



**PROGRAMME RÉGIONAL
D'ACCÈS A LA PRÉVENTION ET AUX SOINS
Révision 2015**

Le cadre législatif et réglementaire

1. Le cadre national

Les indicateurs de l'Organisation Mondiale de la Santé classent notre système de santé parmi les plus performants. Cependant depuis environ dix ans, le Haut Comité de Santé Publique, dans ses rapports sur la santé en France, rappelle que ces bons résultats masquent d'importantes disparités et que les populations en situation de précarité ne bénéficient qu'assez peu des progrès réalisés.

Parallèlement, l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale dans son rapport 2003-2004, constate une inflexion à la hausse de la pauvreté depuis 2002 et insiste sur les nombreuses difficultés rencontrées par les personnes les plus démunies dans leur vie quotidienne malgré les efforts réalisés en matière d'accès aux droits. Il met notamment en évidence que les inégalités sociales de santé restent importantes et que l'état de santé de ces populations est plus dégradé que celui de la population générale.

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins ont été élaborés pour la première fois en 1999 en application des dispositions de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998 qui précisait notamment que chaque PRAPS « comporte des actions coordonnées de prévention et d'éducation pour la santé, de soins, de réinsertion et de suivi qui sont mises en œuvre chaque année, dans chaque département, pour améliorer la santé des personnes démunies, en se fondant sur les services de l'Etat, en particulier les services de santé scolaire et universitaire, les collectivités territoriales, grâce notamment aux services de protection maternelle et infantile, les organismes de sécurité sociale, les agences régionales de l'hospitalisation, les groupements régis par le code de la mutualité, les associations, les professions de santé, les établissements et institutions sanitaires et sociales concourent à la mise en œuvre de ces actions... ». Cette fonction a été rappelée par le Plan national de lutte contre la précarité et l'exclusion adopté le 19 mars 2003 qui prévoyait en particuliers 5 mesures visant à améliorer l'accès aux soins des personnes en difficulté sociale. Deux de ces mesures visaient le PRAPS, en confirmant la mise en œuvre d'une nouvelle programmation régionale et en l'orientant par ailleurs vers le développement d'une démarche territorialisée plus marquée en s'appuyant sur les Ateliers Santé Ville.

Deux autres générations de PRAPS ont ensuite été mises en œuvre par les DRASS et leurs partenaires (ARH, DDASS, Assurance Maladie, collectivités, établissements, réseaux associatifs, etc.).

La loi n°2004-806 du 9 Aout 2004 relative à la politique de santé publique

La loi n°2004-806 du 9 Aout 2004 relative à la politique de santé publique avait mis l'accent sur la question de la santé des plus vulnérables. L'article L1411-1-1 du code de la santé publique précisait alors :

- l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de santé publique ;
- les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées.

L'article L.1411 -11 du même code prévoyait que chaque plan régional de santé publique devait comporter un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région et notamment un programme régional d'accès aux soins des personnes les plus démunies.

Aussi, le second des neuf principes de la politique de santé publique, exprimés dans le rapport d'objectifs de la loi relative à la politique de santé publique, était le principe de réduction des inégalités : principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les groupes les plus vulnérables en raison de leur exposition à des déterminants spécifiques de santé.

La loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires du 21 juillet 2009

La loi HPST a instauré une nouvelle organisation régionale du système de santé afin de favoriser le décloisonnement des différents secteurs (santé publique, ambulatoire, hospitalier, médico-social...) et prendre en compte de nouvelles thématiques en soutenant une approche transversale. Ainsi, la loi a élargi le cadre du pilotage régional de santé en introduisant le projet régional de santé (PRS), dont les différentes composantes définissent les « objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre ».

Les PRAPS, confirmés par la loi HPST du 21 juillet 2009 constituent l'un des 4 programmes obligatoires du Projet Régional de Santé. Ces programmes¹ ayant pour objectif de décliner les modalités spécifiques d'application des schémas.

Les 4 programmes obligatoires du PRS : le PRAPS, le programme de développement de la Télémedecine, le programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), le programme régional de gestion du risque (PRGDR).

2. Historique des PRAPS en Poitou-Charentes

En Poitou-Charentes, 3 générations de PRAPS se sont succédées depuis 2001.

Période	PRAPS 1 2001-2003	PRAPS 2 2004-2005	PRAPS 3 2006-2008	Réactualisation 2009 2009-2010
Principes définis au plan régional	<ul style="list-style-type: none"> Garantir à toutes les personnes vivant en Poitou-Charentes l'accès aux droits Repérer et prévenir les risques liés à l'habitat insalubre Améliorer l'accueil et les soins pour les personnes les plus démunies 	<ul style="list-style-type: none"> Relier le PRAPS aux autres programmes de santé Améliorer la couverture territoriale (notamment en zone rurale) Favoriser le dialogue entre usagers et professionnels, d'une part, entre professionnels d'autre part. 	Intégration du PRAPS dans le PRSP	<ul style="list-style-type: none"> Définir une approche territoriale mieux ciblée Prendre en compte les besoins des populations spécifiques La résorption des inégalités sociales de santé La prise en compte des ISS dès la petite enfance
Axes stratégiques développés	<ul style="list-style-type: none"> Le développement de la prévention L'accompagnement des groupes les plus vulnérables vers la santé La mise en place d'une fonction d'observation régulière 	<ul style="list-style-type: none"> Agir sur les dispositifs (étendre les PASS, développement des collaborations avec les collectivités, développement des ASV, développement du travail en réseau...) Intervenir et mieux prendre en compte les besoins spécifiques des populations (ruraux isolés, gens du voyage, grands marginaux...) en soutenant le développement de programmes autour des déterminants/thématiques suivantes : souffrance psychique, éducation pour la santé, addictions, prévention et dépistage du saturnisme. Piloter et évaluer le PRAPS 	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la couverture territoriale des dispositifs appropriés, notamment en zones rurales ; Mieux identifier les problématiques de santé des populations fragilisées ; Intervenir auprès des populations suivantes en développant une approche de promotion de la santé : ruraux isolés, gens du voyage, grands marginaux, jeunes en errance, détenus, immigrés, ZUS. 	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les axes à développer selon les problèmes constatés, les opportunités, les ressources Identifier les territoires les plus défavorables selon les critères socio-économiques et les croiser avec les infrastructures locales existantes ; Soutenir les programmes d'actions développés dans le cadre des ASV ; Développer le travail en réseau Mieux prendre en compte les besoins des populations spécifiques : détenus, familles monoparentales, travailleurs saisonniers, apprentis, étudiants, personnes âgées isolées.

Actions	199 actions financées	111 actions financées 2004 : 62 2005 : 49	2006 : 83 actions financées dans le cadre de l'AP commun Etat/ Assurance Maladie 2007 : 127 actions financées dans le cadre du GRSP 2008 : 132 actions financées dans le cadre du GRSP	2009 : 141 financées dans le cadre du GRSP 2010 : 125 financées dans le cadre du GRSP 2011 : 107 financées par l'ARS
	Eléments d'évaluation significatifs	<ul style="list-style-type: none"> • une proportion forte de zones non couvertes par des dynamiques projets (notamment en milieu rural) • des démarches de santé communautaire à développer (peu prises en compte) • des actions définies à partir de plans départementaux impliquant une absence de visibilité régionale d'objectifs et de projets conduits 	<ul style="list-style-type: none"> • extension des PASS ; • évaluation des PASS en 2005 • évaluation des points d'écoute psychologique en décembre 2005 • développement des ASV et des réseaux (ex : animation territoriale sur le Pays Sud Charente) • intégration du PRAPS 	<ul style="list-style-type: none"> • Un appel d'offre spécifique « précarité » en 2008 ; • Absence de dynamique de projets sur les territoires les plus défavorables, faute de promoteurs ou de ressources locales ; • Une augmentation de programmes d'actions portant sur des actions globales de promotion de la santé • Des démarches de santé communautaire qui se développent

3. Evaluation des PRAPS en Poitou-Charentes

○ Atouts / leviers

- programme orienté sur une démarche permettant d'agir sur un ensemble de déterminants de santé en direction des personnes les plus éloignées du système de santé ;
- programme dont la mise en œuvre appelle au développement de partenariats intersectoriels et interministériels ;
- le développement de nouvelles formes de coopération et de mise en réseau entre les professionnels des champs sanitaires et sociaux ;
- le développement d'une fonction d'observation des besoins prioritaires en fonction des territoires et des populations ;
- une animation régionale du programme ;
- l'intégration des priorités du PRAPS dans le plan régional de santé et autres programmes ;

○ Difficultés /Axes de progression

- absence de ligne financière spécifique dédiée au financement des actions du PRAPS ;
- améliorer la lisibilité des projets développés ;
- améliorer la couverture territoriale des actions financées ;
- poursuivre le développement d'identification des territoires prioritaires d'intervention ;
- renforcer les outils d'observations des phénomènes ;
- renforcer l'appui méthodologique aux porteurs de projets (évaluation, approche de santé communautaire...);
- développer les démarches d'informations-sensibilisations voire de formations sur les liens entre santé et précarité

- approfondir les démarches évaluatives du programme (au-delà des évaluations propres aux actions soutenues) ;
- certaines populations encore peu touchées : nécessité de pénétrer les niches d'exclusion et d'extrême pauvreté ;
- développer les collaborations et les coopérations avec les professionnels de santé du secteur libéral ;
- renforcer les liens et les articulations entre le social et la santé
- développer des démarches évaluatives adaptées à des objectifs de promotion de la santé (ex : évaluation des PASS).

Le PRAPS 2011-2016

« Le PRAPS comme outil de programmation centré sur les populations les plus démunies et éloignées du système de santé dites en situation de précarité et/ou en situation d'exclusion sociale »

1. Quelques concepts

○ La précarité

« **La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires 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 le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. »¹. Elle ne peut être mesurée qu'en référence à l'instabilité des situations. Elle a de multiples dimensions : l'irrégularité dans les revenus (y compris dans les revenus sociaux), les situations familiales, les conditions de logement, le niveau d'instruction, l'accès aux services notamment de santé, etc.

○ L'exclusion

« L'exclusion est une réalité dynamique caractérisée par l'absence - pendant une période plus ou moins longue - de la possibilité de bénéficier des droits attachés à la situation sociale et à l'histoire de l'individu concerné. En fait, l'exclusion pose bien d'autres problèmes que la seule absence de ressources financières. Le problème essentiel est que **l'exclusion est intimement liée à des sentiments d'inutilité sociale et de dévalorisation de soi qui entraînent une intense souffrance psychique et la difficulté de s'insérer dans un tissu relationnel. L'exclusion sociale, c'est aussi une rupture du lien social**². Du point de vue sociologique, l'exclusion est un affaiblissement ou un déchirement du lien social. Du point de vue individuel, l'exclu a le sentiment de ne plus avoir sa place dans la société, il n'est plus reconnu, il est privé des moyens de vivre normalement, et en premier lieu d'argent. L'exclusion sociale n'est pas un statut, ou un état, mais d'abord un processus dynamique de mise à l'écart.

Le sociologue Robert Castel définit quatre zones de l'espace social, dont les deux dernières constituent des étapes dans l'exclusion :

- La zone d'intégration : les personnes jouissent d'une bonne garantie de l'emploi et peuvent s'appuyer sur des supports relationnels solides et stables ;
- La zone de vulnérabilité : leur travail devient précaire, leurs relations sont plus fragiles ;
- La zone de désaffiliation : elles n'ont pas de travail et vivent dans un certain isolement social ;
- La zone d'assistance : elles sont dans l'incapacité de travailler et donc socialement dépendantes. »

○ Les inégalités sociales de santé

« **Le French paradox** » : une espérance de vie à la naissance parmi les plus élevées d'Europe mais des inégalités sociales de santé elles aussi parmi les plus importantes...au fil des années, une amélioration globale et incontestable de la santé a eu lieu dans les pays industrialisés. En France, l'espérance de vie à la naissance a progressivement augmenté, pour se situer à 77.6 ans et 84.4 ans respectivement pour les hommes et les femmes en 2008. Malgré cela il existe des inégalités sociales de mortalité et plus généralement de santé, qui persistent, voire s'aggravent pour les hommes sur les trente dernières années.

