois infranchissables.

Il convient dès lors de faciliter l'accès au « droit commun » notamment de l'Assurance maladie par le soutien aux démarches inclusives en vue de permettre aux personnes les plus fragiles de (re)devenir actrices de leur santé.

Cet enjeu de réduction des inégalités d'accès aux soins se décline autour de 4 objectifs :

- Améliorer l'accès aux droits de santé des personnes les plus démunies.
- Promouvoir les dispositifs de prévention et de promotion de la santé adaptés aux personnes en situation de précarité.
- Faciliter la prise en charge en santé mentale des publics en situation de précarité.
- Lutter contre le non recours aux soins, le refus de soins et les discriminations des personnes en situation de précarité.

1.1 AMÉLIORER L'ACCÈS AU « DROIT COMMUN » DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

D'après l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'Insee de 2017, une fois tenu compte des caractéristiques des personnes interrogées (âge, sexe, diplôme, situation sur le marché du travail…), les personnes pauvres en conditions de vie ont trois fois plus de risques de renoncer à des soins que les autres. En outre, dans une zone très sous-dotée en médecins généralistes, leur **risque est plus de huit fois supérieur** à celui du restant de la population.

Être couvert par une complémentaire santé préserve du renoncement aux soins. En particulier, les bénéficiaires de la CMU-C **renoncent cinq fois moins** que les personnes sans complémentaire santé.

Certes, la part de la population qui renonce à se soigner faute d'argent a fortement diminué et n'a rien à voir avec ce que notre pays a pu connaître il y quel-ques décennies.

Pour autant, le problème de l'accès aux soins reste prégnant pour une partie importante de la population et outre les aspects financiers de certains soins (secteur 2 majoritaire pour les spécialistes), d'autres facteurs aggravent les difficultés d'accès au parcours de soins des plus fragiles : l'éloignement géographique, isolement social, mauvais état de santé, le handicap, l'offre locale.

Parmi ces facteurs, l'absence de couverture complète en santé reste importante. Certes les mesures dites « reste à charge zéro », prises en vue de l'amélioration des remboursements pour le dentaire et l'optique, vont réduire encore l'effet du niveau de vie dans le renoncement aux soins.

D'autres motifs de renoncement aux soins trouvent leur source dans la complexité des dispositifs et des démarches administratives créant une distance, parfois réelle dans les territoires ruraux, entre les personnes et l'offre de soins semblant parfois infranchissables. De plus, avec la généralisation d'accès aux services en santé – que ce soit pour l'Assurance maladie ou les professionnels de santé – par les services numériques, les personnes éloignées socialement de ces outils voient leurs difficultés s'accroitre.

Il convient dès lors de faciliter l'accès au « droit commun » notamment de l'assurance maladie par le soutien aux démarches inclusives en vue de

permettre aux personnes les plus fragiles de (re)devenir acteur de leur santé. De façon complémentaire et en partenariat avec les Caisses primaires d'assurance maladie, il convient de soutenir et renforcer les dispositifs que sont :

- les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) en articulation avec l'assurance maladie,
- la médiation en santé.

1.1.1 Les Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)

Créées en 1998, les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) jouent un rôle fondamental au sein des établissements de santé, dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité : elles offrent un accompagnement médical et social aux personnes ayant besoin de soins ambulatoires et qui ne peuvent y accéder faute de couverture sociale totale ou partielle. La situation des publics des PASS est souvent liée à une forte désocialisation ou à des difficultés à s'orienter dans le système de santé comme les personnes allophones, les personnes souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques ou marginalisées.

Les PASS sont identifiées et reconnues sur leur territoire comme des acteurs pivots, garants de l'accès aux soins de ce public vulnérable et sujet au renoncement aux soins. Elles sont à l'interface de l'hôpital, de la médecine de ville et des dispositifs sociaux et médico-sociaux et doivent permettre un accompagnement des patients, dans la perspective d'un retour aux soins vers un dispositif de droit commun, en médecine de ville.

Elles peuvent être somatiques ou avec des activités complémentaires, type dentaires ou périnatalité.

Les PASS ont vu leur fréquentation, en terme de file active, exploser ces dernières années, d'une part du fait de l'augmentation des publics sans droit sécurité sociale et des publics avec des droits potentiels dont les délais d'ouverture se sont allongés au fil du temps, et d'autre part des difficultés accrues d'accès à la médecine libérale, y compris pour les personnes ayant des droits complets.

Les PASS de la région sont animées par une coordination régionale assurée par deux personnes dont le rôle est de soutenir les professionnels des permanences (appui à la mise en place d'un comité de pilotage, au développement de partenariats, mise à disposition d'outils ou aide à la définition de procédures, réalisation d'actions de formation ou de sensibilisation, retour d'expériences, partage de pratiques, soutien technique aux professionnels…) et d'être un relai pour l'ARS qui pilote les orientations régionales définies pour les PASS.

Cette organisation a ainsi facilité la prise en charge des publics en situation de précarité pendant la crise du Covid19 avec la mise en place d'équipes mobiles lors du confinement ou en soutien aux professionnels des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Entre 2018 et 2022, l'ARS a conforté le fonctionnement de ce dispositif en renforçant la coordination régionale via le recrutement d'une deuxième coordinatrice régionale. Les coordinateurs travaillent au plus près des équipes par un soutien actif, une veille réglementaire et des échanges très réguliers avec chacune des structures. Ils facilitent également le partenariat local afin que les PASS puissent réellement s'articuler avec les ressources d'un territoire que ce soit avec l'Assurance maladie ou les associations soutenant le public accueilli en PASS.

Un renfort financier a également été réalisé : le financement des PASS Auvergne-Rhône-Alpes par l'ARS est passé de 6,1 M€ à 10,5 M€ fin 2022 soit une hausse de 72 % sur 5 ans. Ce soutien a permis la mise en place de consultations spécialisées adossées aux PASS généralistes dans plusieurs établissements ainsi qu'un renfort en PASS mobiles favorisant l'accès aux soins au plus grand nombre au travers de ce dispositif d'« aller vers ».

Au sein des 47 PASS généralistes de la région, on compte désormais :

- 9 PASS avec consultations dentaires : Oyonnax (01), Moulins (03), Valence (26), Grenoble (38) articulé avec le centre dentaire Solident, Le Puy en Velay (43), Tarare (69), Lyon (69) Chambéry (73), Annecy (74) ;
- 3 PASS avec activité pédiatrique : Grenoble (38), Lyon (69), Villefranche sur Saône (69) ;
- 2 PASS avec activité périnatalité dédiées : Lyon (69), Romans sur Isère (26) et un projet de PASS « mère enfant » au CHU de Clermont Ferrand (63) ;
- 2 activités d'optométrie : Hôpitaux Nord Ouest site de Villefranche (69) et en 2023 sur le CH Saint Joseph Saint Luc à Lyon (69).

En parallèle, un rapport d'activité national s'est mis en place permettant d'affiner la connaissance et les pratiques professionnelles des PASS.

ENJEUX ET OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

L'enjeu réside dans la poursuite du renfort des PASS dont l'activité ne cesse de s'accroitre.

Objectifs

1. **Elaborer une nouvelle modélisation financière régionale basée notamment sur des critères populationnels (taux de précarité des territoires) et permettant de prioriser et planifier les équipes à renforcer.**
2. **Poursuivre le renfort des PASS somatiques existantes sur le territoire en lien étroit avec les besoins identifiés notamment par l'outil PIRAMIG (rapport d'activité en ligne), la coordination régionale des PASS et les délégations départementales ARS : en termes de temps infirmiers, médicaux, secrétariat, accueil, dans le cadre d'activités spécifiques comme les consultations dentaires, les missions pédiatriques, périnatales, d'optométrie, etc.**
3. **Développer, en fonction du contexte territorial et en articulation avec les autres dispositifs d'aller-vers existants, des PASS mobiles ou délocalisées.**
4. **Développer, en fonction des besoins et des territoires, des PASS de ville ou ambulatoires (une modélisation est en cours au niveau national).**
5. **Conforter l'articulation des PASS avec l'ensemble des acteurs sur les territoires (médico-social, 1er recours, associations, Communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS, Contrats locaux de santé – CLS, Dispositifs d'appui à la coordinations – DAC, etc.).**

1.1.2 La médiation en santé

Définition : La médiation en santé est définie dans le Code santé publique comme « La fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins ».

Un référentiel a été publié en juin 2017 par la Haute autorité de santé (HAS) pour préciser les attendus en terme de bonnes pratiques de la médiation en 2017 couplé avec le référentiel sur l'interprétariat en santé.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes soutient des actions de médiation en santé depuis fin 2016, via un appel à candidatures, pour financer des actions de médiation tout d'abord sur des territoires politiques de la ville, puis progressivement sur des territoires plus ruraux où les difficultés d'accès aux droits et aux soins ne sont pas moins marquées.

Les médiateurs en santé ont pour missions de :

- faciliter l'accès aux droits et aux soins de santé en « allant vers » les habitants, en rencontres individuelles soit à domicile, soit lors de permanences dans des lieux ciblés afin de repérer les problèmes de droits et de soins et d'en faciliter l'accès,
- mettre en place ou de co-porter des actions de prévention et de promotion de la santé dans une approche partenariale affichée.
- Faire connaitre les spécificités des populations vulnérables aux différents acteurs de la santé

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

L'ensemble des actions de Médiation en santé sont au nombre de 40 fléchées comme telles à ce jour pour un financement par le Fonds d'intervention régional (FIR) de 3,5 millions d'euros.

La plupart des postes de médiateurs sont portés par des associations de prévention et promotion de la santé mais une partie relève également de structures de professionnels de santé (Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), centre de santé, cabinet infirmiers) auxquels se rajoutent quelques collectivités locales : pour ces dernières la fonction de médiation est ainsi davantage articulée avec l'ensemble des politiques locales concourant à une meilleure santé des habitants.

Une étude réalisée en 2019 par l'ARS avait permis un état des lieux et souligné les perspectives de développement de ce dispositif.

En effet, la médiation étant une interface entre les personnes et les professionnels de santé, il convient de s'assurer de la présence de ces professionnels sur un territoire avant de mettre en place une nouvelle médiation sur des « zones blanches ». A ce titre, une

meilleure articulation devrait être recherchée avec l'offre de soins de 1er recours.

A noter que la médiation en santé est de plus en plus portée par des « médiateurs pairs » dont le parcours de précarité permet de mieux repérer, comprendre et soutenir les personnes les plus éloignées du soin.

Par ailleurs, un réseau des médiateurs santé s'est constitué au niveau régional permettant à tous d'accéder à un espace collaboratif d'échanges d'outils et de pratiques. Une rencontre annuelle a également lieu une fois par an permettant un temps d'échange autour de l'actualité de leurs missions et d'un temps d'analyse des pratiques. L'animation de ce réseau a été confiée à *Labo cités*.