¹ Conférence faite à Loudun, dans la Vienne, le 22 novembre 2006, dans le cadre de la Semaine de la solidarité Internationale.

² ARS Les inégalités sociales de santé, sous la dir. de B. Basset, Saint-Denis : INPES, coll.Varia, 2008 : 208 p.

« **Le gradient social de santé** » sert à décrire le phénomène qui relie la position sociale d'un individu et son état de santé, indépendamment des différences de santé qui peuvent être liées à l'âge, le genre ou l'ethnie par exemple : ceux qui sont au sommet de l'échelle sociale ont un état de santé meilleur que ceux qui sont en dessous qui sont eux-mêmes en meilleure santé que ceux qui sont encore en dessous et ce jusqu'au bas de l'échelle.

La notion d'inégalités **sociales de santé** fait référence à la relation étroite entre la santé et l'appartenance à un groupe social. Ces différences sont systématiques c'est-à-dire qu'on les retrouve même après avoir pris en compte l'exposition individuelle aux facteurs de risques comportementaux et professionnels. Elles sont construites dès l'enfance, englobent l'ensemble de la population et dépassent largement les seules populations vulnérables ou précaires.

« Les inégalités sociales de mortalité en France sont connues depuis une cinquantaine d'années, plus précisément depuis la mise en place par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), à la suite du recensement de 1954, d'une enquête longitudinale dont le but était l'étude de la mortalité différentielle. Plus récemment, ce dispositif a été complété par des estimations sur l'espérance de vie sans incapacité, à partir des données de l'INSEE et de l'enquête décennale de santé. Ainsi, à 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie de quarante-sept ans, soit six ans de plus que les ouvriers. À ces inégalités de mortalité s'ajoutent aussi des inégalités dans la qualité de vie, conséquences de diverses incapacités. En effet, sur les 47 années d'espérance de vie des cadres supérieurs, ils peuvent espérer en vivre trente-quatre (73 %) sans aucune incapacité (difficultés visuelles, auditives, de la marche ou des gestes de la vie quotidienne). Un ouvrier de 35 ans, lui, vivra en moyenne vingt-quatre ans sans incapacité, soit 60 % du temps qui lui reste à vivre. Pour les femmes, les écarts d'espérance de vie sont plus réduits, deux ans entre les cadres supérieurs dont l'espérance de vie à 35 ans approche cinquante et un ans, et les ouvrières. Mais à 35 ans, une femme ouvrière peut s'attendre à vivre, en moyenne, les derniers vingt-deux ans de sa vie avec une incapacité. Cette période ne sera que de seize ans pour une femme cadre supérieure. Il y a donc une double peine, portant sur la durée de vie, mais aussi sur les conditions de celle-ci. La réalité des inégalités sociales de santé se précise, avec la publication de plus en plus fréquente des données statistiques qui en corroborent l'existence. Mais les données sociales font défaut dans nombre de recueils de données de routine (hospitalières par exemple), et celles qui permettraient de documenter l'évolution des inégalités au cours du temps sont insuffisantes dans de nombreux domaines. »

Parmi les autres déterminants de la santé

- Des déterminants environnementaux plus préjudiciables pour la santé (risques sanitaires liés aux conditions d'habitat, conditions de travail, éloignement social et souffrance psychique, accessibilité à une alimentation de qualité (favorables pour la santé) et à la pratique d'activités physiques...)
- Des déterminants liés aux comportements individuels et habitudes de vie (alimentation, activité physique et sédentarité, addictions et prise de risques, hygiène bucco-dentaire...)
- Un recours moindre au système de soins, les freins et obstacles étant de diverses natures :
 - obstacles financiers (avance de frais, absence de complémentaire santé) ;
 - obstacles administratifs pour l'ouverture de droits, complexités administratives, problématique de domiciliation... ;
 - déterminants culturels (croyances, barrière de la langue...) ;
 - cas de refus de soins par certains professionnels ;
 - attitudes et comportements individuels : déni, refus d'entrer dans une démarche de soins
 - difficulté de déplacement, difficultés de communication... ;
 - un recours tardif aux soins, recours d'urgence ;
 - un recours peu effectif aux démarches préventives (dépistages...)
 - une méconnaissance sur les démarches et lieux ressources ;
 - etc.

○ Les publics cibles du PRAPS : « les plus démunis »

Ils seront définis dans ce document comme « publics précaires » dans la mesure où sont visées les personnes situées principalement au bas de l'échelle sociale : jeunes adultes et adultes en insertion sociale ou situation professionnelle particulière (travailleurs saisonniers-intérim), les jeunes en difficulté et particulièrement les jeunes sortis du système scolaire, les ruraux isolés, les familles monoparentales, les gens du voyage, les grands marginaux, les jeunes en errance, les SDF, les migrants, les personnes sous main de justice, les détenus et anciens détenus en démarche de réinsertion, personnes se prostituant, ...

Des choix sont faits pour prioriser les publics, les problématiques et les actions à conduire en fonction des éléments de diagnostics. L'approche et la priorisation des « publics précaires » peut aussi se faire selon une entrée thématique spécifique si l'observation des phénomènes permet d'en objectiver ou selon une approche territoriale particulière si les opérateurs-promoteurs existants le permettent. Les personnes « fragiles » du fait de leur handicap ou de leur âge ne constituent pas a priori un public « démunis » au sens du PRAPS.

2. Les finalités du PRAPS 2011-2016

Permettre aux personnes les plus démunies d'accéder au système de santé (soins et prévention) et médico-social de droit commun, par des mesures spécifiques qui devront conduire à :

- Favoriser l'ouverture des droits ;
- Adapter l'offre de soins afin d'inscrire les personnes dans la meilleure trajectoire de soins possible ;
- Travailler les problématiques d'admission au sein des services et établissements sociaux et médico-sociaux.

Les actions déclinées dans le cadre du PRAPS devront poursuivre les objectifs suivants :

- Garantir un accès effectif aux droits à la prévention et aux soins ;
- Poursuivre le développement de projets de promotion de la santé visant à contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé.

Le PRAPS comme outil de programmation de lutte contre les inégalités sociales de santé prenant en compte 3 principes dans sa mise en œuvre :

- Le principe de prise en compte des populations spécifiques ;
- Le principe de territorialisation et de proximité ;
- Le principe du partenariat intersectoriel et interministériel ;

Le PRAPS comme outil de programmation visant à renforcer le rapprochement des secteurs de la promotion de la santé, de la prévention, du soin et de l'accompagnement médico-social.

S'attachant au parcours global de santé des personnes démunies, le PRAPS s'affiche comme un outil de programmation spécifique déclinant les priorités des 3 schémas du Plan Régional de Santé : schéma de prévention, schéma régional de l'organisation des soins (volet établissements de santé / volet ambulatoire), schéma régional de l'organisation médico-social. Cela implique dans la déclinaison du PRAPS :

- d'identifier les zones de convergence ;
- de prendre en compte de façon transversale la problématique de précarité à travers l'ensemble des schémas et programmes ;
- de favoriser le travail intersectoriel ;

Les éléments de contexte et données régionales

1. Quelques éléments clés de démographie et indicateurs de santé (Issus de l'état des lieux régional)

○ Éléments généraux

- Une population régionale en progression de 5% entre 1999 et 2006 ;
- En Poitou-Charentes, les personnes âgées de 60 ans et plus représentent plus du quart de la population totale (26 %), contre 22 % au niveau national ;
- En Poitou-Charentes, le taux de natalité (10,5 ‰ en 2007) est inférieur au taux constaté au niveau national (12,8 ‰) ;
- En revanche, le taux de mortalité (9,9 %) est supérieur au taux national (8,3 %). L'écart de mortalité observé depuis plus de 20 ans entre la région Poitou-Charentes et la France se réduit, les taux de la région devenant comparables à ceux observés au niveau national. En Poitou-Charentes, comme dans l'ensemble de la France métropolitaine, le taux de mortalité des hommes reste près de deux fois supérieur au taux de mortalité des femmes ;
- Les trois principales causes médicales de décès, dans la région, sont les tumeurs malignes, les maladies cardiovasculaires et les causes externes de morbidité et de mortalité (accidents, suicides) ;
- Le taux de mortalité infantile (3,20 %) est légèrement inférieur au taux national (3,76 %) mais il existe des disparités entre les départements ;
- L'espérance de vie à la naissance est comparable à celle constatée au niveau national ;
- La mortalité prématurée (décès survenant avant 65 ans) a diminué au cours de la période 1980- 2006 mais de façon moins importante en Poitou-Charentes qu'en France métropolitaine.
- Entre 2005 et 2007, la mortalité prématurée picto-charentaise est de 170 décès pour 100 000 habitants de moins de 65 ans, sans différence avec la moyenne nationale. Toutefois, la région présente une surmortalité prématurée de 3 % chez les hommes et une sous-mortalité de 5 % chez les femmes.
- Toujours sur la même période, la mortalité prématurée évitable concerne environ la moitié des décès survenant avant 65 ans. La part des décès prématurés évitables est plus importante qu'en France métropolitaine.

○ Éléments concernant certaines populations spécifiques visées par le PRAPS

Populations migrantes

La région Poitou-Charentes compte **62 155 immigrés** au 1er janvier 2007, **soit 3,6 % de la population de la région** (source INSEE 2007). Cette population est en forte augmentation. Plus d'un immigré sur deux (51%) réside en Poitou-Charentes depuis moins de 5 ans. Les femmes représentent 50,4 % de cette population. Le département de la Charente-Maritime compte le plus grand nombre d'immigrés de la région, mais les écarts d'un département à l'autre se réduisent. Le taux d'immigré le plus élevé par rapport à la population totale, concerne le département de la Charente (4,5 %), et c'est en Charente-Maritime que l'on trouve le taux d'immigration le plus bas. Les Deux-Sèvres constituent le département qui connaît le taux de croissance le plus élevé (augmentation de plus de 62% de la population immigrée). On observe une surreprésentation des immigrés sur les communes concernées par la politique de la ville : 10,4 % à Soyaux, 8,9 % à Poitiers, 7 % à Angoulême, 5,5 % à La Rochelle et 5,2 % à Châtelleraut.

38 % des immigrés de la région résident en milieu rural. Cette proportion est aussi celle de la population totale. Cette situation distingue clairement le Poitou-Charentes des autres régions, où l'inscription des immigrés est souvent polarisée sur les territoires urbains. En Poitou-Charentes, le phénomène d'immigration n'est pas réduit aux grandes villes de l'espace régional ou à leur périphérie.

En termes d'accès à la santé, et malgré des connaissances partiellement disponibles sur ce champ, différents constats sont posés : difficultés linguistiques, difficultés liées aux déterminants culturels (croyances...), difficultés de compréhension et de repérage des professionnels/structures ressources, difficultés d'accès à l'ouverture de droits.

Le Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées (PRIPI) 2010-2012 Poitou-Charentes définit des orientations en termes de santé :

- Développer la connaissance sur le champ de l'accès à la santé ;
- Favoriser la formation des personnels de santé à la problématique et à l'accompagnement des personnes étrangères ;
- Favoriser l'accès aux soins et à la prévention ;
- Favoriser le développement d'actions autour de thématiques identifiées comme prioritaires : VIH, dépistage des cancers, hygiène alimentaire, mutilations sexuelles féminines ;
- Soutenir des actions dans le cadre des Ateliers Santé Ville (ASV).

Population carcérale

Au 1^{er} Juillet 2011, la population carcérale en Poitou-Charentes est estimée à 1485 personnes détenues dans les 7 établissements pénitentiaires de la Région (4 maisons d'arrêt, Centre Pénitentiaire Poitiers-Vivonne, Centre de détention Bédenac, Maison Centrale Saint Martin-de-Ré). (Source : données statistiques Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires de Bordeaux). A noter, que des sur-taux d'occupation sont à constater essentiellement sur les maisons d'arrêt.

Sur les années 2009, 2010 et 1^{er} semestre 2011, 6 suicides ont été recensés sur les établissements de la région Poitou-Charentes. Axe prioritaire du plan national stratégique de la santé des détenus 2010-2014, la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires Aquitaine-Poitou-Charentes, développe une politique de prévention du suicide comprenant différentes mesures : la formation des professionnels, des actions de détection (grille d'évaluation du potentiel suicidaire, commission de prévention du suicide...), des actions de protection et de postvention (accompagnement des professionnels et co-cellulaires...).

Les travailleurs saisonniers

La précarité d'emploi et le fait d'avoir un emploi saisonnier sont selon quelques études internationales, des facteurs de risque de mauvaise santé, tant physique que psychologique. La région Poitou-Charentes emploie 40 000 saisonniers chaque année, principalement dans les secteurs agricoles et ceux du tourisme.

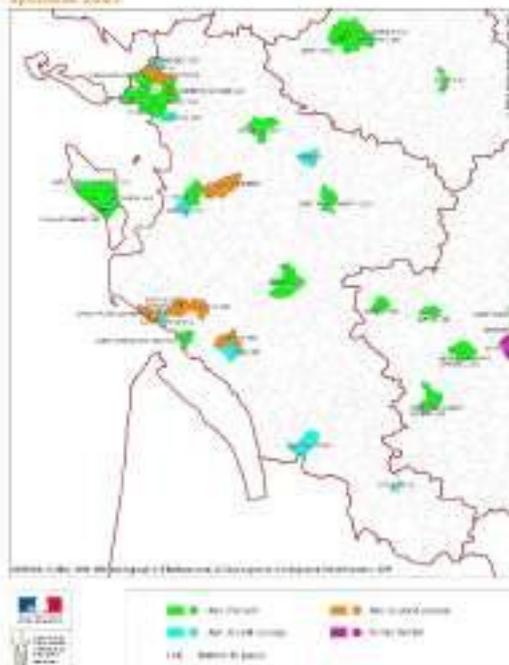
Une étude commanditée par le GRSP en 2009 auprès de l'ORS a permis de préciser des données autour de l'état de santé ressenti (bien-être, souffrance mentale), des comportements de soins, des conduites à risque et des arrêts maladies et accidents du travail des travailleurs saisonniers du tourisme des quatre plus importants territoires en terme d'emplois saisonniers de Charente-Maritime (16 000 personnes soit 85 % des emplois du tourisme du département). Si le terme de travailleur saisonnier recouvre des réalités très différentes et décrit une population (et des problématiques) hétérogène, des différences existent en terme de santé et de comportements de santé.

Au-delà des visites de médecine du travail ou en appui de ces visites réglementaires, quelques initiatives d'informations ou de prévention autour de questions de santé ont été rapportées et pourraient être revues ou confortées dans un 1^{er} temps.

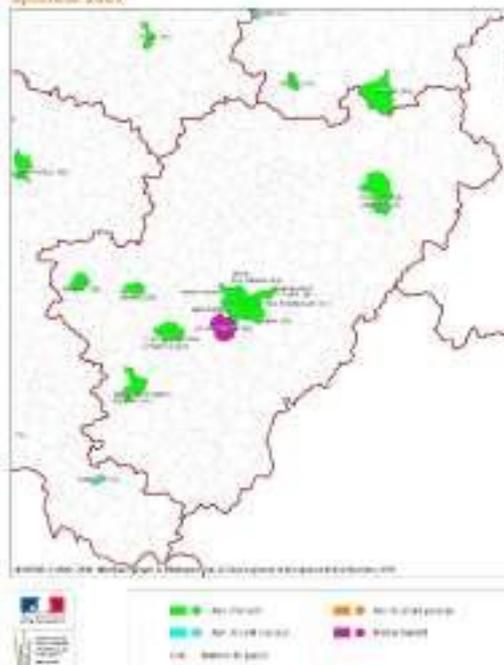
Les gens du voyage

La région se situe en tête des régions ayant réalisé des aires d'accueil sur leur territoire avec une moyenne de 90 % de réalisations des objectifs alors que la moyenne nationale est de 42 %. Une mention toute particulière est à attribuer aux départements des Deux-Sèvres et de la Vienne pour des réalisations respectivement de 90 % et quasiment 100 % des objectifs.

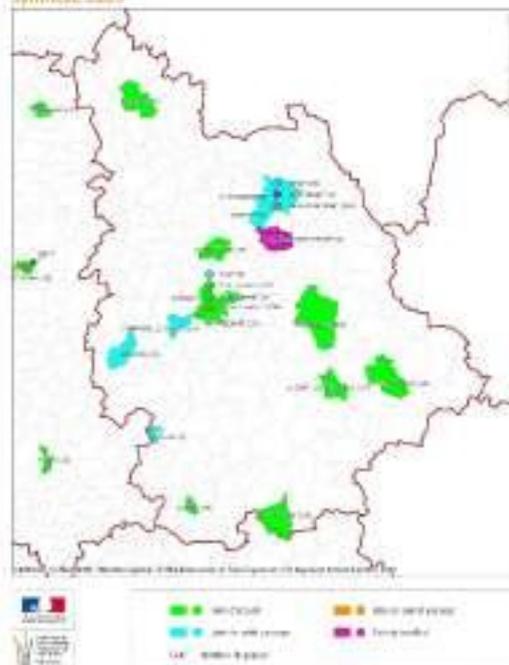
Aires d'accueil gers de voyage en Charente-Maintene
Synthese 2009



Aires d'accueil gers de voyage en Charente
Synthese 2009



Aires d'accueil gers de voyage en Vienne
Synthese 2009



Aires d'accueil gers de voyage en Deux-Sèvres
Synthese 2009



Dans le cadre de l'élaboration et la conduite des schémas départementaux d'accueil des gens du voyage signés entre l'Etat et les Conseils Généraux, des priorités en termes de santé y ont été déclinées particulièrement autour des objectifs suivants :

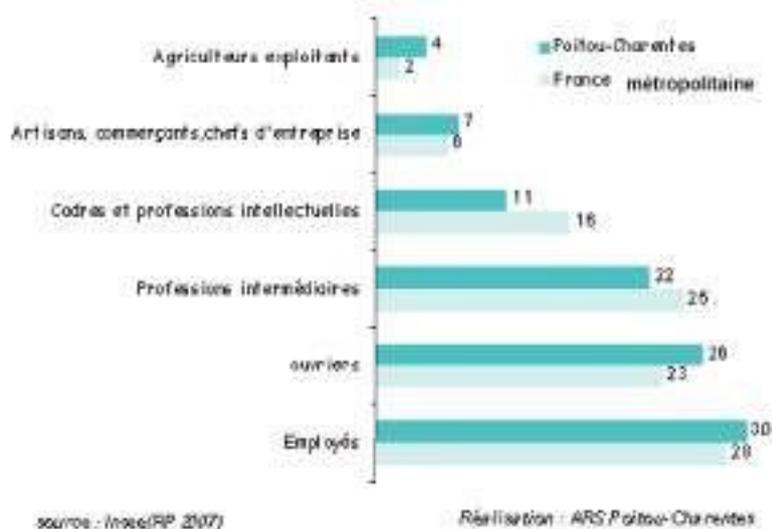
- garantir un accès de tous à une couverture maladie et aux soins ;
- l'accès aux Centres d'Examens de Santé ;
- soutenir et développer des programmes de prévention et de promotion de la santé autour des thématiques suivantes : hygiène corporelle, hygiène bucco-dentaire, hygiène alimentaire, vaccinations, la protection maternelle et infantile, prévention des maladies cardio-vasculaires et métaboliques chez les adultes, médecine scolaire.
- développer des dispositifs « légers », capables de s'inscrire dans la durée et construits sur une confiance relationnelle (ex : animateurs santé-social sur les aires...).

2 • Données sociales

Catégories socioprofessionnelles (CSP)

Le Poitou-Charentes est une région avec une proportion d'employés et d'ouvriers assez importante (58 % de la population active en 2006 contre 52 % en France métropolitaine). Les agriculteurs sont également plus présents qu'en France (4 % contre 2 %). Les artisans/commerçants et les chefs d'entreprise représentent 6 % de la population active tout comme en France ; les cadres sont moins représentés dans la région (10 % contre 16 % en France métropolitaine) ainsi que les professions intermédiaires (21 % contre 25 % au niveau national). A l'échelle départementale, la proportion d'agriculteurs exploitants la plus importante se trouve dans les Deux-Sèvres (près de 5 %). La proportion d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise (près de 8 %) est plus élevée en Charente-Maritime tout comme celle des employés (32 %). Dans la Vienne, les cadres et professions intellectuelles supérieures (11 %) ainsi que les professions intermédiaires (32 %) sont plus représentés que dans les autres départements. Enfin, la proportion d'ouvriers est plus forte en Charente et dans les Deux-Sèvres (30 %). En 2007, le secteur d'activité qui emploie le plus en région est le secteur tertiaire (70 %), suivi du secteur de l'industrie (16 %).

Répartition de la population ayant un emploi de 15 à 64 ans selon la profession et catégorie socioprofessionnelle (en %)



Chômage et demandeurs d'emploi

• En Poitou-Charentes, au 1^{er} trimestre 2011, le taux de chômage localisé atteint 9 % (en données corrigées des variations saisonnières). Il baisse de 0,4 point par rapport au 1^{er} trimestre 2010. Cette baisse est très légèrement plus faible que celle observée en France métropolitaine où le taux de chômage au sens du BIT diminue de 0,3 point pour s'établir à 9,2 % de la population active ;

- La Charente et la Charente-Maritime sont les départements les plus touchés ;
- La situation se dégrade plus particulièrement pour les seniors.

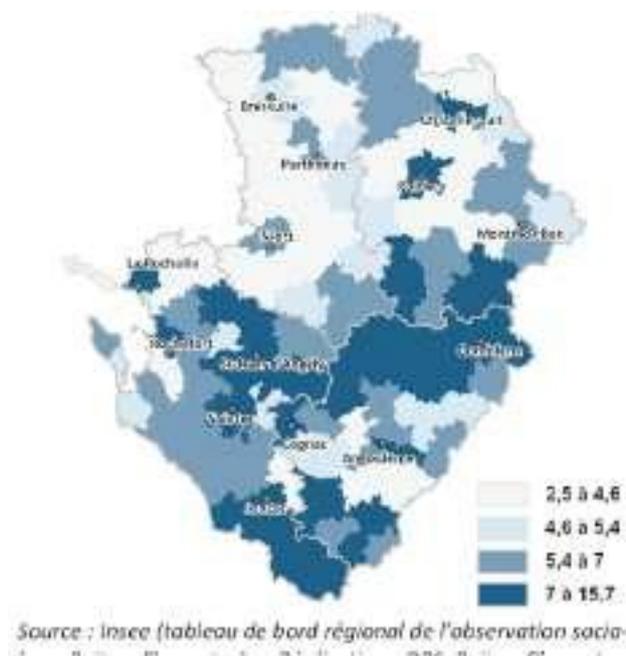
Source : INSEE, estimations provisoires

Précarité

En 2010, en Poitou-Charentes, le bilan social est marqué par une hausse de la précarité. La crise économique a des effets durables sur les situations de pauvreté, avec une nouvelle hausse du nombre d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA), de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) et un haut niveau des situations de surendettement.

Fin 2010, plus de 89 000 personnes du Poitou-Charentes perçoivent au moins un des minima sociaux, comme le RSA, l'ASS ou l'AAH. Cela représente 10 % des adultes âgés de 20 à 59 ans contre 9,2 % au niveau national

Part de la population couverte par au moins un minimum social en 2007 (en %)



Hausse des allocataires du RSA plus forte qu'au niveau national

Fin 2010, plus de 52 300 allocataires perçoivent le RSA dans la région. Le nombre d'allocataires a augmenté en un an de 9 % contre 6 % au niveau national.

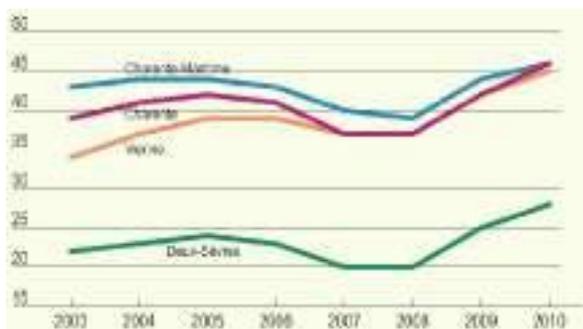
Une des plus fortes hausses du « RSA socle »

En 2010, le nombre d'allocataires du « RSA socle » a augmenté de 7 % en Poitou-Charentes. À titre de comparaison, la hausse est de 4 % en France métropolitaine. La région enregistre une des plus fortes hausses régionales, juste derrière le Limousin, l'Alsace et la Bourgogne. Pour la première fois depuis 8 ans, la part d'allocataires du « RSA socle » au sein de la population est plus importante en Poitou-Charentes qu'au niveau national.