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

Les enjeux de la médiation en santé sont forts et s'inscrivent dans la lutte contre l'éloignement aux soins et à la santé pour une population dont le nombre ne cesse d'augmenter. En effet, la médiation en santé répond à la fois à la difficulté ou l'absence de droits de sécurité sociale, de difficultés à trouver un professionnel ou tout simplement de difficultés d'accès aux services numériques qui se développent et tendent à se généraliser sur la santé.

Ainsi les médiateurs en santé deviennent « multi référents » alors même qu'au-delà du référentiel de la Haute autorité de santé (HAS), aucun diplôme, aucune formation n'est requise.

Parmi les objectifs 2023-2028, il est proposé de conforter la professionnalisation des médiateurs soutenus par l'ARS.

Objectifs

1. **Développer et systématiser l'analyse de la pratique pour tous les médiateurs.**
2. **Faire reconnaitre la médiation en santé comme un métier y compris en reconnaissant le savoir « expérientiel » des médiateurs pairs.**
3. **Mettre en place un outil de suivi d'activité au niveau régional, y compris dans une perspective d'approche évaluative.**
4. **Poursuivre le développement de la médiation santé (dans et hors quartier politique de la ville – QPV) dans les dans les zones insuffisamment ou non couvertes y compris en milieu rural en tenant compte de l'articulation possible avec l'offre de 1er recours et ce, dans une logique d'équité territorial.**
5. **Améliorer la connaissance de la médiation des professionnels de santé (Unions régionales des professionnels de santé – URPS, CPTS, etc.).**
6. **Veiller à l'articulation avec la mission accompagnement santé de l'Assurance maladie**

La médiation en santé au cœur de la démarche participative

Cette mission de médiation en santé a également permis d'inscrire certaines structures regroupant plusieurs professionnels de santé dans une « démarche participative » c'est-à-dire en sollicitant les habitants afin qu'ils deviennent davantage acteurs de leur propre santé, au-delà des soins, dans une approche plus globale de prévention et de promotion de la santé.

Cette approche de démarche participative fait l'objet d'une expérimentation nationale financée dans le cadre d'un « Article 51 » sur 2 années (2022 et 2023) et, selon l'évaluation qui en sera faite, pourrait avoir vocation à s'étendre à plus de structures. Actuellement, sur les 26 expérimentant la démarche en France, 5 de la région Auvergne-Rhône-Alpes sont intégrées dans le dispositif (Village 2 santé à Echirolles, Santé commune à Vaulx-en-Velin, Centre de santé du Diaconat à Valence, CSP de Chambéry et Maison de santé pluriprofessionnelles de Saint Martin d'Hères).

1.2 PROMOUVOIR LES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ ADAPTÉS AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Les études montrent des indicateurs de santé nettement moins favorables pour les personnes en situation de précarité conduisant à une espérance vie diminuée et à une augmentation de nombreuses pathologies en particulier de maladies métaboliques, cardio-vasculaires ou encore risque de dépression. Il est d'autant plus important de renforcer la promotion de comportements favorables à la santé pour agir sur les déterminants de santé des personnes en situation de précarité.

Si ce public est classiquement le plus éloigné du soin, il l'est également des démarches « universelles » de prévention et promotion de la santé car peu captif aux messages « classiques ».

Dès lors, il convient de moduler la stratégie de santé publique au travers d'actions déployées dans une approche « d'universalisme proportionné », c'est-à-dire en mettant l'accent et les moyens adaptés là où les besoins sont les plus nécessaires. Cette approche permettra à la fois de cibler des territoires où notre action doit être renforcée et d'adapter les moyens au regard des spécificités des publics visés.

En terme d'objectifs opérationnels, la plupart des thématiques de prévention et promotion de la santé devront s'appuyer sur cette logique. Certaines sont inscrites de façon plus large, au-delà du PRAPS, dans certains axes du schéma régional de santé.

Il s'agit donc d'adapter les actions :

De prévention de l'obésité en lien avec une activité physique adaptée.

L'accès à une alimentation équilibrée est garant d'un meilleur état de santé et évite ou réduit les maladies chroniques – type diabète – en forte évolution chez les personnes en situation de précarité. Pour ce faire, il est proposé de soutenir les acteurs tels que les Ateliers santé ville (ASV), dans les territoires en politique de la ville ainsi que les médiateurs en santé dans leurs missions d'amener les personnes les plus éloignées du soin à prendre en charge leur propre santé dans des actions de sensibilisation collectives.

De dépistages des cancers et des maladies chroniques en proximité des populations les plus vulnérables.

Il est avéré que les actions classiques en faveur du dépistage organisé des cancers en particulier « féminins » et du cancer colorectal touchent moins les personnes défavorisées du fait de barrières culturelles, du rapport à son propre corps, d'une image de soi négative qui constituent des freins. Dès lors, il convient d'adapter les messages d'information pour mieux prendre en compte la représentation individuelle des personnes à la démarche de dépistage organisé en lien avec les structures et en lien avec des « usagers pairs ».

De prévention de la santé bucco-dentaire des personnes vulnérables.

Les orientations du conseil de l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNCAM – 20/07/2017) rappellent que « l'état de santé bucco-dentaire français est l'un des plus médiocres des pays européens ». Cet état de santé bucco-dentaire dégradé touche plus particulièrement les populations en situation de précarité et fragilisées. Il constitue un des marqueurs d'une santé physique dégradée chez les sans-domicile (DREES - sept 2015).

Il est important de prévenir et de prendre en charge, le plus tôt possible, l'état de santé dentaire des personnes les plus fragiles et éloignées du soin.

Pour ce faire, il est proposé de soutenir les opérateurs en privilégiant les actions dans les quartiers prioritaires et sur les lieux de vie : structures d'hébergement, centres sociaux, prisons, etc.

De prévention des comportements à risque et des infections sexuellement transmissibles (IST).

Auvergne-Rhône-Alpes est la 2e région française touchée par le VIH/SIDA (source Ameli). Le nombre d'IST (syphilis, gonococcies, chlamydiae) continue d'augmenter en ex Rhône-Alpes comme au niveau national. Cette progression est particulièrement observée chez les hommes ayant des relations avec les hommes (HSH) : +365 % en 2 ans pour les syphilis, +129 % en 2 ans pour les gonococcies. La part des co-infections est élevée et concerne surtout le VIH et les infections à Chlamydia, ce qui est en faveur de comportements sexuels à risque (multi-partenariat et utilisation insuffisante du préservatif), notamment chez les HSH séropositifs.

Or, les conditions de vie des personnes sans domicile les exposent plus particulièrement aux maladies transmissibles, qui peuvent alors se répandre de façon épidémique et poser des problèmes aigus de santé publique.

La prévalence élevée du VIH, des hépatites et des IST, témoigne de la fréquence de consommation de drogues injectables et d'adoption de comportements sexuels à risque parmi les personnes de la rue ou celles en situation de précarité.

Les étrangers en situation de précarité, principalement les migrants originaires d'Afrique subsaharienne, constituent également un sous-groupe à fort taux d'infection par le VIH ou par les virus des hépatites B et C. Souvent en séjour irrégulier, ils cumulent les obstacles tant en ce qui concerne l'accès au dépistage que l'accès aux soins.

Il est donc nécessaire de soutenir particulièrement les acteurs œuvrant avec les publics ciblés : migrants, détenus, personnes victimes de la prostitution ou de la traite des êtres humains.

De prévention médicalisée par des moyens adaptés aux personnes en situation de précarité.

Renforcer la vaccination « hors les murs » par les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) pour les publics repérés (migrants, détenus, personnes victimes de la prostitution ou de la traite des êtres humains...)

De lutte contre les addictions des personnes vulnérables.

Par une approche de réductions des risques et des dommages adaptée notamment aux lieux de vie des personnes.

De promotion de la santé mentale

Notamment via le développement des compétences psychosociales. En effet, la détérioration de la santé mentale est l'une des premières conséquences en santé de la précarité. Celle-ci s'accompagne du développement d'une souffrance psychique et d'une détérioration de l'estime de soi.

Par ailleurs, des bilans de prévention vont être proposés par l'Assurance maladie, à partir de 2024, à quatre tranches d'âges (18-25 ans ; 45-50 ans ; 60-65 ans et 70-75 ans). Ces bilans couvriront les thèmes suivants : alimentation, activité physique et sédentarité, vaccinations et parcours de santé, santé sexuelle, violences, bien être mental et social, prévention des maladies chroniques, addictions, impacts de l'environnement sur la santé et enfin, impact de l'habitat sur la santé.

Il conviendra d'identifier les publics prioritaires et d'élaborer une stratégie « d'aller-vers » et de « ramener vers » ces bilans de prévention pour les publics ciblés en s'appuyant sur les ressources et les dispositifs existants (médiateurs santé, coordonnateurs d'ateliers santé ville, coordonnateurs de contrats locaux de santé, structures d'exercices coordonnées, etc.)

1.3 FACILITER LA PRISE EN CHARGE EN SANTÉ MENTALE DES PUBLICS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Si l'accès aux soins somatiques s'avère souvent compliqué pour les personnes en situation de précarité, leur santé mentale reste encore plus délaissée avec des pathologies parfois difficiles à repérer et un accès aux soins psychiatriques relevant parfois du « parcours du combattant ».

Certains dispositifs de droit commun sont parfois bien repérés mais un travail conséquent reste à faire pour accompagner les personnes dans une dimension de parcours en travaillant notamment sur les ruptures de prise en charge et d'accompagnement.

1.3.1 Soutenir les Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

La crise Covid-19 a mis en exergue la fragilité d'une partie de la population dont l'état de santé psychique s'est, pour beaucoup, dégradé.

L'augmentation des états dépressifs et anxieux, les addictions ou le développement des troubles psychiques dans un contexte sanitaire encore instable a conduit à réaffirmer la santé mentale comme une priorité de santé publique.

Les fondements de cette politique visent en premier lieu à mieux connaitre les mécanismes d'un état de

bien-être mental afin de les préserver si possible, à lever certains tabous qui peuvent empêcher les personnes d'aller vers une prise en charge adaptée, à prendre en compte la fragilité des plus jeunes, à s'appuyer sur la pair-aidance en particulier pour les publics les plus vulnérables.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Les mesures issues du « Ségur de la santé » ont permis un renfort des dispositifs dédiés à la prise en charge des plus en situation de précarité, dont les EMPP : équipes mobile psychiatrie précarité.

Créées par la circulaire du 23 novembre 2005, les EMPP ont pour mission d'aller au-devant des personnes, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire. Les EMPP doivent également assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion.

A ce jour, ce sont 20 équipes réparties sur la région Auvergne-Rhône-Alpes qui assurent ces missions. L'ARS a demandé à l'Orspere samdarra – observatoire national sur la santé mentale et les vulnérabilités sociales - de réaliser une étude en 2021 auprès de ces équipes afin de mieux en connaitre l'activité au quotidien et les éventuelles difficultés rencontrées. Cette étude a permis de mieux cibler les renforts par :

- la création de 3 EMPP sur le département du Rhône (Villefranche-Tarare), Annecy et Montluçon,
- un renfort financier de 10 EMPP existantes (sur 15) : au total, tous les départements sont renforcés.

Objectifs

1. **Réaliser un état des lieux régional des équipes EMPP et PASS psy.**
2. **Elaborer une modélisation financière régionale sur la base notamment du cahier des charges national en cours de finalisation et de l'étude régionale réalisée par l'Orspère Samdarra.**
3. **Mettre en place un temps de coordination et d'animation régionale pour accompagner ces équipes en l'articulant avec la coordination régionale des PASS.**
4. **Poursuivre le renfort des EMPP et des PASS psychiatriques qui n'ont pu être revalorisées dans le cadre des dernières mesures Ségur.**

1.3.2 Soutenir le déploiement des postes de psychologues dans les centres d'hébergement et lieux d'accueil

La mesure 9 issue des assises de la santé mentale et de la psychiatrie vise à faciliter la prise en charge psychologique des personnes en situation de précarité dans les centres d'hébergement et lieux d'accueil.

L'instruction interministérielle N°DIPLP/DGOS/DIHAL/2022/96 du 1er avril 2022 relative au soutien psychologique des personnes en situation de grande précarité dans les centres d'hébergement et lieux d'accueil précise ses modalités de mise en œuvre et de financement.

En lien avec la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS), une répartition des postes (en Equivalent temps plein) a été établie pour chaque département de la région.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

19,2 ETP de psychologues, majoritairement rattachés à des EMPP ou à des EMSP, ont été financés fin 2022.

Objectif

1. **Poursuivre le déploiement de ces postes en 2023 et en 2024 et ce en fonction des crédits qui seront alloués.**

1.3.3 Soutenir d'autres dispositifs ou actions permettant une meilleure prise en charge et/ou coordination en santé mentale

- Etudier la possibilité de déployer des postes de psychologues, lorsque le besoin est identifié et en articulation avec les autres dispositifs existants, dans les Equipes mobiles santé précarité – EMSP, dans les permanences d'accès aux soins de santé PASS, dans les missions locales jeunes, etc.

- Optimiser le fonctionnement des Centres médico psychologiques (CMP) par la réduction du délai d'accès pour les primo-consultants, le développement des interventions à l'extérieur et la promotion des recommandations de l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale – ANAP (modalités du premier accueil, créneaux d'urgence, agenda partagé, suivi des délais de rdv...).
- Améliorer la prise en charge des personnes en renforçant la synergie entre les acteurs, notamment en renforçant les Conseils locaux en santé mentale (CLSM). Le CLSM est un levier de suivi et de prévention des situations de souffrance psychique notamment pour les plus fragiles. L'instruction du 30 septembre 2016 vise la généralisation des CLSM en particulier dans les contrats de ville et dans les Contrats locaux de santé (CLS) pour permettre l'amélioration des parcours en santé mentale des habitants en QPV.
- Prendre en compte les objectifs affichés, pour les publics en situation de précarité, dans les programmes territoriaux en santé mentales (PTSM).

1.4 LUTTER CONTRE LE NON RECOURS AUX SOINS, LE REFUS DE SOINS ET LES DISCRIMINATIONS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Selon l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore), « la question du non-recours renvoie à toute personne qui ne reçoit pas – quelle qu'en soit la raison – une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre ».

La lutte contre le non recours est une des priorités de la lutte contre la pauvreté alors même que la France est le pays européen qui consacre l'effort le plus important, en part de produit intérieur brut (PIB), à la protection sociale de ses habitants : en 2018, selon le compte provisoire de la protection sociale, les dépenses de protection sociale s'élèvent à 787,1 milliards d'euros, soit 33,5 % du PIB (Lecanu, 2019).

Cependant, depuis les années 1970, les prestations nouvelles instaurées sont de plus en plus ciblées, dans une logique de conditions de ressources afin d'être réservés aux personnes les plus démunies comme le revenu minimum d'insertion en 1988 ou la couverture maladie universelle, de base et complémentaire, en 1999.

Dans le domaine de la santé, les motifs de renoncement aux soins sont de différentes natures. Ils peuvent être liés à l'organisation du système de soins lui-même (répartition géographique et densité de l'offre de soins) ou à des contraintes individuelles (financières, sociales et culturelles). Le renoncement peut aussi relever d'une défiance vis-à-vis de la médecine traditionnelle ou d'un désintérêt pour sa santé, par exemple.

Le renoncement aux soins de santé dépend également de facteurs spatio-temporels, tels que l'éloignement des médecins ou leurs délais d'attente, traduisant un déséquilibre entre demande de soins et offre. Les recherches sur l'impact de l'éloignement géographique sur la consommation de soins de santé montrent que les taux de recours aux services de santé sont plus bas lorsque la distance augmente (Laure Com-Ruelle, 2016).

Les dernières estimations du non-recours à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) sont élevées : pour 2018, le taux de recours à la CMU-C est estimé entre 56 % et 68 % et celui à l'ACS entre 33 % et 47 % : l'amélioration du recours est ainsi un des objectifs de la mise en place de la complémentaire santé solidaire au 1er novembre 2019, en remplacement de ces deux dispositifs.

Dès lors, il convient d'être pro actif dans la lutte contre le non recours aux soins ; faute de quoi, le risque que la santé des personnes les plus fragiles s'aggrave et que le coût social reporté soit plus lourd est avéré. C'est d'ailleurs l'un des principaux arguments développés par les acteurs de l'Assurance maladie en France pour justifier le déploiement de leurs démarches PLANIR et PFIDASS.

Par ailleurs, le développement de l'accès aux services en santé par le numérique ne fait qu'accroitre l'éloignement des personnes les plus démunies du système de santé, y compris pour les professionnels assurant l'interface entre patients et services en santé.

En corollaire, le refus de soins du fait de la discrimination à l'encontre des personnes en situations de précarité est un phénomène connu mais peu étayé.

De nombreuses associations soutenant les personnes en situation de précarité font régulièrement état de refus de soins par certains professionnels de santé, avec une prédominance pour les bénéficiaires de la PUMA (ex CMU). A la demande du défenseur des droits et du fonds CMU, une étude intitulée « Les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales » a été réalisée en 2019, par Sylvain CHAREYRON, Yannick L'HORTY et Pascale PETIT du laboratoire ERUDITE des universités Paris-Est Marne-la Vallée et Paris-Est Créteil.

L'étude mesure les différences de traitement dans l'accès aux soins des patients pour trois spécialités médicales (chirurgiens-dentistes, gynécologues et psychiatres) et selon deux critères prohibés par la loi : l'origine et la situation de vulnérabilité économique. Cette étude, qui présente des limites, tend à montrer entre autre que, dans chacune des trois spécialités, un écart important dans l'accès aux soins a été constaté entre la patiente de référence et la patiente CMU-C/ACS, au détriment de cette dernière. Ces résultats suggèrent un niveau élevé des refus de soins discriminatoires selon la précarité sociale des patients. Ils sont confirmés par une analyse toutes choses égales par ailleurs.

Objectifs

1. **Réaliser une étude sur la question du non recours en santé sur la région ARA en sollicitant l'Odenore (observatoire du non recours aux droits et services).**
2. **S'assurer du bon usage du numérique en santé pour les plus fragiles : recours à des tiers possibles.**
3. **Accompagner les plus fragiles dans les usages du numérique dans leur parcours de santé (lutte contre la fracture numérique)**
4. **Mieux connaitre les recours possibles en cas de discriminations et ou de refus de prise en charge d'un professionnel de santé.**
5. **Sensibiliser et/ou former les professionnels sociaux et de santé sur les questions de la précarité.**
6. **Mobiliser la médiation et l'interprétariat au bénéfice des professionnels libéraux comme moyen de lutte contre le non recours aux soins.**
7. **Promouvoir des actions de littératie en santé comme outil de lutte contre le non-recours.**
8. **Poursuivre le travail d'articulation avec l'Assurance maladie pour favoriser un accès aux droits de santé simple et rapide y compris pour les personnes éloignées du numérique.**

CHAPITRE 2

FAVORISER LE TRAVAIL EN RÉSEAU DES PROFESSIONNELS DES CHAMPS SANITAIRES, MÉDICO SOCIAUX ET SOCIAUX POUR L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

2.1 - AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ SOUFFRANT D'ADDICTION ET/OU DE TROUBLES PSYCHIQUES 29

2.2 - AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SANS DOMICILE INDIVIDUEL, VIA UNE RÉPONSE COORDONNÉE ET PLURIDISCIPLINAIRE DANS UNE LOGIQUE DE LOGEMENT D'ABORD 30

2.3 - RENFORCER LES PARTENARIATS ENTRE LE SECTEUR DU MÉDICO-SOCIAL ET CELUI DE LA PRÉCARITÉ POUR AMÉLIORER LE PARCOURS DES PERSONNES VIELLISSANTES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ 31

2.4 - ADAPTER LES PARCOURS DE SOINS AUX PARTICULARITÉS DES PERSONNES VULNÉRABLES LES PLUS EN DIFFICULTÉ 32

2.5 - VEILLER À LA PRISE EN COMPTE DES PUBLICS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ DANS LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ (CLS) 34

La coordination entre les professionnels du soin et du médico-social est un facteur de réussite pour assurer aux personnes les plus vulnérables une prise en charge globale et en tenant compte de leurs lieux de vie. Pour contribuer à cet enjeu, 5 objectifs sont proposés.

2.1 AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ SOUFFRANT D'ADDICTION ET/OU DE TROUBLES PSYCHIQUES

Les professionnels des structures, de différents métiers, ont souvent du mal à comprendre les personnes vulnérables résidentes souffrant d'addiction et/ou de troubles psychiques, ce qui peut générer des difficultés dans la prise en charge de ces personnes.

Il est proposé de poursuivre des actions déjà initiées dans le PRAPS précédent, notamment en vue d'améliorer le repérage, l'orientation ou le maintien sur site des personnes souffrant d'addictions dans les structures d'hébergement, tout en développant l'approche de réduction des risques et des dommages.

En effet, là où l'interdiction de consommer est de mise, force est de constater qu'elle ne permet pas aux personnes un arrêt. Lorsque le sevrage est imposé et brutal, l'échec est fréquent alors qu'accompagner les personnes dans une démarche individuelle de réduction, par pallier, et en respectant la temporalité propre à chacun a un effet bénéfique sur la réduction de leur consommation et donc sur leur état de santé.

Depuis 2015, la Fédération des acteurs de solidarité coordonne en région Auvergne-Rhône-Alpes en partenariat avec la Fédération addiction et l'association Addiction France un programme de formation/action visant à améliorer l'accompagnement des conduites addictives des personnes accompagnées en structure « d'hébergement insertion logement ».

Une recommandation a été publiée en janvier 2023 par la HAS sur la « Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RDR) dans les établissements et services sociaux et médico sociaux ». Elle va dans le sens de ce qui est réalisé dans notre région et incite à poursuivre les dynamiques engagées.

Concernant les troubles psychiques, il s'agit de renforcer la connaissance et les actions en appui pour les personnes les plus en situation de précarité atteintes de troubles psychiques. En effet, ceux-ci tendent à précariser les personnes et pour les personnes les plus vulnérables, la précarité tend à générer du stress, de la souffrance qui peuvent fragiliser les personnes sur le plan psychique.