La croissance continue du nombre d'allocataires est aussi à mettre en lien avec l'augmentation du nombre de demandeurs d'emploi, notamment chez les 25-34 ans. À cet âge, l'ancienneté moyenne sur le marché du travail est faible et ne permet pas de bénéficier d'allocation chômage, d'où un basculement plus rapide vers le RSA socle.

Au 31 décembre 2010, le « RSA socle » est versé à plus de 37 300 personnes. Les départements de Charente, de Charente-Maritime et de la Vienne concentrent le plus d'allocataires. Avec 46 allocataires du « RSA socle » pour 1 000 adultes en âge de travailler, la densité d'allocataires dans ces départements est supérieure au niveau national (42 ‰). Le département des Deux-Sèvres concentre moins d'allocataires mais c'est celui qui enregistre une des plus fortes hausses du territoire national en 2010 (+ 11 %).

Allocataires RSA Socle par département⁽¹⁾ (pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans)



Source : CAF - MSA - Insee (1) sont pris en compte de 2003 à 2008 les allocataires du RMI et de l'API, à partir de 2009 les allocataires du RSA socle

Le « RSA activité » aussi en forte hausse

Au 31 décembre 2010, le Poitou-Charentes compte près de 15 000 allocataires du « RSA activité », soit une hausse de 13 % en un an (contre + 11 % en France métropolitaine). Cette hausse est une des plus importantes du territoire national et est supérieure aux régions limitrophes (Pays de la Loire, Centre, Limousin et Aquitaine).

La croissance du « RSA activité » diffère selon les territoires. La Charente connaît la plus forte hausse nationale (+ 25 %). Le département conserve son rang, aux côtés de la Charente-Maritime, parmi les 10 départements qui comptent le plus d'allocataires « RSA activité » dans sa population. Cette forte concentration est à mettre en lien avec le fort taux d'emplois précaires (CDD, Intérim, emplois aidés) dans ces départements. Les Deux-Sèvres enregistrent aussi une forte hausse du nombre d'allocataires du « RSA activité », liée à la part importante des intérimaires parmi les salariés à bas salaires dans ce département.

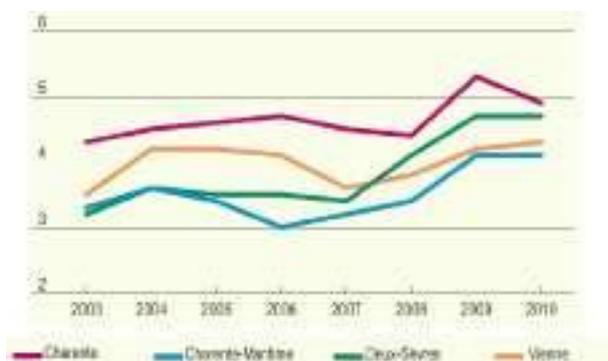
Haut niveau des situations de surendettement

Dans le Poitou-Charentes, près de 6 100 dossiers de surendettement ont été déposés en 2010. La crise économique s'est traduite par une très forte augmentation des situations de surendettement dès 2009 et une stabilisation à un haut niveau en 2010. Le début de l'année 2011 est marqué par une nouvelle hausse des dépôts de dossiers.

Les situations de surendettement augmentent à un rythme plus soutenu qu'au niveau national, dans la plupart des départements. La Vienne et les Deux-Sèvres enregistrent les plus fortes hausses. La crise économique avait été mieux amortie dans ces départements en 2009 mais ses effets semblent décalés dans le temps.

Malgré une baisse des dépôts de dossier (- 8,7 %), la Charente reste le département le plus touché par le surendettement dans la région. L'amélioration enregistrée en 2010 est à relativiser par une recrudescence des dépôts de dossier au cours du premier trimestre 2011 (+ 403 dossiers pour la Charente).

Dossiers de surendettement déposés par département (pour 1 000 adultes de 20 ans et plus)



Source : Banque de France

Hausse du nombre d'allocataires de l'ASS

En Poitou-Charentes, le nombre de titulaires de l'Allocation de Solidarité Spécifique (ASS), destinée aux chômeurs de longue durée ayant épuisé leurs droits à l'assurance chômage, s'élève à 8 800 allocataires, soit une augmentation de 2,9 %. La région enregistre une hausse moins importante que le niveau national, ce qui est à mettre en parallèle avec la moindre hausse du chômage de longue durée

(+ 3,7 points en Poitou-Charentes contre + 3,9 points en France métropolitaine).

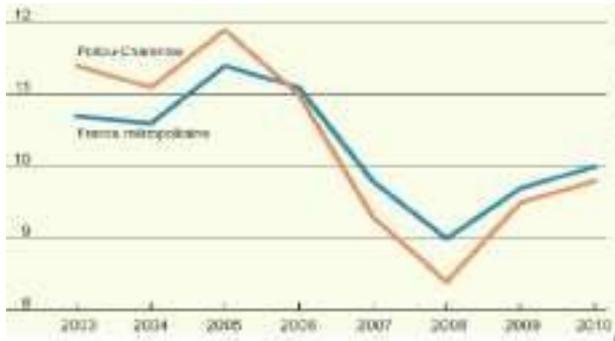
La tendance régionale est suivie dans chacun des départements, excepté la Charente (+ 0,3 %). Toutefois, ce département avait déjà connu une forte hausse en 2009 et compte la plus grande part d'allocataires dans sa population.

Allocataires ASS

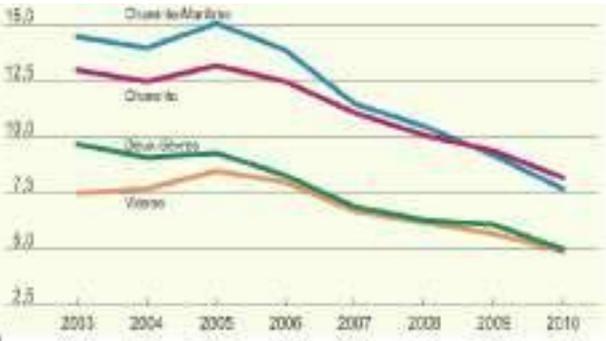
(pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans)

Allocataires ASS par département

(pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans)



Sources : CAF - MSA - Insee



Sources : CAF - MSA - Insee

La pauvreté

Un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté défini par l'INSEE. La pauvreté est généralement considérée comme un phénomène multidimensionnel sous le terme de « pauvreté humaine ». Toutefois, la dimension pécuniaire est la plus fréquemment prise en compte. Plusieurs indicateurs permettent de mesurer la pauvreté :

- des indicateurs de **pauvreté monétaire** qui déterminent les personnes dont le niveau de vie est inférieur à un montant donné, dit seuil de pauvreté (60% du revenu médian, référence européenne, et 50% du revenu médian, ancienne référence française) ;
- un indicateur **d'intensité de la pauvreté** qui permet d'apprécier l'écart relatif entre le seuil de pauvreté et le revenu médian des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté. Si cet écart s'accroît, cela signifie qu'il y a de plus en plus de personnes pauvres éloignées du seuil de pauvreté ;
- des indicateurs de **pauvreté en conditions de vie** qui mesurent l'absence ou la difficulté d'accès à des biens ou à des consommations d'usage ordinaire (confort du logement, endettement, équipement...) ;
- **des indicateurs de pauvreté mesurés par les minima sociaux** qui permettent de connaître le nombre de personnes bénéficiaires d'une aide dont l'objectif est de lutter contre la pauvreté.

La pauvreté en Poitou-Charentes se conjugue au féminin, avec une exposition des mères seules et des retraitées supérieure à la moyenne nationale. La parentalité impacte plus les femmes que les hommes dans leur parcours professionnel. L'emploi féminin est plus précaire que celui des hommes avec du sous-emploi, des bas salaires, de fortes inégalités salariales et un accès plus difficile aux emplois les plus qualifiés.

Une femme seule sur cinq sous le seuil de pauvreté

La pauvreté touche surtout les familles monoparentales et les femmes seules.

	Nombre de ménages	Taux de pauvreté 2007 (en %)		
	en 2007	Poitou-Charentes	Métropole	Province
Famille monoparentale	54 500	32,6	29,9	31,8
Femme seule	149 500	21,0	16,3	18,0
Homme seul	103 500	19,6	16,6	17,8
Couple avec enfants	198 400	11,7	12,2	12,4
Couple sans enfant	249 000	8,9	6,7	7,0

Sources : Insee (RDL 2007, Recensement de la population 2007 - exploitation complémentaire)

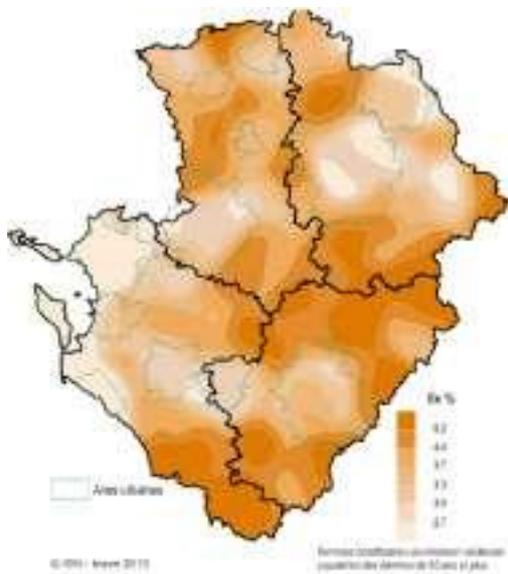
Vivre seul est souvent synonyme de pauvreté, surtout en Poitou-Charentes. En 2007, 21 % des femmes seules et 19,6 % des hommes seuls sont pauvres. Ces taux de pauvreté sont nettement supérieurs à la moyenne nationale. La région se positionne même au 4^e rang pour la pauvreté des femmes seules. Contrairement au niveau national, les femmes seules sont plus touchées par la pauvreté que les hommes seuls.

Taux de pauvreté des femmes seules en 2007 Taux de pauvreté des 65 ans et plus en 2007



Taux de bénéficiaires du minimum vieillesse en 2009 – Femmes

Taux de pauvreté des familles monoparentales en 2007



Les mères seules plus exposées à la précarité

Outre les femmes seules, les familles monoparentales sont fortement touchées par la pauvreté : 32,6 % d'entre elles vivent sous le seuil de pauvreté. Or 85 % des familles monoparentales sont dirigées par une femme. Dans la région, les familles monoparentales sont en proportion moins nombreuses mais plus souvent exposées à la pauvreté. Le Poitou-Charentes est au 7^e rang des régions françaises pour la pauvreté des familles monoparentales, derrière les régions du nord de la France mais devant toutes les régions limitrophes. Les familles monoparentales sont concentrées dans l'espace urbain.

Une précarité inégale selon le territoire : familles monoparentales en milieu urbain et bénéficiaires du minimum vieillesse dans le rurale

La précarité dans le Poitou-Charentes est contrastée selon les territoires. L'espace rural est davantage touché par la pauvreté monétaire : 16,6 % des ruraux vivent sous le seuil de pauvreté contre 12,2 % des urbains. En volume, le rural concentre 55 % des personnes pauvres, alors qu'il regroupe moins de 40 % de la population. Le rural se caractérise par une proportion élevée des personnes âgées et l'urbain par une forte concentration de familles monoparentales.