De nombreuses personnes présentant des pathologies duelles relevant à la fois de l'addictologie et de la psychiatrie, il convient également de fluidifier ces prises en charges par une meilleure articulation entre les professionnels de ces deux champs.

A noter qu'un marché national, financé par la stratégie pauvreté en lien avec le ministère de la santé, est en cours de mise en œuvre dans la région pour 4 ans (de 2023 à 2026) et est porté par l'ORSPERE SAMDARRA.

Ces formations en santé mentale « Prisme-Précarité et santé mentale » sont à destination des professionnels accompagnant des publics en situation de précarité.

L'objectif de ces formations est d'apporter des outils aux professionnels pour améliorer l'accompagnement en santé mentale des personnes en situation de précarité.

Objectifs

1. **Améliorer le repérage, l'orientation ou le maintien sur site des personnes souffrant d'addiction et ou de troubles psychiques.**
2. **Proposer des formations-actions concernant les stratégies de prévention, de repérage et prise en charge de personnes souffrant d'addiction et/ou de troubles psychiques en structure « d'hébergement insertion logement » et dans les structures asile (HUDA, CADA), etc.**
3. **Intégrer la notion de pathologie duelle (addiction – santé mentale) dans les actions.**
4. **Favoriser une approche « réduction des risques et des dommages » et « rétablissement » en développant et en renforçant la place des travailleurs santé pairs.**
5. **Poursuivre le déploiement de formations en « santé mentale–précarité »**
6. **Développer des temps d'échanges de pratiques, partages de connaissances ou immersions croisées pour renforcer le partenariat entre les champs sanitaire, social et de l'insertion.**
7. **Favoriser la participation des acteurs du social dans les Conseils locaux de santé mentale et les Projets territoriaux de santé mentale.**

2.2 AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SANS DOMICILE INDIVIDUEL, VIA UNE RÉPONSE COORDONNÉE ET PLURIDISCIPLINAIRE DANS UNE LOGIQUE DE LOGEMENT D'ABORD

Prendre en charge les personnes en situation de grande précarité dans une approche de parcours nécessite souvent de prendre en compte, en tout premier lieu, la question du « lieu de vie » donc du logement. En effet, il est avéré que les personnes justement sans logement – « à la rue » ou sans domicile stable – connaissent un taux élevé d'échec dans leur prise en charge de soins conduisant à une aggravation de l'état de santé : ceci est particulièrement vrai dans la prise en charge psychiatrique.

Dès lors, favoriser l'articulation entre le logement et les soins psychiatriques en soutenant les dispositifs ad hoc, comme le « un chez soi d'abord » (UCSD) conforte la garantie d'un accompagnement des personnes individualisé en vue de les conduire à un rétablissement de leur santé mentale.

Ce dispositif (UCSD) s'adresse aux personnes sans logement individuel, atteintes de pathologies mentales sévères et/ou d'addictions, à qui une équipe pluri professionnelle propose un accompagnement soutenu en vue d'amener ces personnes vers le rétablissement en santé mentale.

Expérimenté entre 2011 et 2016 sur 5 sites en France à 100 places chacun, ce dispositif a montré – dans le cadre d'une évaluation médico économique – des résultats probants ayant conduits à sa généralisation par le décret 2016-1940 du 28 décembre 2016.

La démarche s'appuie sur un partenariat professionnel fort mobilisant les acteurs de la psychiatrie, de l'addictologie et les bailleurs privés et publics pour capter les logements proposés aux personnes.

L'accompagnement des personnes logées s'appuie sur des rencontres régulières avec l'équipe, des orientations vers le soin tant somatique que mental ainsi que par la réduction des risques tout en respectant les ressources des personnes.

Au-delà des premiers dispositifs à 100 places, le « un chez soi d'abord » a ensuite essaimé sur des territoires plus petits à 55 places chacun qui garantissent également le respect du modèle économique.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes soutient activement l'accompagnement et le portage de ce dispositif favorisant un parcours de soins et de vie favorisé par la prise en compte des personnes dans les logements individuels, tous répartis dans le diffus et non regroupés en un même lieu.

ÉTAT DES PRATIQUES ET BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a mis en place les premiers « un chez soi d'abord » lors de la généralisation de l'expérimentation en 2018 avec l'ouverture de 2 sites à 100 places chacun sur Lyon et Grenoble, puis les années suivantes l'ouverture de sites à 55 places sur Saint Etienne, Clermont-Ferrand et prochainement en Haute-Savoie. Ce sont ainsi 310 places financées en région, à parité entre l'ARS et l'Etat par le biais du programme budgétaire « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables ».

Parallèlement, une mission d'accompagnement au projet portée par la Fédération des Acteurs de la Solidarité a permis d'accompagner la démarche auprès des professionnels tant de la psychiatrie que du médico-social, en organisant des rencontres et en proposant des formations au rétablissement en santé mentale promue par le dispositif « un chez soi d'abord »

Objectifs

1. **Repérer les territoires qui réunissent les conditions de mise en place du « un chez soi d'abord ».**
2. **Poursuivre le déploiement de dispositifs « un chez soi d'abord » en fonction des crédits qui seront disponibles.**
3. **Mettre en place le « un chez soi d'abord jeunes » en faveur du public des « jeunes en situation de précarité ».**
4. **Soutenir d'autres dispositifs dans une logique de proposer une réponse coordonnée entre les différents acteurs pour accompagner l'intégration dans le logement.**
5. **Etudier la possibilité de mettre en place des « référents santé » au sein des SIAO dans une optique Logement d'Abord pour favoriser la coordination soins / hébergement / logement.**

2.3 RENFORCER LES PARTENARIATS ENTRE LE SECTEUR DU MÉDICO-SOCIAL ET CELUI DE LA PRÉCARITÉ POUR AMÉLIORER LE PARCOURS DES PERSONNES VIELLISSANTES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Les personnes en situation de précarité vieillissantes sont doublement vulnérables de par leur situation sociale et leur perte d'autonomie. Le secteur social est de plus en plus confronté à l'accueil et l'accompagnement de ces personnes interrogeant les pratiques et l'adaptation des services. Par exemple, les relais vers les EHPAD sont difficiles pour les personnes dans les dispositifs de logements accompagnés, dispositifs qui ne sont plus adaptés aux besoins spécifiques de ces personnes en perte d'autonomie.

Ces personnes nécessitent souvent un temps d'adaptation plus long à un lieu de vie collectif du fait d'un isolement social antérieur générant plus que d'autres des difficultés à s'adapter à la vie en collectivité.

Il est nécessaire d'améliorer les compétences des professionnels de terrain du secteur social sur le vieillissement et du secteur de la gérontologie sur la question de la précarité. Cette « acculturation réciproque » des secteurs permettra d'innover et de réinterroger les possibilités d'accueil dans les EHPAD (critères d'admission, modalités, professionnels dédiés, etc.).

Il est donc proposé de soutenir et mesurer l'impact de dispositifs innovants favorisant une meilleure insertion des personnes en situation de précarité aux structures d'hébergement pour personnes âgées.

Par ailleurs, il convient également de développer des actions de maintien à domicile des personnes en situation de précarité vieillissantes (ex. : Équipe de soins spécialisés précarité – ESSIP, modalités de prises en charge médicalisées dans les structures d'hébergement ou de logement, etc.)

Enfin, nous disposons sur la région de la plateforme « VIP » : vieillissement précarité, située à Grenoble en Isère qui a pour objectif de permettre un accompagnement digne des personnes en situation de précarité dans leur vieillissement, la fin de vie, la mort et le deuil et d'éviter les situations de crise dues à un manque d'anticipation au travers de 4 axes de travail :

- co-construire des démarches d'accompagnement,
- constituer des ressources accessibles à tous,
- développer un réseau partenarial décloisonné,
- sensibiliser et mobiliser pour changer les regards.

La participation et le pouvoir d'agir des personnes sont au cœur de cette démarche pilotée au niveau régional par le groupement des possibles isérois.

Objectifs

1. **Soutenir les expérimentations menées sur la région permettant d'améliorer le parcours des personnes en situation de précarité vieillissantes (ex : maintien à domicile, intervention des services médico-sociaux du domicile au sein des établissements sociaux, dispositifs d'accompagnement transitoire, entrée en EHPAD, etc.).**
2. **Soutenir les formations-immersions croisées améliorant les connaissances des professionnels des différents secteurs et permettant une approche décloisonnée et globale de la personne.**
3. **Accompagner et outiller les professionnels autour de l'accompagnement des personnes en situation de précarité jusqu'à leur fin de vie (sensibiliser les professionnels, développer leur connaissance des outils, des dispositifs d'aide et des ressources existantes ; mise en place de collaborations et partenariats notamment avec les filières gérontologiques, outils de recueil des directives anticipées des personnes accompagnées, etc.).**
4. **Accompagner les professionnels à gérer le deuil et le post-mortem (formalités administratives, financement et accompagnement aux obsèques, relation aux proches et amis, etc.)**

2.4 ADAPTER LES PARCOURS DE SOINS AUX PARTICULARITÉS DES PERSONNES VULNÉRABLES LES PLUS EN DIFFICULTÉ

Parmi les personnes en situation de précarité, certaines catégories, de par leurs spécificités, nécessitent une prise en charge adaptée.

Objectifs

1. **Promouvoir une prise en charge inter institutionnelle des migrants.**
2. **Adapter les modalités de prises en charge pluridisciplinaire pour le parcours des femmes enceintes vulnérables.**
3. **Soutenir la réduction des risques pour les personnes victimes de la prostitution ou de la traite des êtres humains.**
4. **Soutenir les démarches en santé favorisant l'insertion par l'activité économique.**
5. **Soutenir des dispositifs spécifiques à destination des jeunes en situation de précarité et/ou de rupture**

2.4.1 Promouvoir une prise en charge interinstitutionnelle des migrants

L'arrivée récurrente de migrants sur la région génère parfois des tensions dans les ressources mobilisables. Une meilleure coordination entre les acteurs institutionnels : préfecture, réseau cohésion sociale, l'Office français de l'immigration et de l'intégration et les professionnels, doit permettre une meilleure prise en charge et un repérage amélioré en matière de santé. Ces personnes présentent majoritairement un état de santé fragilisé par leur parcours d'errance et sur le plan de la santé mentale des séquelles liées au psycho traumatismes vécus pendant le parcours d'exil.

Un certain nombre d'actions ont déjà pris forme dans le premier PRAPS mais nécessitent d'être confortées d'ici à fin 2028.

Ainsi, le Centre régional du psycho trauma (CRP) a mis en place fin 2019 des modalités pour déployer une prise en charge adaptée pour les migrants ayant vécu un parcours d'exil conduisant à des traumatismes lourds. Cet accompagnement au travers d'une technique dite « EMDR de groupe » s'est mis en place fin 2022 pour être pleinement déployer les années suivantes.