Les femmes bénéficiaires du minimum vieillesse sont concentrées dans les espaces ruraux de la région, notamment dans le Sud Charente et la Haute Charente. Le long du littoral atlantique, les personnes âgées sont relativement épargnées par la pauvreté. La proportion de personnes âgées dans l'espace rural va continuer d'augmenter dans les années à venir avec le vieillissement de la population, surtout en Charente-Maritime et dans les Deux-Sèvres. La pauvreté touche aussi les femmes actives. Les femmes à bas revenus sont surreprésentées dans les aires urbaines de Châtelleraut, Angoulême et Rochefort, ainsi qu'à Saint-Jean-d'Angély. La forte proportion de familles monoparentales et le faible taux d'emploi des femmes peuvent expliquer cette concentration. Dans les grandes villes comme Angoulême et Poitiers, de forts contrastes apparaissent entre le pôle urbain et l'espace périurbain, avec une forte proportion de femmes à bas revenus dans les pôles urbains.

Les départements de la Charente et de la Charente-Maritime sont les plus touchés par la pauvreté monétaire. Dans ces deux départements, les mères isolées sont nombreuses et les femmes plus rarement en emploi. En Charente-Maritime, le temps partiel et les CDD sont importants chez les femmes. À l'opposé, le département des Deux-Sèvres est moins marqué par la pauvreté, grâce à une part importante de femmes en emploi. Pour autant, la précarité existe avec beaucoup de femmes à temps partiel et en bas salaire et une pauvreté plus importante pour les personnes de plus de 65 ans. Dans la Vienne, la pauvreté est inférieure à la moyenne régionale.

Indicateurs départementaux (en %)

	Taux de pauvreté	Part des familles monoparentales femmes parmi les ménages	Part des femmes seules de plus de 60 ans parmi les ménages	Taux d'emploi des femmes de 15 à 64 ans	Part des femmes à bas salaire	Part des femmes à temps partiel
Charente	14,7	6,1	11,5	58,4	27,1	31,1
Charente-Maritime	14,1	6,2	12,3	57,1	26,1	33,6
Deux-Sèvres	13,1	5,0	10,6	63,7	27,2	33,6
Vienne	13,5	5,4	10,4	59,1	26,6	32,2
Poitou-Charentes	13,9	5,8	11,3	59,2	27,6	32,8
dont espace urbain	12,2	6,2	10,9	59,6	25,3	30,8
espace rural	16,6	5,1	12,0	58,4	30,9	36,7
France métropolitaine	13,4	7,0	10,9	58,8	26,2	29,5

Source : Insee (RDL2007, DADS 2007, Recensement de la population 2006)

3 • Données concernant l'accès aux soins

CMU-C

Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, la Couverture maladie universelle instaure le principe d'une protection qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime obligatoire d'assurance maladie. Ce dispositif se compose de deux volets :

- La CMU de base permet à toute personne, résidant en France de façon stable et régulière et qui n'est pas déjà couverte à quelque titre que ce soit par un régime obligatoire d'assurance maladie, de bénéficier de la prise en charge de ses dépenses de santé ;
- La CMU-C permet de bénéficier gratuitement d'une couverture maladie complémentaire. Elle est accordée sous condition de ressources et peut concerner des personnes qui ne bénéficient pas de la CMU de base.

La proportion de bénéficiaires de la CMU-C est moins importante dans la région qu'en France métropolitaine (6% contre 7% en 2007-source INSEE). Au niveau départemental, les bénéficiaires de la CMU-C sont plus importants dans le département de la Charente (7%) contrairement au département des Deux Sèvres (4%).

Dans la région Poitou-Charentes, 94 317 personnes bénéficient de la CMU-C en 2009, soit 5,3 % de la population totale, un taux proche du taux national (5,7 %).

Bénéficiaires de la CMU-C (1^{er} janvier 2011)		
Bénéficiaires CMU	Population	Part bénéficiaires CMU / population
(dont ayants droit)		
Poitou-Charentes	93 928	5.4 %

Sources : CNAMTS, MSA, RSI

Aide Médicale de l'Etat (données 2009)

L'aide médicale de l'État (AME) est un dispositif, géré par les caisses d'assurance maladie, permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, sous réserve de remplir certaines conditions. (Statistiques régionales p18)

En Poitou-Charentes, au 31 décembre 2009, 1254 personnes bénéficiaient de l'AME soit 0,09% de la population protégée (la moyenne nationale étant de 0.34%).

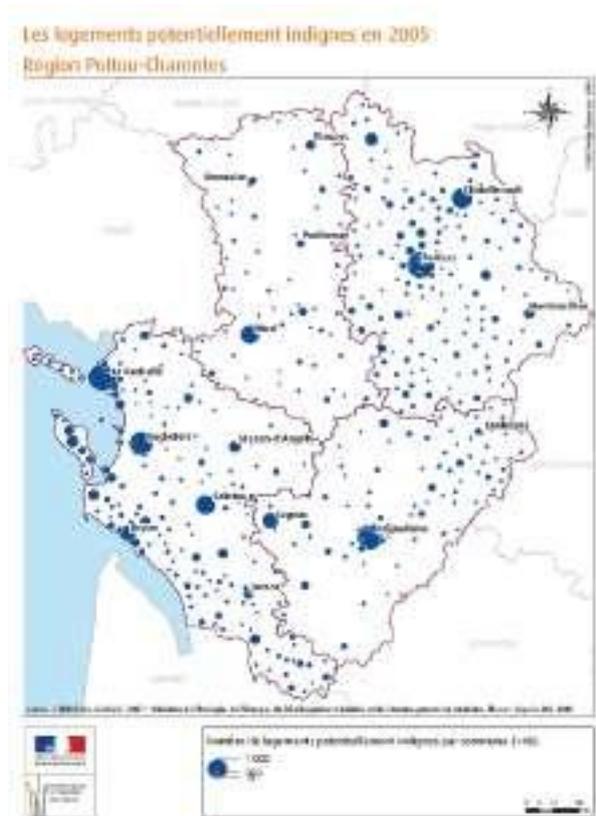
	Bénéficiaires affiliés à l'AME	Population protégée	Taux
Charente	153	249 904	0,06%
Charente-Maritime	178	492 264	0,04%
Deux-Sèvres	101	259 647	0,04%
Vienne	822	357 687	0,23%
Région	1 254	1 359 502	0,09%
France entière	215 763	63 392 140	0,34%

L'aide complémentaire santé, initialement dénommée crédit d'impôt, consiste en une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel. Cette aide s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 26 %. Ce dispositif est géré par les caisses d'assurance maladie.

4 • Autres déterminants de la santé des personnes en situation de précarité

Focus sur l'habitat défavorable à la santé

Le contexte régional se distingue peu du contexte national avec la coexistence d'une insalubrité rurale et d'une insalubrité urbaine. En 2005, le parc privé du Poitou-Charentes, qui comporte environ 700 000 résidences principales, compte 68 740 logements estimés comme « potentiellement » indignes soit 10 % du parc à partir du classement cadastral des logements et du niveau de revenu des occupants. Le logement « potentiellement » indigne est plus marqué en zone rurale qu'en zone urbaine. En zone rurale, il s'agit fréquemment de propriétaires occupants pour lesquels la procédure d'insalubrité n'est pas adaptée. Une majorité de propriétaires occupants sont âgés de 60 ans et plus. Ce chiffre est supérieur à celui estimé à l'échelon national et recouvre des disparités entre les 4 départements de la région.



Les motifs de réclamations liées à l'habitat adressées à l'Agence Régionale de Santé (ARS) et les Services Communaux d'Hygiène et de Sécurité (SCHS) sont multiples (sécurité électrique, assainissement, etc.), les problèmes d'humidité dans les logements constituent une source importante de problématiques de santé publique. En 2008, 423 logements ont fait l'objet d'intervention en matière d'hygiène de l'habitat et 20 procédures d'insalubrité ont été gérées (arrêtés ou main levées).

Le fichier « FILOCOM » géré par la Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL) permet de cartographier :

- les logements potentiellement indignes par commune. Ce fichier surestime les logements indignes mais la tendance reste comparable sur la région.
- le taux de logements potentiellement indignes dans le parc de résidences principales.

Le champ d'intervention inscrit sous l'intitulé « lutte contre l'habitat indigne » comprend des axes transversaux des politiques publiques (habitat, santé, action sociale,...). Il est issu des préoccupations liées à la santé et à la sécurité des populations et interroge les phénomènes d'inégalités sociales. Sont concernées par ces situations les populations les plus défavorisées qui n'ont souvent pas le choix de leur mode d'habiter. La précarité augmente le risque de vivre dans un logement insalubre, le risque de factures énergétiques élevées, le risque d'impayés et d'endettement, ces situations peuvent entraîner une dégradation physique ou mentale. On parle de facteurs cumulatifs, de problèmes liés au bâti et de problèmes liés aux comportements.

Exposition au plomb

Le nombre de cas recensés est directement lié à l'activité de dépistage des praticiens et à la détection des facteurs de risques chez leur patient dans le cadre des actions de prévention. En 2008, 17 signalements d'un risque d'exposition au plomb et 3 déclarations obligatoires de cas de saturnismes ont été traités (et 6 déclarations obligatoires en 2009). Il n'y a que très peu de cas sur la région. Seules les zones d'habitats anciens (avant 1949) sont concernées. On peut constater sans valeur statistique que comme pour le reste de la France, les populations migrantes sont particulièrement touchées (habitat dégradé, présence de jeunes enfants, ...).

5 • Les dispositifs favorisant l'accès à la santé des publics en situation de précarité en Poitou-Charentes

Un recensement des dispositifs réglementaires et des dispositifs développés dans le cadre de politiques locales favorisant l'accès à la santé des publics en situation de précarité a été réalisé en 2010 par l'ORS pour le compte de l'ARS. L'objectif était de mieux connaître ce qui était proposé et de repérer le cas échéant des territoires non couverts par ce type de services. Les données ont été présentées sous forme de fiches thématiques classées par type : « services rendus », « publics cibles », thèmes ».

Parmi les dispositifs sanitaires ou médico-sociaux spécifiques :

Les lits halte soins santé

La loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la sécurité sociale pour 2006, article 50, crée les structures dénommées « lits halte soins santé » et définit le principe de leur financement. Ces structures assurent des prestations de soins, d'hébergement temporaire et d'accompagnement social au bénéfice de personnes sans domicile fixe dont l'état de santé nécessite une prise en charge sanitaire.

En Poitou-Charentes, 3 dispositifs sont développés sur chacun des départements de Vienne, Charente-Maritime et Deux-Sèvres.

Structures Département	Nombre de LHSS	Nombre d'admissions 2010	Taux d'occupation 2010	Principaux services demandeurs de l'orientation LHSS
Assoc « Archipel santé » à la Rochelle Asso	10	72	72%	PASS, UDAF, services d'accompagnement hospitaliers
L'Escale « La Colline » à Niort Association	5	20	63%	PASS, 115, CHRS, CCAS, CSAPA
ADIFAS	2	8	95%	PASS

Sources : données ARS PC 2010

Les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA)

La loi du 18 janvier 1994 a confié au service public hospitalier la prise en charge des personnes détenues, qui étaient assurée auparavant par l'administration pénitentiaire. Chaque établissement pénitentiaire a été jumelé à un établissement de santé, chargé d'assurer au sein même de la prison, les soins courants, les consultations aux détenus et le développement d'actions de prévention et de promotion de la santé. Les centres hospitaliers en Poitou-Charentes jumelés avec les établissements pénitentiaires : Angoulême, Jonzac, La Rochelle, Saintonge, Rochefort, Niort et Poitiers.

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. En application de l'article L6112-6 du code de la santé publique, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place, dans le cadre des PRAPS, des PASS, services visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

En 2009, 13 PASS généralistes existent en Poitou-Charentes : 5 en Charente, 4 en Charente-Maritime, 2 dans les Deux-Sèvres et 2 dans la Vienne. Certaines PASS proposent des permanences hors des murs de l'hôpital, comme par exemple le relai George Charbonnier à Poitiers.

Une PASS de psychiatrie a récemment été mis en place au sein du Centre Hospitalier de Camille Claudel à la Couronne (Charente), dont le fonctionnement s'articule avec celui de l'équipe mobile de psychiatrie.