Au-delà de la prise en charge des personnes, le projet porté par le CRP prévoit de former des psychologues ou psychiatres relais afin d'essaimer cette prise en charge sur la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Par ailleurs, une étude confiée à l'Orspere Samdarra en octobre 2022 sur les parcours de santé des personnes migrantes en région Auvergne-Rhône-Alpes a permis de repérer les ressources en matière de santé, dont santé mentale telles que réparties sur la région. Elle met en exergue le réel enjeu de santé publique que constitue la santé des publics migrants en France et en région. Pour améliorer et fluidifier ces parcours de santé, cette étude propose d'agir d'une part sur les conditions de vie des personnes en France : plus les personnes sont « accueillies », hébergées, accompagnées, entourées, moins leur état de santé a de chance de se dégrader à leur arrivée. D'autre part, elle questionne sur la nécessité de repenser l'organisation des soins, de développer des dispositifs innovants, pour répondre aux besoins spécifiques de ces publics.

Sont ainsi proposées les préconisations suivantes :

- Sensibiliser les hôpitaux, les médecins libéraux, les cliniques aux spécificités de la prise en charge des personnes migrantes, à la prise en charge du psycho traumatisme et à l'utilisation et l'intérêt de l'interprétariat professionnel dans le soin,
- impulser la création de guides locaux pour l'accès aux soins et aux dispositifs existants sur les territoires,
- renforcer les bilans de santé à l'arrivée des personnes sur notre territoire en donnant une possibilité concrète d'accès aux soins,
- renforcer la prévention sanitaire et le soutien aux soignants dans les structures sociales.

D'un point de vue plus stratégique, l'étude préconise également :

- de favoriser la diversité des pratiques soignantes et réinterroger la place du médical dans le parcours de soin,
- de développer une politique de prévention indexée aux modalités d'accueil des demandeurs d'asile,
- de favoriser la transformation des pratiques dans le champ des Dispositifs nationaux d'accueil des demandeurs d'asile (DNA) et « Accueil, Hébergement, Insertion » (AHI).

2.4.2 Adapter les modalités de prises en charge pluridisciplinaire pour le parcours des femmes enceintes vulnérables.

Les femmes en situation de précarité présentent souvent un état de santé dégradé et le contexte d'une grossesse est une source potentielle d'aggravation avec des risques encourus pour l'enfant à venir, pouvant être lié à plusieurs facteurs : absence de repérage d'un état de précarité lors de l'entretien préalable alors que ce repérage devrait faire l'objet d'un accompagnement renforcé, de difficultés de suivi pendant la grossesse, de difficultés en sortie de maternité.

L'objectif est de poursuivre le travail avec les réseaux de périnatalité sur les dispositifs de coordination des partenaires et sur l'articulation avec les dispositifs des Permanences d'accès aux soins de santé PASS autour de la périnatalité. Un travail reste à faire pour accompagner la politique des 1 000 premiers jours de l'enfant auprès des femmes en situation de précarité.

Par ailleurs, le département de la Drôme est l'un des quatre territoires à faire partie de l'expérimentation nationale (« Article 51 ») dénommée Référent de parcours périnatalité (RéPAP), destinée à toutes les femmes enceintes mais qui propose un suivi renforcé pour les femmes enceintes en situation de vulnérabilité avant et après la naissance de l'enfant. L'expérimentation étant encore en cours, il est difficile de prédire les suites qui seront données mais cela pourrait ouvrir des pistes dans l'accompagne-ment des femmes vulnérables.

Enfin, des places d'hébergement pour les femmes en pré ou post-maternité, sans solution de logement ou d'hébergement ont été ouvertes dans la région (90 nouvelles places en 2021 sur 3 départements : Rhône, Puy-de-Dôme et Loire) dans le cadre des nouvelles mesures pour prévenir et lutter contre la bascule dans la pauvreté. Ces femmes constituent un public particulièrement vulnérable, qui nécessite un accompagnement spécifique et dont les caractéristiques (femmes enceintes et / ou avec un nouveau-né) contraignent l'accès à certaines structures d'hébergement classiques. Ce nouveau dispositif est donc nécessaire pour que les femmes sortant de maternité sans solution de logement puissent accéder à une mise à l'abri et bénéficier d'un accompagnement sanitaire et social adapté. Ce dispositif est amené à être pérennisé dans le cadre du Pacte des solidarités.

2.4.3 Soutenir la réduction des risques pour les personnes victimes de la prostitution ou de la traite des êtres humains

Dans le cadre de la feuille de route nationale 2021-2024, un rapport de l'IGAS est attendu courant 2023 sur la coordination de l'offre en santé sexuelle et reproductive sur les territoires : réforme prévue des COREVIH et des structures de prévention spécialisées (CeGIDD, centres de santé sexuelle, espace de vie affective, relationnelle et sexuelle/ EVARS), et leur lien avec l'offre de 1er recours. Les instructions qui en découleront permettront d'inscrire des actions dans ce cadre.

2.4.4 Soutenir les démarches en santé favorisant l'insertion par l'activité économique

Les personnes en insertion, chômeurs de longue durée, allocataires du Revenu de solidarité active (RSA) ou encore les jeunes éloignés de l'emploi (NEETS « not in employment, education or training ») visés par les dispositifs du Contrat d'engagement jeune (CEJ) ont un état de santé beaucoup plus dégradé que celui de la population en âge de travailler (données Drees fin 2018) :

- 21 % des allocataires du RSA se déclarent en mauvaise ou très mauvaise santé contre 8 % de la population générale ;
- 43 % déclarent avoir une maladie chronique ;
- 11 % se déclarent fortement limités dans la reprise d'une activité du fait de problèmes de santé ;
- 22 % présentent un risque de dépression.

Les données sont similaires pour les chômeurs de longue durée avec une prédominance de « santé mentale dégradée »

Dès lors, un soutien ciblé pourrait accompagner des dispositifs favorisant soit un retour à l'emploi, soit facilitant une amélioration de l'état de santé favorable à l'insertion par l'économie.

Les acteurs de terrain du secteur de l'insertion par l'activité économique soulignent des problématiques de santé pour lesquelles les besoins sont toujours plus croissants : addiction, santé mentale, handicap, accès aux droits, etc. Autant de freins à l'emploi ou à la reprise d'activité. Pour favoriser la (ré)insertion professionnelle de ces personnes, le secteur doit être soutenu en terme de renforcement des compétences (formation, échange de

pratiques) et renforcement des équipes (pluridisciplinarité des accompagnements incluant la thématique santé comme c'est le cas dans le programme Convergence).

Ces structures méconnaissent parfois l'offre mobilisable en terme d'accompagnement vers la santé.

Des actions ciblées permettront d'atteindre les objectifs suivants :

- Réaliser et diffuser sur chaque territoire un état des lieux de l'offre mobilisable par les acteurs de l'insertion par l'activité économique
- Intégrer le secteur de l'Insertion par l'activité économoque (IAE) dans les dispositifs de formation des acteurs, dans les stratégies de prévention, de repérage et prise en charge de personnes souffrant d'addiction et/ou de troubles psychiques
- Etudier la possibilité de poursuivre le financement de programmes de prévention en structures IAE (ex. : depuis 2021, l'association Addictions France pilote un programme de prévention et d'accompagnement des personnes en situation de précarité, inscrites dans des parcours de réinsertion notamment en SIAE - Structures d'insertion par l'activité économique). Ce programme permet également d'accompagner les salariés permanents (direction, travailleurs sociaux encadrants techniques) par de la formation spécifique afin qu'ils puissent se saisir de ces questions dans leur projet d'accompagnement social et de réinsertion par le travail et ainsi réduire les risques liés aux addictions pour les personnes en insertion).
- Etudier la possibilité de renforcer les équipes pour permettre une pluridisciplinarité des accompagnements incluant la thématique santé en tenant compte des expérimentations en cours (ex: chargée de mission santé sur le programme Convergence).

2.4.5 Soutenir des dispositifs spécifiques à destination des jeunes en situation de précarité et/ou de rupture

Quelques exemples majeurs des actions proposées pour accompagner ces publics dans leur parcours de santé :

- Poursuivre le financement de postes de psychologues en missions locales pour les jeunes de 18-25 ans
- Poursuivre le déploiement sur la région du projet ambassadeur en santé mentale
- Poursuivre le financement d'actions de prévention des addictions à destination des jeunes
- Poursuivre le financement du volet santé des contrats d'engagement jeunes pour les jeunes en rupture (9 projets financés en 2023)

2.5 VEILLER À LA PRISE EN COMPTE DES PUBLICS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ DANS LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ (CLS)

Le contrat local de santé (CLS) est inscrit dans la Loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009. C'est un outil de contractualisation entre l'ARS et les collectivités territoriales dont l'ambition principale est de concourir à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé par le déploiement des politiques publiques de santé à l'échelle infra-territoriale. Le champ d'intervention du CLS porte sur la promotion de la santé, la prévention, l'accès aux soins, la santé mentale et l'accompagnement médico-social.

Le CLS est prioritairement conclu dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins. Il est par ailleurs, déployé dans les territoires où se conjuguent les difficultés d'accès aux soins, à la prévention, la précarité socio-environnementale, l'isolement et les personnes âgées vieillissantes.

Le préalable à la signature d'un CLS est la réalisation d'un diagnostic local de santé permettant de dresser un portrait du territoire sur lequel viendra s'appuyer la formalisation du projet.

Les Contrats locaux de santé, tel que prévu dans la loi relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale (dite Loi 3DS) publiée au Journal Officiel du 22 février 2022, doivent garantir la participation des usagers, notamment celle des personnes en situation de pauvreté, de précarité ou de handicap.

Fin 2022, l'ensemble de la région compte :

- 35 CLS actifs,
- 11 en cours d'élaboration,
- 17 territoires qui ont fait connaitre leur souhait d'engager une démarche de CLS.

Une enquête a été réalisée en mai 2023 auprès des 38 CLS actifs à ce moment-là et tous y ont répondu. Il en ressort que :

- 9 % des CLS visent à renforcer l'accès aux soins des publics en situation de précarité
- 20 % animent un réseau santé précarité
- 9 % ont un objectif de lutte contre le renoncement aux soins et/ou de faciliter l'ouverture des droits

Quelques exemples d'actions mises en place :

- Création d'un tiers-lieu alimentaire en lien avec le Centre communal d'action sociale (CCAS) / Les restos du Cœur, l'association MAS = ARCHIPEL : qui permet aux sans-abris d'avoir accès à des cuisines ;
- Accompagnement personnalisé (psychologue) auprès des aidants pour lutter contre l'isolement et la précarité (Ain)
- « Projet Zéro Chômeur de longue durée » via la création d'activités et d'orientations (Allier)
- Mise en place d'un Bus Précarité : Unité mobile proposant téléconsultations, prévention, dépistages, santé bucco-dentaire (Vichy)
- Lutte contre l'habitat indigne : actions de repérages, diagnostics et d'actions de réaménagement (Direction Aménagement Logement, CPAM, Département, Bailleurs sociaux, AGDEN …)
- Mise en place d'un Baromètre « non recours » en 2022 par le CCAS et mise en place d'actions pour l'accès aux droits et aux soins via les PASS (Lyon)

Dans le cadre de cette enquête, un focus a également été réalisé sur la précarité alimentaire. Plus de la moitié des CLS interrogés (soit 53 %) déclarent avoir été sollicités pour des problématiques de précarité alimentaire et cela concerne 8 départements sur 12 (66% des cas).