- Les PASS, dispositifs de proximité, ont un rôle essentiel en terme d'accueil, de repérage, d'orientation et de prise en charge des patients en situation de précarité ;
- Une implantation territoriale satisfaisante des PASS en Région Poitou-Charentes avec des initiatives d'organisation de permanences délocalisées (ex : CHRS, centres socioculturels, relai Georges Charbonnier, etc.) ;
- Participation des PASS à des réseaux et dispositifs formalisés (ASV, réseau gérontologique, réseau Ville Hôpital, CPAM, etc.)
- Développement du partenariat avec les praticiens de ville ;

- Présence d'équipes pluridisciplinaires au sein des PASS. A noter que les temps de prise en charge sociale sont de plus en plus importants ;
- Développement d'activités selon les PASS : consultations dentaires, temps de diététicienne, missions de CDAG, temps médecin addictologue, consultations de psychiatrie ;
- Structuration des PASS à développer sur le plan régional, notamment en termes de suivi des activités (absence de critères communs de suivi et d'évaluation des activités) ;

Les équipes mobiles de psychiatrie précarité (EMPP)

Les EMPP dont le cadre d'action a été défini par la circulaire du 23 novembre 2005 ont pour particularité « d'aller vers » leurs publics, puisqu'elles interviennent au plus près des lieux de vie et des personnes défavorisées et des acteurs sociaux qui les accompagnent.

La politique de la ville

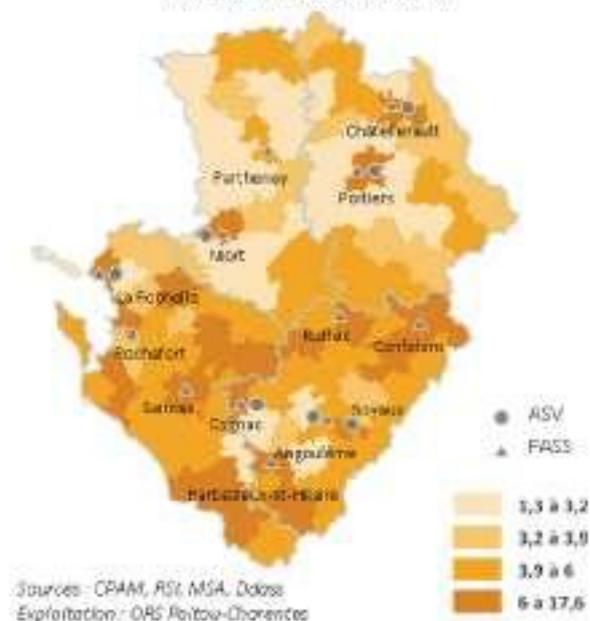
Les Ateliers Santé Ville

Les Ateliers Santé Ville (ASV) ont été développés à partir de 2000 dans le cadre des volets santé de la politique de la ville et de la loi de lutte contre les exclusions (circulaires DIV/DGS du 13/06/00 - annonce d'un dispositif singulier et innovant de discrimination positive en matière de santé) et DGS/SP2 (précision des objectifs assignés aux ateliers santé ville). Ils ont pour missions :

- d'identifier le niveau local des besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie,
- de faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création de réseaux médico-sociaux,
- de rendre effectif un accès aux droits, à la prévention et aux soins ;
- de développer des démarches de santé communautaire ;
- de développer la concertation avec les professionnels et les différentes institutions sanitaires et sociales.

Les ASV sont au nombre de 7 sur la région Poitou-Charentes : Charente (Cognac, Soyaux, Angoulême), Deux-Sèvres (Niort), Charente-Maritime (La Rochelle), Vienne (Poitiers, Châtelleraut).

Part de bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2008 (%)
et localisation des PASS et ASV



Au total, l'ensemble des ASV picto-charentais, tous créés en 2007 ou 2008, porte sur vingt quartiers prioritaires ou zones urbaines sensibles (Zus) regroupant près de 90 000 habitants. PASS et ASV sont donc majoritairement implantés sur des territoires urbains, alors que de fortes proportions de bénéficiaires de la CMUc (voir fiche Précarité) sont observées sur certains territoires ruraux. Cette superposition géographique, entre indicateurs défavorables et faiblesse des ressources en matière de

prévention et d'accès aux soins en milieu rural, est d'ailleurs l'un des constats issus des réflexions des groupes de travail mis en place, fin 2009, dans le cadre de la réactualisation du PRAPS.

6 • De nombreux acteurs et dispositifs

Au-delà des dispositifs, de nombreux acteurs peuvent intervenir auprès de populations ciblées dans le PRAPS :

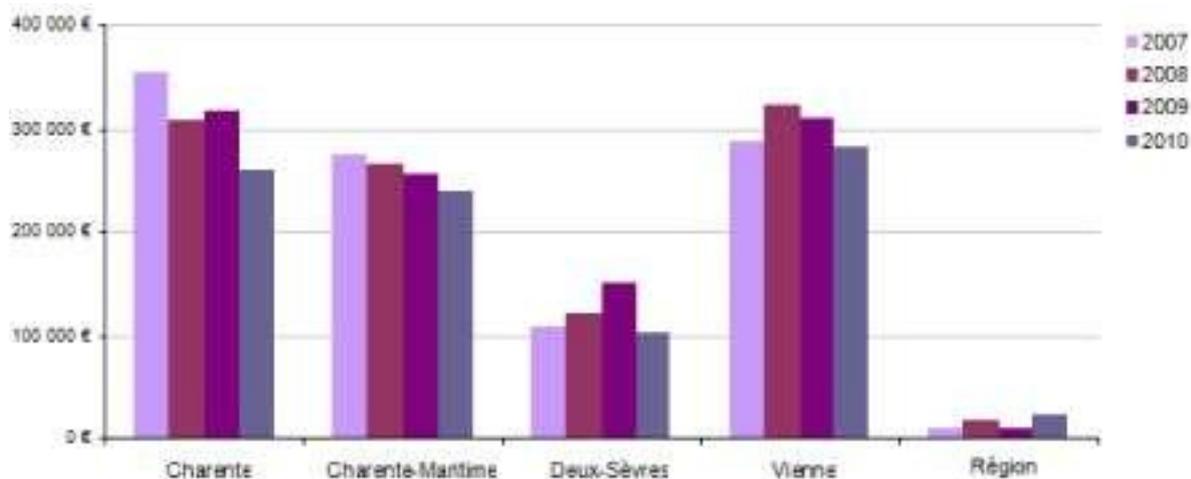
- L'Assurance Maladie (CPAM - MSA- RSI)
- Les centres d'examens de santé des CPAM
- Les Conseils Généraux
- Les Caisses d'Allocations Familiales
- Les Centres Hospitaliers (PASS, UCSA...)
- Les collectivités (ASV...)
- Les politiques publiques : DRJSCS, DDCSPP, Santé Scolaire
- Les établissements sociaux et de réinsertion sociale (CHRS, CADA, Maisons d'Accueil...)
- Les établissements médico-sociaux (CAARUD, CSAPA, CDAG...)
- Les structures d'insertion professionnelle
- Les réseaux d'écoute
- La coordination régionale de Promotion de la santé mentale et de prévention du suicide
- La médecine libérale
- La médecine du travail
- Réseaux associatifs de prévention et de promotion de la santé
- Etc.

7 • L'action du Groupement Régional de Santé Publique 2007-2010

Les crédits alloués au titre des politiques de la promotion de santé en direction des populations précaires, sur la période 2007-2010 et tous financeurs confondus, s'élèvent à 4 030 000 €, dont 93 % émanent du GRSP-ARS.

Crédits GRSP-ARS, MILDT, FNPEIS et CUCS en direction des populations précaires					
Territoire	2007	2008	2009	2010	Total
Charente	356 000 €	309 000 €	317 000 €	260 000 €	1 242 000 €
Charente-Maritime	274 000 €	266 000 €	257 000 €	240 000 €	1 037 000 €
Deux-Sèvres	108 000 €	122 000 €	152 000 €	102 000 €	484 000 €
Vienne	289 000 €	323 000 €	312 000 €	283 000 €	1 207 000 €
Région	10 000 €	18 000 €	10 000 €	22 000 €	60 000 €
Total	1 037 000 €	1 038 000 €	1 048 000 €	907 000 €	4 030 000 €

CREDITS ACCORDES en direction des POPULATIONS PRECAIRES entre 2007 et 2010



Éléments d'analyse des actions soutenues par le GRSP (données 2008-2009 - sources Briques - ARS)

Une proportion forte d'actions développées à l'échelle infra-départementale (territoires communaux ou inter communaux), mais des zones encore peu couvertes (département des Deux Sèvres, Sud Charente Maritime, Nord de la Vienne, Sud Charente) ;

Territoires infra-départementaux faisant l'objet d'actions pour les publics en situation de précarité financées par le GRSP en 2008 et 2009



En rouge : Communes ou quartiers

En rose : Territoires intercommunal

Source : ARS et enquête auprès des structures (hors PASS) Exploitation : ORS Poitou-Charentes

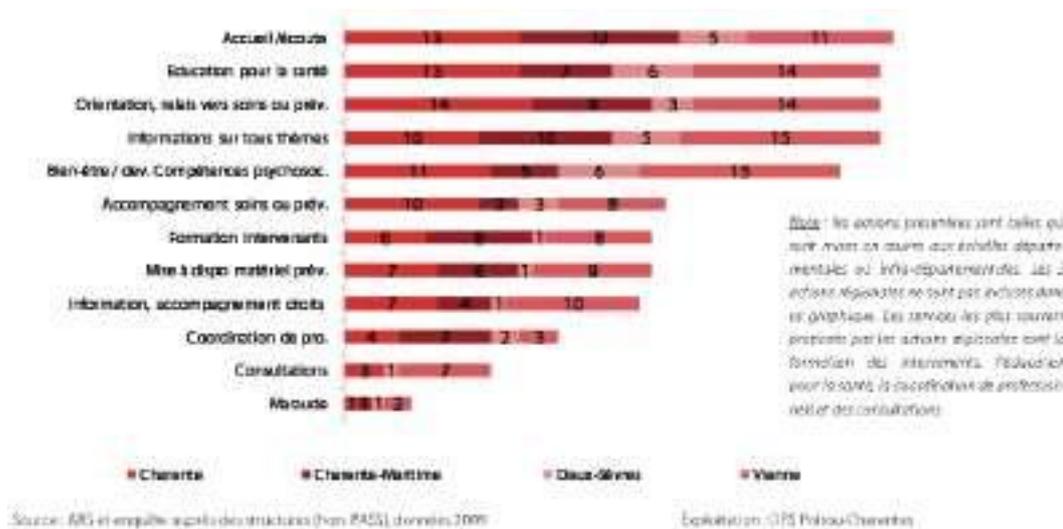
Accès à la Prévention et aux Soins

Les services faisant l'objet du nombre le plus important d'actions infra-régionales sont l'accueil / écoute (41 actions), puis l'éducation pour la santé sous forme d'ateliers collectifs, l'orientation ou le relais vers une structure de soins et/ou de prévention et l'information / sensibilisation sur tous thèmes de santé (40 actions chacun). Enfin les activités de bien-être / développement de compétences psychosociales sont également l'objet d'un nombre relativement important d'actions (37). Ces actions sont inégalement

Des services rendus variés

réparties sur le territoire régional avec notamment les Deux-Sèvres qui font l'objet de peu d'actions, et

Répartition départementale du nombre d'actions infra-régionales par service rendu



dans une moindre mesure la Charente-Maritime. Ce département se distingue par le nombre d'actions proposant de la formation des intervenants (8) et/ou de la coordination de professionnels (7). La Charente propose un nombre important d'actions d'accompagnement (10) et/ou d'orientation vers les services de prévention ou de soins (14). La Vienne est le département où le plus d'actions de consultations (7) et d'accompagnement sur les droits en santé sont réalisées (10). Enfin, le département des Deux-Sèvres propose surtout des actions de bien-être, développement de compétences psychosociales (6).