La question de la précarité alimentaire est principalement évoquée dans les territoires Quartier politique de la ville (QPV) ou en contrat de ville (85 % des cas).

Les acteurs ont mis en place un certain nombre d'actions pour répondre aux questions de précarité alimentaire et notamment :

- La création et/ou la réflexion de Projet alimentaire de territoire (PAT) : 7 en cours ;
- 5 épiceries sociales et solidaires
- Un système de portage de repas à domicile pour les publics en difficultés (porteuses de handicap/personnes âgées),
- 2 banques alimentaires
- Un frigo social et solidaire en Foyers de jeunes travailleurs
- Des bons alimentaires
- Resto du Cœur
- Des ateliers cuisine
- Un restaurant social : Projet Archipel à Villeurbanne
- Les villes de Grenoble et de Roanne (échelle EPCI) étudient des stratégies globales de lutte contre la précarité alimentaire alliant des ateliers nutrition, financement d'épiceries sociales, paniers repas, expérimentation d'une sécurité sociale de l'alimentation.

A noter, l'ARS participe à un comité de pilotage précarité alimentaire piloté par le Secrétariat général des affaires régionales (SGAR) dont l'objectif est de favoriser l'accès à une alimentation de qualité aux publics en situation de vulnérabilité.

Objectifs

1. **D'ici à 2028, tous les CLS garantissent la participation des personnes en situation de précarité. Pour cela, il sera proposé aux coordonnateurs de CLS des temps de sensibilisation – échanges de pratiques sur la question de la participation des usagers en situation de précarité et un accompagnement si besoin.**
2. **D'ici à 2028, tous les CLS, et ce, en fonction des diagnostics préalables à leur élaboration, ont au moins un objectif visant à favoriser l'accès à la santé des populations en situation de précarité.**

CHAPITRE 3

AMÉLIORER LA CAPACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ À MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

3.1 - FAVORISER LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS ET ATTENTES DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES DANS LES POLITIQUES LOCALES ET RÉGIONALES DE SANTÉ ***37***

3.2 - FAVORISER UNE MEILLEURE CONNAISSANCE PAR LES PROFESSIONNELS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ***38***

3.3 - DÉPLOYER DES OUTILS / DISPOSITIFS FACILITANT LA COMPRÉHENSION ENTRE LES PROFESSIONNELS ET LES PATIENTS ***39***

3.4 - RENFORCER ET COORDONNER L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES ***41***

Le parcours de soins pour la personne en situation de précarité est d'autant plus réussi qu'elle se sentira comprise et écoutée c'est-à-dire reconnue et prise en compte pour ce qu'elle est « intrinsèquement ».

Si, pour la plupart des patients, une approche indifférenciée par les professionnels n'entraine aucune conséquence dans leur prise en charge, il n'en est pas de même pour les personnes les plus vulnérables, alors même qu'elles demandent une attention particulière généralement liée à des difficultés de compréhension ou à la crainte d'approcher le système de santé ou la peur d'être jugé, de ne pas savoir, de ne pas comprendre ce qui sera dit.

Certes, la place donnée au patient tend à être plus importante, notamment depuis la fin des années 1990 avec l'amorce du processus de démocratisation sanitaire jusqu'à la récente loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 qui vise à donner une plus grande place aux patients dans le système de soins.

Néanmoins, pour les plus vulnérables d'entre eux, la prise en compte de leurs souhaits ou de leurs capacités de soins – au sens des possibilités que ces personnes ont en terme d'accessibilité, que ce soit d'ordre social ou financier – semblent se faire moins facilement.

Dès lors il convient de faire évoluer le système de santé dans la prise en charge des personnes les plus fragiles, en prenant en compte leur vécu en vue d'atteindre, leurs attentes pour favoriser leur prise en charge positivement.

Objectifs

1. **Favoriser la prise en compte des besoins et attentes des personnes les plus démunies dans les politiques locales et régionales de santé.**
2. **Favoriser une meilleure connaissance par les professionnels des personnes en situation de précarité pour en améliorer la prise en charge.**
3. **Déployer des outils/dispositifs facilitant la compréhension entre les professionnels et les patients.**
4. **Renforcer et coordonner l'offre de prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes les plus démunies.**

3.1 FAVORISER LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS ET ATTENTES DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES DANS LES POLITIQUES LOCALES ET RÉGIONALES DE SANTÉ

Le PRAPS, programme régional de santé dédié aux actions soutenant les personnes les plus démunies, prône une démarche d'écoute des personnes concernées. C'est une des conditions pour atteindre au mieux les objectifs affichés.

Pour ce faire, il convient de faciliter les temps d'échanges avec les usagers ou leurs représentants dans les instances de gouvernance pour mieux articuler leurs demandes avec les objectifs de ce programme :

- Un groupe de travail s'est constitué au sein de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) pour travailler les questions de santé précarité ; leurs propositions transmises fin 2022 ont largement été prises en compte dans ce PRAPS, pour autant qu'elles relevaient des compétences et attributions de l'Agence.
- Un groupe d'expression directe des usagers ayant eu un parcours de précarité est animé par France Asso Santé. Des rencontres régulières avec la coordinatrice régionale du PRAPS ont permis, au travers d'échanges nourris, de mieux connaitre les difficultés qu'ils rencontrent dans leur parcours de santé au quotidien et d'apporter des réponses au travers de ce PRAPS.
- La Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) qui regroupe des associations exerçant une réelle mission de service public : accueil, hébergement, insertion professionnelle et sociale, accès au logement, à la santé, à l'emploi.
- L'instance de lutte contre les inégalités de santé : une gouvernance stratégique régionale visant à renforcer les démarches de réduction des inégalités de santé mise en place en 2021. Cette instance a vocation à se réunir plus régulièrement.
- Le PRAPS devra également s'appuyer sur la plateforme de la participation des usagers et sur les contributions du Conseil régional des personnes accueillies (CRPA).

- Les Contrats locaux de santé, tel que prévu dans la loi relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale (dite Loi 3DS) publiée au Journal Officiel du 22 février 2022, doivent garantir la participation des usagers, notamment celle des personnes en situation de pauvreté, de précarité ou de handicap.
- Les médiateurs santé, dans leur rôle d'interface, peuvent également faire remonter les besoins et attentes des personnes qu'ils accompagnent.

3.2 FAVORISER UNE MEILLEURE CONNAISSANCE PAR LES PROFESSIONNELS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

L'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité passe par une meilleure connaissance des professionnels de santé dans la prise en compte des spécificités des personnes rencontrées et en lien avec elles.

Diverses études tant sur les motifs de non recours des personnes les plus fragiles ou sur les parcours de soins (Etude DGOS/ Itinere conseil/Efect 2015), montrent une forte attente des personnes en situation de précarité pour être mieux entendues et comprises lors des consultations.

Pour répondre à ces attentes légitimes et garantes d'une meilleure prise en charge des personnes à travers notamment une meilleure observance des traitements, il convient de renforcer la formation des professionnels de santé aux spécificités liées aux situations de précarité et à leurs incidences sur la prise en charge ; cette formation pourra s'appuyer sur les démarches de « pair aidance » promouvant une co-construction des modules avec des personnes ayant eu un parcours de santé difficile du fait d'une précarité passée.

Ce volet « formation » commun à plusieurs ou toutes les populations abordées dans le Projet régional de santé 2018-2028 est décrit dans le schéma régional de santé 2023-2028.

Par ailleurs, de façon spécifique, le PRAPS soutient la promotion du travail pair dans les structures d'accueil des personnes en situation de précarité.

Cette plateforme est née en 2015 dans le cadre d'un appel à projet de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL) dont l'un des axes était le développement du travail pair.

Sur Grenoble, un ensemble de structures se sont regroupées pour répondre à cet appel à projet, avec l'idée de développer et de promouvoir le travail pair en mettant en commun la réflexion et les expérimentations. Le développement du projet s'organise autour de plusieurs grands axes de travail :

- Recenser au niveau national et international les initiatives autour de la pair-aidance,
- « Acculturer » au travail pair les équipes accueillant les pairs ou désireuses de le faire,
- Informer/former les partenaires et acteurs locaux sur ce qu'est le travail pair,
- Faciliter l'intégration des pairs dans les équipes d'établissements sanitaires et sociaux,
- Soutenir l'organisation collective des pairs,
- Constituer une offre de formation adaptée et définie par et avec les travailleurs pairs en partenariat avec l'université et les instituts de formation en travail social,
- Communiquer sur le travail pair.

Soutenue par l'ARS, la DREETS, la métropole de Lyon et la métropole de Grenoble, la plateforme intervient dans toute la région Auvergne-Rhône-Alpes.

3.3 DÉPLOYER DES OUTILS / DISPOSITIFS FACILITANT LA COMPRÉHENSION ENTRE LES PROFESSIONNELS ET LES PATIENTS

3.3.1 L'interprétariat

En complément des dispositifs décrits précédemment, force est de constater que le premier obstacle d'accès aux soins pour de nombreuses personnes est la barrière de la langue. Dans ce contexte, l'interprétariat est un levier indispensable pour faciliter le dialogue en santé entre les personnes ne parlant pas ou ne comprenant pas la langue française (public allophone) et les professionnels de santé.

Différents outils se sont développés sur notre région souvent à l'initiative de professionnels, soit à vocation de traduction généralistes (Google translation) ou spécialisés (Traducmed) voire des outils de type pictogramme (ordonnance visuelle).

En complément, l'ARS finance depuis 2016 un service d'interprétariat linguistique professionnel via l'association ISM CORUM LYON. Celle-ci propose, sur demande, des temps d'interprètes en appui aux consultations des professionnels de santé pour les publics précaires : plus de 70 langues sont proposées à ce jour. Ce dispositif répond à l'augmentation croissante des besoins pour une population allophone de plus en plus présente en Auvergne-Rhône-Alpes et caractérisée par une précarité croissante ce qui génère un non recours aux soins certain.

Le fait de proposer un interprétariat permet de faire mieux comprendre les soins, donc qu'ils soient mieux acceptés et aux professionnels de réaliser des consultations plus sereines dans l'optique que les patients intègrent plus facilement le parcours de soins proposé.

Cet accès à l'interprétariat s'inscrit dans une des recommandations du référentiel publié par la Haute autorité de santé (HAS) en 2017 sur l'Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé.

La nécessité d'un interprétariat professionnel pour accompagner les patients allophones vers le soin a été conforté par le rapport de l'Inspection générale des affaires sociale (IGAS) d'avril 2019, sachant que l'accès à distance - par téléphone ou visio-conférence est prôné.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Evolution depuis 2018 en nombre d'heures et de bénéficiaires :

		CPOF 2019-2022				Total
	2018	2019	2020	2021	2022	
Heures	2 802	5 700	5 900	9 169	12 031	**35 602**
Bénéficiaires	30	80	84	100	123	**417**

A fin 2022, ISM CORUM aura réalisé 12 031 heures d'interprétariat sur l'année (123 structures et professionnels utilisateurs).

Les principaux bénéficiaires des séances d'interprétariat sont les permanences d'accès aux soins (PASS) avec un taux de 60 % de consommation de l'enveloppe. Suivent ensuite par ordre d'importance les centres de santé/maisons de santé (18 %), les associations (15 %), les médecins généralistes (2,5 %). Les autres utilisateurs correspondent à un total de 4,5 % (les psychiatres/psychologues, les structures d'hébergement, les structures médico-sociales, les cabinets médicaux).

Cette croissance s'explique par l'augmentation du nombre de personnes vues dans les PASS, y compris avec des droits de sécurité sociale ouverts mais qui ne trouve pas d'offre de soins libérale.

Objectifs

1. **Renforcer la connaissance des interprètes professionnels des publics en situation de précarité afin d'enrichir leurs pratiques autour des questions posées par la prise en charge de ces publics, notamment les migrants.**
   Il s'agit d'apporter un éclairage sur les pratiques soignantes et les parcours de soins : mieux connaitre les souffrances et psycho pathologies subies par les personnes dont les interprètes vont assurer la traduction.
2. **Sanctuariser un financement régional proportionné à la demande croissante d'interprétariat sur le champ de la précarité.**

3. **Distinguer un financement de l'interprétariat dédié aux PASS hospitalières (représentant annuellement près de 60 % des structures / professionnels bénéficiaires), d'un second destiné aux autres opérateurs intervenant sur le champ de la précarité (associations, professionnels libéraux, ESMS, structures d'hébergement…).**
4. **Impliquer les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) dans la démarche de l'interprétariat professionnel, comme outil au service de consultations facilitées pour les professionnels de santé.**

3.3.2 Former et outiller les professionnels

Les structures prenant en charge des personnes en situation de grande précarité (Permanences d'accès aux soins de santé – PASS, Centre d'hébergement et de réinsertion sociale – CHRS, Lit halte soins santé – LHSS, Lit d'accueil médicalisé – LAM, Appartement de coordination thérapeutique – ACT…) ont constaté que leur accès aux soins était de plus en plus difficile, notamment lorsqu'il s'agit d'aller vers des professionnels libéraux. Cela peut s'expliquer par un manque de connaissance des dispositifs existants et de l'environnement des personnes précaires. En effet, la durée de consultation est souvent plus importante et nécessite une coordination forte entre les secteurs sociaux et médico-sociaux. Il s'avère régulièrement que la prise en charge clinique est plus complexe pour des publics dont l'ensemble des droits ne sont pas toujours ouverts. Ainsi les professionnels libéraux ont besoin de soutien afin de garantir un accompagnement global de la personne et de ne pas se sentir isolé dans leur pratique.

Face à ce constat, le projet Ressources santé et précarité (RESAP) a vu le jour sur une initiative du Réseau social rue hôpital (RSRH) de la métropole Lyonnaise et un réseau rassemblant Médecins du monde, des PASS, des CHRS, le SAMU Social, des établissements médico-sociaux (LHSS, LAM, ACT). Ainsi le Réseau social rue hôpital, la section régionale de Médecins du monde et la Fédération des acteurs de la solidarité, ont élaboré un projet commun permettant de former et d'outiller les professionnels de santé sur l'accompagnement global des personnes en situation de précarité : repérage, environnement de la personne, connaissance des dispositifs existants. Au regard de la pertinence et de l'intérêt de cette plateforme à destination des professionnels libéraux, **l'ARS a acté le financement d'une expérimentation ciblée sur le territoire de la Métropole de Lyon** et souhaite **inscrire cette action dans la durée** et dans une perspective de déploiement régional dans le cadre du nouveau PRAPS.

Par ailleurs, un travail de cartographie des dispositifs santé, destinés aux publics en situation de précarité, dans une logique de lutte contre les inégalités de santé, a été initié par l'Agence. Ces cartographies seront consultables en ligne et seront mises à jour régulièrement. Cela permettra une meilleure lisibilité de toute l'offre disponible sur la région.

Si besoin, outiller et soutenir les structures dans leurs actions relevant de la santé publique (ex: canicule, punaise de lits, etc.).

3.4 RENFORCER ET COORDONNER L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

Les dispositifs médico sociaux ont vu leur capacité en forte augmentation entre 2018 et 2022 permettant un renfort de prise de l'accompagnement des personnes :

ACT	Places installées au 15 juin 2017	Classement PRS 2018-2022	Places installées au 31 déc. 2022 (dont places hors les murs)	Total places installées fin 2023 (prévisions)	Dont places hors les murs	Evolution 2017/2022 en %
Ain	8	Prioritaire	21	33	12	**312,5**
Allier	0	Zones blanches	8	15	3	
Ardèche	4	Prioritaire	7	13	3	**225,0**
Cantal	0	Zones blanches	4	6	2	
Drôme	18	Intermédiaire	22	25	6	**38,9**
Isère	24	Prioritaire	37	50	0	**108,3**
Loire	18	Prioritaire	37	37	8	**105,6**
Haute-Loire	3	Intermédiaire	5	5	0	**66,7**
Puy de Dôme	36	Non prioritaire	39	39	4	**8,3**
Rhône	70	Intermédiaire	130	130	34	**85,7**
Savoie	19	Non prioritaire	27	27	8	**41,1**
Haute-Savoie	**17**	Non prioritaire	35	35	8	**105,9**
Région	217		372	415	88	91,2

LHSS	Lits installés au 30 sept. 2017	Classement PRS 2018-2022	Lits installés au 31 déc. 2022 A	Total lits installés à fin 2023 (prévisions) C = A + B	Evolution 2017/2022 (en %)
Ain	0	Zones blanches	10	16	
Allier	8	Intermédiaire	8	13	**62,5**
Ardèche	2	Prioritaire	6	11	**450,0**
Cantal	4	Intermédiaire	4	5	**25,0**
Drôme	4	Prioritaire	10	19	**375,0**
Isère	18	Intermédiaire	20	36	**100,0**
Loire	6	Prioritaire	18	28	**366,7**
Haute-Loire	9	Non prioritaire	9	9	**0,0**
Puy de Dôme	26	Non prioritaire	26	26	**0,0**
Rhône	30	Intermédiaire	49	68	**126,7**
Savoie	6	Intermédiaire	10	11	**83,3**
Haute-Savoie	**4**	Prioritaire	16	18	**350,0**
Région	117		186	260	122,2

LAM	Lits installés au 15 juin 2017	Lits installés au 31 décembre 2022	Lits restants à installer à partir de 2023	Total lits installés sur 2023/2024
Isère	0	20	0	**20**
Loire	0	0	15	**15**
Puy de Dome	0	0	15	**15**
Rhône	20	48	0	**48**
Haute-Savoie	0	0	15	**15**
Région	20	68	45	113

Par ailleurs et en réponse à l'accompagnement des personnes pendant l'épidémie de Covid-19 qui a souligné la pertinence des démarches d'« aller-vers » au plus près des personnes, **des équipes mobiles médico-sociales** ont été mises en place. Le décret n°2021-1170 du 9 septembre 2021 a créé cette nouvelle catégorie d'établissements et services médico-sociaux en complément des dispositifs médico-sociaux que sont les Lits halte soins santé (LHSS), Lits d'accueil médicalisés – LAM et Appartement de coordination thérapeutique – ACT et LHSS mobiles, les LHSS de jour et les ACT hors les murs.

Les Equipes mobiles santé précarité (ESMP) dispensent des soins adaptés, réalisent des bilans de santé, accompagnées, proposent un accompagnement global adapté aux besoins des personnes. Elles ont un rôle d'interface avec les acteurs du champ sanitaire, médico-social et social, assurent des actions de prévention, de médiation et de prise en charge globale pour favoriser l'orientation des personnes vers les établissements, services et professionnels adaptés.

Les Equipes spécialisées en soins infirmiers (ESSIP), dispensent, sur prescription médicale, des soins infirmiers et des soins relationnels à des personnes en situation de grande précarité ou à des personnes très démunies.

Ces équipes mobiles visent à :

- répondre au besoin de soins de personnes en situation de précarité dans une démarche d'« aller-vers »,
- éviter des hospitalisations non justifiées, au regard de la santé de la personne, quand cela est possible, pour les personnes en situation de précarité qu'elles accompagnent,
- garantir des sorties d'hospitalisation sans rupture de soins (ESSIP).

De nouveaux dispositifs sont en cours d'expérimentation en Ile de France : les LHSS pédiatriques.

Cela répond à la problématique des femmes enceintes ou venant d'accoucher d'un nouveau-né se retrouvant sans solution d'hébergement. La prise en charge médicale et psychosociale proposée dans le cadre des LHSS peut paraître adaptée mais nécessite une évolution en intégrant des compétences spécifiques adaptées et en permettant l'accueil des mineurs. Ainsi, dans l'optique d'une potentielle généralisation nationale de l'expérimentation en Ile-de-France, il conviendrait de :

- recenser les structures LHSS en capacité de pouvoir prendre en charge ce type de public,
- recenser les besoins/publics en lien avec l'ensemble des opérateurs concernés (médico-sociaux, associatifs et sanitaires),
- élaborer une programmation régionale avec des déclinaisons financières départementales,
- intégrer des LHSS pédiatriques dans la politique globale ARS dédiée à ce type de public (articulation et coordination avec les autres dispositifs dont les PASS).

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

La mise en place de ces équipes mobiles santé précarité a été réalisée, dans un premier temps, par un Appel à manifestation d'intérêt (AMI) en octobre 2021 pour développer des projets d'« aller vers » en vue de préfigurer des équipes mobiles à sanctuariser en dispositifs médico sociaux.

Ce sont ainsi 11 équipes mobiles qui se sont mises en place, sur 8 départements, à l'exception de l'Ain, du Cantal, de la Drôme et de la Haute-Loire, pour lesquels aucun opérateur n'a été retenu au titre de l'AMI.

Pour ces derniers, les services de l'ARS ont privilégié des extensions non importantes mobiles ou hors les murs pour des établissements déjà en fonctionnement (LHSS mobiles, ACT hors les murs) ou une future équipe mobile non encore identifiée.

L'objectif de l'AMI était de permettre aux équipes de monter en charge sur une période minimale d'un an à l'issue de laquelle une évaluation ARS est établie.

A l'issue de la 1re année de fonctionnement, ces équipes seront prises en compte sur l'ONDAM médico-social, via un appel à projets déployé en 2023.

Objectifs

1. Poursuivre la mise en place d'équipes mobiles, en particulier sur les zones blanches : les territoires à fort taux de précarité, isolement des personnes.
2. Renforcer le maillage avec les dispositifs médico-sociaux de l'hébergement que sont les appartements de coordination thérapeutique (ACT), Lits halte soins santé (LHSS) et Lits d'accueil médicalisés (LAM).
3. Articuler les équipes mobiles santé précarité avec les services du premier recours et de coordination (maisons de santé pluri professionnelles, centres de santé, CPTS, DAC), ainsi qu'avec d'autres dispositifs (équipes mobiles incurie, etc.).
4. Renforcer les équipes mobiles en place ou à venir et selon les besoins sur le volet santé mentale ou addictologie.
5. Poursuivre le déploiement de places LHSS, ACT et LAM.
6. Etudier la possibilité de développer des LHSS pédiatriques.

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI

Rôle de l'échelon régional de l'ARS

L'échelon régional de l'ARS est garant de la vision globale du PRAPS, du suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation. Il s'appuiera sur l'instance régionale de réduction des inégalités de santé co-animée par la direction générale de l'ARS et la commissaire à la lutte contre la pauvreté auprès de Mme la Préfète de région.

Cette instance a pour objectif de coordonner l'ensemble des mesures et des politiques publiques en faveur des personnes démunies. A ce titre, elle sera informée des avancées obtenues dans la mise en œuvre des objectifs du PRAPS et plus largement des différents travaux et actualités en transversalité intersectorielle et interministérielle.

Cette instance permettra d'articuler les différentes politiques publiques en direction des publics vulnérables (pacte des solidarités, plan logement d'abord, stratégie pour l'accueil et l'intégration de personnes réfugiées, etc.).

Rôle de l'échelon départemental de l'ARS

Il assure la déclinaison de proximité de ce programme.

En effet, les facteurs de réussite reposent sur l'efficience de la déclinaison opérationnelle, notamment sur les territoires.

Ces 2 échelons complémentaires et indissociables seront garants de la visibilité du PRAPS.

GLOSSAIRE

AAH	Allocation adulte handicapé
AAP	Appel à projets
ACT	Appartements de coordination thérapeutique
AEEH	Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
AJ	Accueil de Jour
AJA	Adolescent – jeunes adultes
ALD	Affectation longue durée
AM	Assurance maladie
AMAVI	Afflux massif de victimes
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANS	Agence du numérique en santé
ANSSI	Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information
APA	Activité physique adaptée
APA	Allocation personnalisée autonomie
ARA	Auvergne-Rhône-Alpes
ARACT	Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASV	Ateliers santé ville
AVP	Aide à la vie partagée
BSI	Bassin de santé intermédiaire
BUA	Bon usage des antibiotiques
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CAQES	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé Au travail
CASSIS	Comité d'animation stratégique des systèmes d'information de santé
CATPP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDS	Centre de santé
CeGIDD	Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic
CEI	Conseiller en environnement Intérieur
CEJ	Contrat d'engagement jeune
CESE	Conseil économique social et environnemental
CH	Centre hospitalier
CHRS	Centres d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU	Centre d'hébergement d'urgence
CIDB	Centre d'Information et de documentation du bruit
CIO	Centre intégré obésité
CLAT	Centre de lutte antituberculeuse
CLAV	Comité local d'aide aux victimes
CLS	Contrat local de santé
CLSM	Conseils locaux de santé mentale
CMP	Centre médico-psychologique (sanitaire)
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique (médico-social)
CNAMTS	Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés
CNLE	Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNG	Centre national de gestion
CNR	Conseil national de la refondation
CNSA	Caisse cationale de solidarité pour l'autonomie
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSNP	Centre de soins non programmés (sans rendez-vous)

CSS	Complémentaire santé solidaire
COSCOM	Contrat de stabilisation et de coordination médecin
COS	Cadre d'orientation stratégique
COSSIS	Comité d'orientation stratégique des systèmes d'information de santé
CPAM	Caisse primaire d'Assurance maladie
CPIAS	Centre d'appui à la prévention des infections associées aux soins
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPS	Compétences psychosociales
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRA	Centre ressources autisme Auvergne et Rhône-Alpes
CRAtb	Centre régional en antibiothérapie
Creton	Amendement Creton
CRCDC	Centre régional de coordination du dépistage des cancers
CREAI	Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
CRPA	Conseil régional des personnes accueillies
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CRT	Centre de ressources territorial
CRV	Comité régional de vaccination
CSMS	Commission spécialisée pour les prises en charges et accompagnements médico-sociaux
CSSM	Commission spécialisée en santé mentale
CSO	Centre spécialisé obésité
CSP	Code de santé Publique
CTS	Conseil territorial de santé (un par département en Auvergne-Rhône-Alpes
CTSM	Contrat territorial de santé mentale
CV	Centre de vaccination
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DAPAP	Dispositif d'appui à la prescription d'activité physique adaptée
DCC	Dossier communicant de cancérologie
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIA	Délégation interministérielle à l'autisme
DIHAL	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DITEP	Dispositif institut thérapeutique éducatif et pédagogique
DMP	Dossier médical partagé
DNA	Dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile
DRAC	Direction régionale des affaires culturelles
DRAD	Dispositif renforcé de soutien à domicile
DRDFE	Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DREETS	Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DSR	Dispositif spécifique régional ; ex-réseaux
DSRC	Dispositif spécifique régional cancer
DST	Dialogue stratégique territorial
DYS	Dyslexie, dysorthographie, dysphasie, dyspraxie, dyscalculie
EAM	Etablissement d'accueil médicalisé
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG	Evénement indésirable grave
EIGS	Evènement indésirable grave associé aux soins
EMA	Equipe multidisciplinaire en antibiothérapie
EMAS	Equipes mobiles d'appui à la scolarisation
EMPP	Equipe mobile psychiatrie précarité
EMSP	Equipe mobile santé précarité
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale
ESA	Equipes spécialisés Alzheimer (à domicile)

ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
ESMP	Equipes mobiles santé précarité
ESMS	Etablissement ou service social ou médico-social
ESP	Equipe de soins primaires
ESR	Etablissement de santé de référence
ESRP	Etablissement et service de réadaptation professionnelle
ESS	Equipe de suivi de scolarisation
ESSI	Equipe spécialisée de soins infirmiers précarité
ETP	Education thérapeutique du patient
ETP	Equivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FIR	Fond d'intervention régional
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCS SARA	Groupement de coopération sanitaire système d'information santé en Auvergne-Rhône-Alpes
GEM	Groupement d'entraide mutuelle
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GPEC	Gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences
GRADeS	Groupement régional d'appui au développement de la e-Santé
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HCL	Hospices civils de Lyon
HLM	Hors les murs
HP	Hébergement permanent
HPST	Hôpital, patients, santé et territoire (loi de 2009)
HPV	Papillomavirus humain
HT	Hébergement temporaire
HTSH	Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation
IAE	Insertion par l'activité économoque
ICAPS	Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité
IDE	Infirmier diplômé d'etat
IEM	Institut d'éducation motrice
IFAS	Instituts de formation d'aide-soignants
IFSI	Instituts de formation en soins infirmiers
IFTS	Institus de formation des travailleurs sociaux
IGAS	Inspection générale des affaires sociale
IHAB	Initiative hôpital ami des bébés
IMC	Indice de masse corporelle
IME	Institut médico-éducatif
INS	Identité nationale de santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études Economiques
IST	Infections sexuellement transmissibles
IPA	Infirmier en pratique avancée
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion santé
IRM	Imagerie par résonnance magnétique
ISEMA	Internat socio-éducatif médicalisé pour adolescents
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
LAM	Lits d'accueil médicalisés
LHSS	Lits halte soins santé
MAIA	Maison pour l'Apprentissage et l'Intégration des enfants porteurs d'Autisme
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MECS	Maison d'enfants à caractère social
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MCS	Médecin correspondant du SAMU
MDA	Maison des adolescents
MDPH	Maison départementale des personnes hdandicapées
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MMG	Maisons médicales de garde

MND	Maladies neuro-dégénératives
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
MSS	Messageries de santé sécurisées
MSS	Maisons sports santé
NRC	Nucléaire-radiologique-chimique
NRI	Neuroradiologie Interventionnelle
Odenore	Observatoire des non-recours aux droits et services
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONAPS	Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité
ONDAM	Objectif national de dépense d'Assurance maladie
ONP	Objectif national de professionnels à former
ONPES	Obsevatoire nationale de la précarité et de l'exclusion sociale
OPCO	Opérateur de compétences
ORS	Observatoire régional de la santé
ORSAN	Organisation de la réponse du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle
ORSEC	Organisation de la réponse de sécurité civile
PACAP	Petite enfance alimentation corpulence et activité physique
PADHUE	Praticiens à diplôme hors Union européenne
PAG	Plan d'accompagnement global
PAI	Plan d'aide à l'investissement
PAPS	Portail d'accompagnement des professionnels de santé
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PCH	Prestation de compensation du handicap
PCO	Plateforme de coordination et d'orientation
PCPE	Pôles de compétences et de prestations externalisées
PDM	Plans départementaux de mobilisation
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PDSES	Permanence des soins en établissement de santé
PFR	Plateforme de répit
PH/PSG	Personne handicapée / Personne en situation de handicap
PMI	Protection mternelle et infantile (service du Département)
PMP	Projet médical partagé
PNNS	Plan national nutrition santé
PPAC	Programme personnalisé après cancer
PPS	Projet/Programme personnalisé de doins
PPS	Plan personnalisé de santé
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (des plus démunis)
PRS	Projet régional de santé
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRSE	Plan régional santé environnement
PTSM	Projet territorial de santé mentale
PUI	Pharmacie à usage intérieur
QPV	Quartiers prioritaire de la politique de la ville
QVT	Qualité de vie au travail
RAPT	Réponse accompagnée pour tous
RBPP	Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
RHEOP	Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal
RéPPOP	Réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique
RREVA	Réseau régional de vigilances et d'appui
RSA	Revenu de solidarité active
SAAD	Service d'aide à domicile
SAD	Service autonomie à domicile
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.
SAS	Service d'accès aux soins

SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SMAEC	Service mobile d'accompagnement d'évaluation et de coordination
SMPR	Services médico-psychologiques régionaux
SMR	Soins médicaux et de eéadaptation
SOS	Soins oncologiques de support
SPASAD	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SRS	Schéma régional de santé
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et réadaptation
TIIH	Transport infirmier interhospitalier
TMS	Troubles musculo-squelettiques
TND	Troubles du neuro-développement
TSA	Troubles du spectre de l'autisme
UCOG	Unités de coordination en onco-gériatrie
UCSD	Un chez soi d'abord
UEE	Unités d'enseignement externalisées
UEEA	Unités d'enseignement élémentaire autisme
UEMA	Unités d'enseignement maternelle autisme
UHR	Unités d'hébergement renforcé
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
URPS	Union régionale des professionnels de santé
UMD	Unité de malades difficiles
USLD	Unité de soins de longue durée
USMP	Unités sanitaires en milieu pénitentiaire
USPC	Unités de soins prolongés complexes
UTEP	Unité transversale d'éducation thérapeutique du patient
UVP	Unité de vie protégée
VAE	Validation d'acquis d'expérience
ZSP	Zone de soins de proximité