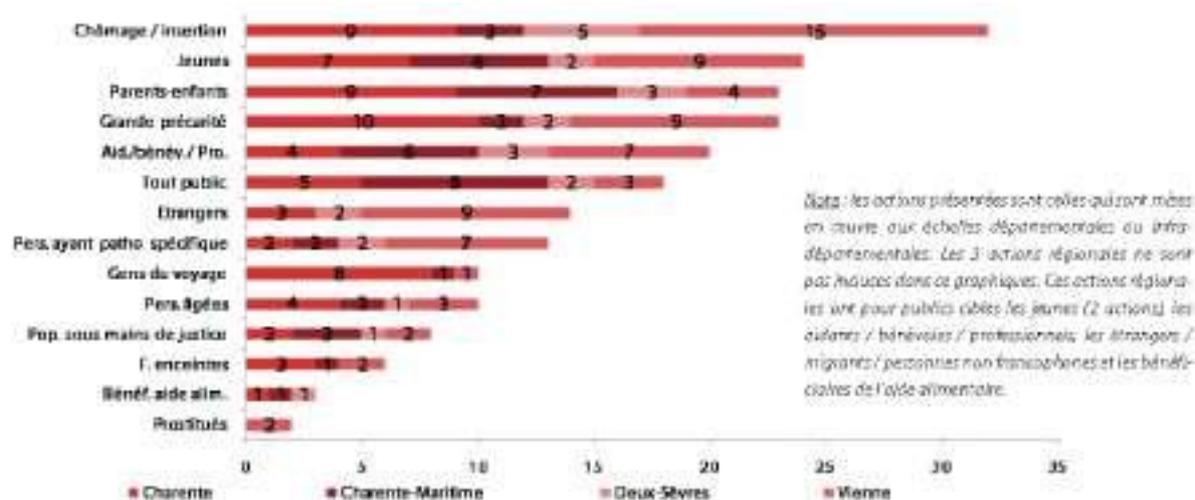
Les thèmes abordés

- 45% des actions privilégient l'approche globale de la santé ;
- La thématique « santé mentale » et « nutrition et activité physique » fortement développées ;
- Les autres thématiques ciblées : addictions, lutte contre les IST, violences, santé bucco-dentaire, tuberculose.

Les publics cibles

Les publics cibles sont variés et les actions s'adressent rarement spécifiquement à un seul type de public.

Répartition départementale du nombre d'actions infra-régionales par publics



Source : ARS et enquête auprès des structures (hors PASS), données 2009

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

CONCLUSION

Outre les thématiques évoquées, la prise en compte des ISS dès la petite enfance, sera approfondie dans le cadre de l'ensemble des actions, des mises en œuvre au titre du PRAPS.

Par ailleurs, les fiches de ce document reprennent et développent pour partie les orientations proposées à l'issue du travail avec les partenaires en 2009 à la lumière des données socio-sanitaires observées, des axes développés dans le PSRS et de l'objectif transversal de lutte contre les ISS.

Neuf fiches synthétisent les priorités à développer en Poitou-Charentes pour l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins des populations les plus démunies et la lutte contre les Inégalités Sociales en Santé.

Les fiches du PRAPS 2011-2016

« La santé ne doit pas être abordée uniquement sous le seul angle de la pathologie et de l'accès aux soins, mais aussi dans une approche globale de la personne et de son environnement social, culturel, économique qui conditionne son état de santé ».

Fiche programme 1

Veille et Observation

Fiche programme 2

Contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé

Fiche programme 3

Favoriser un accès effectif aux droits des personnes en situation de précarité

Fiche programme 3 bis

Favoriser l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité

Fiche programme 4

Les Permanences d'Accès à la Prévention et aux Soins (PASS)

Fiche programme 5

La santé des personnes détenues

Fiche programme 6

Précarité et santé mentale

Fiche programme 7

Précarité et nutrition

Fiche programme 8

Habitat et santé

Fiche programme n°1

Veille et Observation

Contexte	<ul style="list-style-type: none">• Une observation de la santé sur les territoires à renforcer• Une connaissance plus fine de l'état de santé de certaines populations spécifiques qui reste à développer• Un travail de connaissance et de suivi des dispositifs et projets développés en région à poursuivre
Liens avec PSRS et schéma de prévention	Développer un système d'observation et de suivi dans le champ de la santé-précarité
Axes d'interventions	<ul style="list-style-type: none">• Développer des outils dynamiques d'observation territoriale de santé (suivi d'indicateurs de santé par territoire, élaboration de diagnostics infra-départementaux et infra-communaux, profils sanitaires et sociaux des territoires, bulletins d'observation, etc.)• Développer et tenir à jour des tableaux de bord de la précarité sur les territoires de la région Poitou-Charentes (indicateurs de précarité financière, offre et recours aux soins, comportements de santé, etc.)• Améliorer la connaissance des comportements et besoins de santé des populations spécifiques (ex : travailleurs saisonniers, gens du voyage, grands marginaux, ruraux isolés, migrants, etc.)• Recenser et valoriser les dispositifs et les projets favorisant l'accès à la santé des publics précaires développés sur les territoires de la région Poitou-Charentes (via notamment la base cartographique OSCARS, etc.)
Partenaires de pilotage et/ou opérateur et/ou financier et/ou de suivi, notamment :	COSA - ARS, Observatoire Régional de la Santé, Université, etc.
Pilotage de l'action	Service Promotion de la Santé de l'ARS Poitou-Charentes et Délégations Territoriales
Critères / Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none">• Nature des outils développés pour valoriser les données• Amélioration de l'état des connaissances sur le champ de la santé-précarité• Aide à la décision : orientations et priorités dégagées
Calendrier prévisionnel	2011-2016

Fiche programme n°2

Contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé

Contexte	Les origines des inégalités sociales de santé (ISS) sont multifactorielles et complexes. Les difficultés d'accès à la prévention et aux soins constituent un des facteurs d'inégalités sociales de santé, notamment pour les personnes fragilisées socialement mais ce ne sont pas les seules. En Poitou-Charentes, une part importante des actions de prévention et de promotion de la santé sont développées pour ou par les populations en situation de précarité mais certaines populations ou certains territoires sont encore insuffisamment couverts.
Liens avec PSRS et schéma de prévention	Structurer le champ de la promotion de la santé en région (professionnalisation des acteurs, coordination des programmes) Soutenir des programmes de promotion de la santé et de santé communautaire : • dans les territoires prioritaires (urbains et ruraux) ; • avec/pour certaines populations ;
Axes d'interventions	• Développer une approche spécifique des inégalités sociales de santé dans la construction, la conduite et l'évaluation des programmes et projets de prévention et de promotion de la santé pilotés par l'ARS ou dans le cadre de partenariats intersectoriels et interministériels • Poursuivre le développement de l'observation des phénomènes de santé pour certaines populations ou sur certains territoires notamment par une approche mixte (quantitative et qualitative) • Poursuivre le développement d'actions et dispositifs concernant certaines populations en situation de précarité dont les besoins sont identifiés • Soutenir le développement de programmes de promotion de la santé en direction des populations en situation de précarité spécifiques et faire le lien avec les schémas spécifiques qui les concernent lorsqu'ils sont portés par d'autres institutions (schéma des gens du voyage, populations immigrées) • Identifier les territoires avec les indicateurs sociaux-sanitaires les plus défavorables et soutenir le développement des démarches territoriales de santé (CUCS, ASV, CLS, territoires ruraux prioritaires)
Partenaires de pilotage et/ou opérateur et/ou financier et/ou de suivi, notamment : Pilotage de l'action Critères / Indicateurs d'activité Articulation avec des plans, schémas, programmes, contrat Calendrier prévisionnel	Ensemble des partenaires institutionnels, associatifs ou politiques dont les champs d'intervention se croisent avec ceux de la santé notamment ceux du social (DRJSCS, DDCSPP, Conseils Généraux...) Santé Scolaire Professionnels de santé Réseaux de prévention et de promotion de la santé Assurance Maladie, centres d'examen de santé des CPAM Les collectivités territoriales Les établissements hospitaliers (PASS, UCSA...) Les établissements sociaux et de réinsertion sociale (CHRS, CADA, Maisons d'Accueil...) Les établissements médico-sociaux (CAARUD, CSAPA, CDAG...) Les structures d'insertion professionnelle Les réseaux d'écoute La coordination régionale de Promotion de la santé mentale et de prévention du suicide La médecine libérale Etc.
	Service Promotion de la Santé de l'ARS Poitou-Charentes et Délégations Territoriales • accompagnements et outils méthodologiques développés pour prendre en compte les ISS dans la construction, la conduite et l'évaluation des programmes et des projets • cartographies des territoires prioritaires • cartographies des programmes développés • quantité et nature des projets-programmes développés (par service rendu, publics, partenariat) • collaborations et partenariats intersectoriels et interministériels développés à différents niveaux (décideurs institutionnels, opérateurs...)
	Plan de lutte contre les exclusions CPAM, Plans locaux de santé publique, Contrats locaux de santé Politique de la ville
	2011-2016

Fiche programme n°3

Favoriser un accès effectif aux droits des personnes en situation de précarité

Contexte	Connaissance insuffisante des publics précaires sur leurs droits Renoncements aux soins pour des raisons financières.
Liens avec PSRS et schémas	Objectifs généraux proposés dans le Plan régional stratégique et pris en compte par les objectifs opérationnels proposés dans le schéma régional de prévention : Améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des populations dites « précaires » ; Favoriser un meilleur accès aux droits pour les publics en situation de précarité du Poitou-Charentes. Dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins Ambulatoires (SROS-A) : Permettre l'accès des publics cibles aux maisons de santé
Axes d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre accessible, pour chaque catégorie de publics, l'information sur les droits en santé, les aides et recours auxquels ils peuvent prétendre et les organismes les délivrant en développant des outils et relais de communication adaptés. • Informer / sensibiliser les professionnels des champs du sanitaire et social, de la justice, bénévoles au contact des personnes en situation de précarité de l'ensemble des dispositifs et droits sociaux existants ; • Accompagner les personnes dans les démarches administratives d'ouverture et d'obtention de leurs droits. • Adapter les outils de communication au(x) public(s) cible(s), développer des partenariats intersectoriels, partenariat avec les PASS, travailler la problématique de « l'itinérance » de certaines populations et le maintien des droits sociaux, prendre en compte les spécificités des territoires (milieu rural, urbain)...
Partenaires de pilotage et/ou opérateur et/ou financier et/ou de suivi, notamment :	Direction de l' Offre de soins-ARS, DRJSCS et DDCS, CPAM, CARSAT, MSA, PASS, CG, CCAS, CAMIEG, Collectivités locales, ASV, réseaux de prévention et de promotion et mutuelles, structures d'accueil type CHR...s
Pilotage de l'action	Service Promotion de la Santé de l'ARS Poitou-Charentes et Délégations Territoriales
Critères/ Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> • Nature des actions développées (territoires, partenariat développé, modalités d'actions, publics cibles ...) • Evolution du taux de couverture CMU se rapprochant du niveau national • Evolution du nombre de bénéficiaires ACS 2011-2016 • Evolution du nombre de bénéficiaires de l'AME 2011-2016
Articulation avec des plans, schémas, programmes	Plan de lutte contre les exclusions CPAM, PRIPI
Calendrier prévisionnel	2012 : phase de concertation, mobilisation du partenariat, planification 2013-2016 : développement des projets d'actions / processus de suivi et d'évaluation

Fiche programme n° 3bis

Favoriser un accès effectif à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité

Contexte	<p>Un contexte défavorable spécifique de l'état de santé et de l'accès aux soins des populations en situation de précarité (des habitants des quartiers de la politique de la ville ou de certains territoires ruraux) Une observation des faits de santé imparfaite sur certains territoires ou pour certaines populations (ruraux isolés) Une politique de la ville qui intègre la dimension santé et des ASV dans les grandes villes de la région Une démarche de CLS avec ces collectivités qui élargit les axes de développement de la promotion de la santé jusqu'à l'organisation des soins.</p>
Liens avec PSRS et schémas	<p>Agir sur les principaux déterminants de santé et construire ou consolider les dispositifs indispensables pour lutter contre les inégalités de santé</p> <p>Domaine stratégique : Transversal</p> <p>Priorités • Développer un système de soins et de santé de qualité, accessible à tous et efficient ; • Promouvoir l'égalité devant la santé ; • Contribuer à réduire les inégalités de santé sociales et territoriales de santé ;</p> <p>Objectifs généraux proposés dans le Plan régional stratégique et pris en compte par les</p>
Axes d'interventions	<p>objectifs opérationnels proposés dans le schéma régional de prévention</p> <ul style="list-style-type: none">• Améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des populations dites « précaires » ;• Contribuer à la réduction des inégalités de santé en soutenant des programmes de promotion de la santé dans les territoires prioritaires (urbains et ruraux) et en prenant en compte les populations spécifiques ; <p>• Mettre en place des actions individuelles et/ou collectives à destination des personnes en situation de précarité portant sur les comportements favorables de santé et l'accompagnement à l'identification des structures et professionnels ressources (travailleurs saisonniers, publics en insertion, ...) • Sensibiliser les professionnels du soin (secteur libéral et hospitalier) et du social à l'approche de la précarité et ses liens avec la santé et favoriser les initiatives de coopérations entre structures axées sur la prévention et la promotion de la santé et des cabinets libéraux isolés sur certains territoires (dont les quartiers de la politique de la ville) • Soutenir le développement et l'existence de dispositifs « passerelles » type adultes-relais, médiateurs santé : favorisant l'accès au système de santé de droit commun et/ou permettant de développer des modalités de travail entre les dispositifs de repérage et de dépistage et les soins et/ou évitant la rupture dans la continuité des soins • Intégrer la problématique de la santé des populations en situation de précarité dans la structuration de l'offre de soins de premier recours, dans l'élaboration des projets médicaux de territoire et dans la mise en place des maisons de santé et favoriser les démarches intersectorielles avec les secteurs sociaux et médico-sociaux et entre les professionnels libéraux et les réseaux de prévention et promotion de la santé, dans le cadre de Contrats locaux de santé par exemple. • Mettre en place des outils d'observation et conforter les partenariats pour le signalement de situations individuelles ou collectives « à risques » en matière d'état ou de comportement de santé.</p>
Pilotage	Service Promotion de la Santé de l'ARS Poitou-Charentes et Délégations Territoriales
Partenaires de pilotage et/ou opérateur et/ou financier et/ou de suivi, notamment :	Service organisation des soins - ARS, CPAM, Centres d'Examens de santé CPAM, CARSAT, MSA, PASS des centres hospitaliers, CG, CCAS, Collectivités locales, ASV, Médecine de ville, établissements sociaux-médico-sociaux, structures de dépistage, réseaux associatifs...

Critères / Indicateurs de suivi	Nature des actions développées auprès des publics cibles en termes de sensibilisation Développement de nouvelles pratiques professionnelles, coopérations Degré et nature de la prise en compte de l'approche « précarité » dans la structuration de l'offre de soins de premier recours Typologie des dispositifs d'accès au système de santé (publics, objectifs, maillage territorial) Partenaires mobilisés
Articulation avec des plans, schémas, programmes	SROS volet ambulatoire Politique de la ville Plan de lutte contre les exclusions CPAM Parcours de prévention santé pour les personnes en situation de précarité MSA Schémas départementaux Gens du voyage Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées 2010-2012
Calendrier prévisionnel	2012 : phase de concertation, mobilisation du partenariat, planification 2013-2016 : développement des projets d'actions / processus de suivi et d'évaluation

Fiche programme n°4

Structurer et renforcer le rôle des PASS (Permanences d'Accès à la Prévention et aux Soins)

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • existence de 13 PASS en Poitou-Charentes • les PASS favorisent la prise en compte de la dimension médicale, sociale et psychologique des personnes en situation de précarité accueillies - caractère pluri professionnel des prises en charge • approche partenariale très forte • une valorisation des missions et du travail effectué au sein des PASS à développer et à soutenir • des partenariats à renforcer et à formaliser
Liens avec PSRS et schémas	<p>Agir sur les principaux déterminants de santé et construire ou consolider les dispositifs indispensables pour lutter contre les inégalités de santé</p> <p>Domaine stratégique Transversal</p> <p>Priorités • Développer un système de soins et de santé de qualité, accessible à tous et efficient ; • Promouvoir l'égalité devant la santé ; • Contribuer à réduire les inégalités de santé sociales et territoriales de santé ;</p> <p>Objectifs généraux proposés dans le Plan régional stratégique et pris en compte par les</p>
	<p><u>objectifs opérationnels proposés dans le schéma régional de prévention</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des populations dites « précaires » ; • Contribuer à la réduction des inégalités de santé en soutenant des programmes de promotion de la santé dans les territoires prioritaires (urbains et ruraux) ; • Prendre en compte les populations spécifiques ;
Axes d'interventions	<ul style="list-style-type: none"> • Développer une animation régionale inter-PASS en Région Poitou-Charentes (temps d'échanges et de partage, harmonisation des outils de suivi des activités, valorisation du travail des PASS, travail en terme de communication interne et externe, etc.) • Développer le partenariat avec des structures de prévention-promotion pour contribuer au développement de nouvelles pratiques via les PASS (ex : conventionnements Ville-Hôpital, permanences de services sociaux, mise en place d'outils de repérage, formation des professionnels à l'approche de la précarité, participation des PASS au sein des réseaux de santé...) notamment sur les quartiers de la Politique de la ville • Développer une offre de prévention et d'éducation pour la santé au sein des PASS (ex : hygiène bucco-dentaire, nutrition, etc.) • Développer le travail partenarial autour de problématiques spécifiques (santé mentale, pathologies bucco-dentaires, addictions, dépistage VIH, etc.)
Partenaires de pilotage et/ou opérateur et/ou financier et/ou de suivi, notamment :	<p>Service offre de soins ARS, PASS des centres hospitaliers, Médecine de ville, organismes de sécurité sociale, structures sanitaires, médico-sociales (CSAPA, CAARUD, etc.), sociales, etc.</p>
Pilotage de l'action	<p>Service Promotion de la Santé de l'ARS Poitou-Charentes et Délégations Territoriales</p>
Critères /Indicateurs de suivi	<p>Mise en place effective de l'animation régionale « inter PASS » Outils communs d'évaluation de l'activité des PASS Collaborations développées par et avec les PASS Nature des actions développées par et avec les PASS en terme de prévention et d'Education pour la santé</p>
Articulation avec des plans, schémas, programmes	<p>SROS Volet hospitalier Contrats Locaux de Santé</p>
Calendrier prévisionnel	<p>2012 : mise en place de l'animation régionale inter-PASS 2013-2016 : déploiement des actions, évaluation régionale des PASS</p>

Fiche programme n°5

La santé des personnes détenues

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • des besoins de santé en lien avec l'impact de l'incarcération ; • une prévalence élevée de certaines pathologies (VIH, addictions, troubles psychiques) ; • des liens hétérogènes entre les activités de soins et de promotion ou prévention dans chacun des établissements • une réorganisation des établissements de la région • un plan d'actions stratégiques 2010-2014 copiloté par les ministères santé et justice
Liens avec PSRS et schémas	<p>Agir sur les principaux déterminants de santé et construire ou consolider les dispositifs indispensables pour lutter contre les inégalités de santé</p> <p>Domaine stratégique Transversal</p> <p>Priorités • Développer un système de soins et de santé de qualité, accessible à tous et efficient ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir l'égalité devant la santé ; • Contribuer à réduire les inégalités de santé sociales et territoriales de santé ; <p>Objectifs généraux proposés dans le plan régional stratégique et pris en compte par les</p> <hr/> <p>objectifs opérationnels proposés dans le schéma régional de prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des populations dites « précaires » ; • Contribuer à la réduction des inégalités de santé en soutenant des programmes de promotion de la santé dans les territoires prioritaires (urbains et ruraux) ; • Prendre en compte les populations spécifiques ;
Axes d'interventions	<ul style="list-style-type: none"> • Développer les programmes de prévention et d'éducation à la santé par les établissements de santé de rattachement en lien avec les établissements pénitentiaires, les structures médico-sociales (CSAPA) ou les associations (ANPAA, AIDES, IREPS) ou dispositifs (coordination santé mentale) de promotion en santé notamment sur des risques identifiés (addictions, santé mentale) et pathologies accessibles par un dépistage (VIH-SIDA, hépatites, cancers, tuberculose) ou évitables par une vaccination (IST) • Accompagner l'organisation, la gestion et le suivi des structures sanitaires de prise en charge des personnes détenues
Pilotage	Service Promotion de la Santé de l'ARS Poitou-Charentes et Délégations Territoriales
Partenaires de pilotage et/ou opérateur et/ou financier et/ou de suivi, notamment :	Service organisation des soins ARS, UCSA, Direction Interrégionale des services pénitentiaires de Bordeaux / SPIP / Coordination régionale santé mentale / Réseaux de prévention et promoteurs de santé (AIDES, ANPAA, IREPS, etc.), etc.
Critères / Indicateurs de suivi	Partenariats mobilisés entre les établissements, les UCSA et les structures de prévention et de promotion santé Collaborations développées avec les structures de droit commun Nombre et nature des actions développées par différents domaines : santé mentale, accès aux droits, prévention, promotion et éducation pour la santé, accès aux soins.
Articulation avec des plans, schémas, programmes	<p>SROS volet hospitalier,</p> <p>Plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice »</p>
Calendrier prévisionnel	Déploiement des actions en lien avec le plan national stratégique « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice » 2010-2014

Fiche programme n° 6

Santé Mentale, Conduites addictives et précarité

Contexte	<p>Les interactions entre santé mentale et précarité sont complexes mais les études attestent d'une surreprésentation de la maladie mentale et de la souffrance psychique au sein de la population en situation de précarité, particulièrement dans des formes sévères.</p> <p>La santé mentale : un des six domaines stratégiques de l'Agence</p> <p>La mise en place par l'ARS d'une nouvelle gouvernance de la politique en santé mentale en réponse aux problèmes prioritaires de la région Poitou-Charentes.</p>
Liens avec PSRS et schémas	<p>Le schéma régional de prévention, modifié en 2014, prévoit dans le cadre de la plateforme de politique publique « santé mentale et addictions » deux objectifs qui visent spécifiquement les publics « PRAPS » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eviter l'usage à risque de tous produits psycho actifs et réduire les risques sanitaires auprès des publics prioritaires PRAPS, jeunes et femmes avec en situation ou en projet de maternité. - Renforcer le repérage précoce de la souffrance psychique, l'écoute et l'orientation des publics du PRAPS. <p>Les autres objectifs de la plateforme intègrent la prise en compte d'une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé et priorisent une intervention sur les publics et les territoires vulnérables.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer les compétences psychosociales dès le plus jeune âge jusqu'à l'adolescence (0-12 ans) : les financements sont fléchés prioritairement sur les quartiers en contrat de ville et les territoires ruraux fragiles. - Prévenir l'usage à risque et réduire les risques (Alcoolisation Ponctuelle Importante) sur les 17-30 ans. - Prévenir l'usage à risque et réduire les risques en milieux festifs (y compris sur les événements type free/rave parties). - Eviter la tentative de suicide, la récurrence et réduire le nombre de suicides, notamment chez les apprentis.
Axes d'interventions	<ul style="list-style-type: none"> - Développer les compétences des professionnels de 1ère ligne intervenant auprès des populations en situation de précarité (aide au repérage, à l'orientation, connaissance dispositifs) - Intégrer des actions de promotion de la santé mentale dans les dispositifs territoriaux de santé (ex : ASV, CLS, territoires ruraux) et favoriser les démarches partenariales de santé mentale dans le cadre de politiques de santé locales, notamment sur les territoires « défavorisés » - Soutenir le travail partenarial et transversal entre les champs sanitaires et sociaux (par le développement de collaborations dans le cadre de dispositifs de repérage et/ou prise en charge sanitaires et/ou sociales) - Soutenir une offre de prévention et d'accès aux soins en santé mentale et addictions sur les territoires les plus défavorisés ou pour des populations « à risques » spécifiques (quartiers urbains de la politique de la ville, ruraux isolés, professionnels ciblés, etc.)
Pilotage de l'action	Direction de la santé publique de l'ARS Poitou-Charentes et Délégations Territoriales
Partenaires :	Les signataires de la charte d'adhésion à la politique publique « santé mentale et addictions » et partenaires institutionnels
Critères / Indicateurs de suivi	<p>Indicateurs à construire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nombre et contenu d'actions de prévention sur les territoires et populations ciblés - développement des compétences et des pratiques professionnelles (professionnels formés, collaborations développées) - recensement des lieux et des dispositifs d'écoute (nature, usagers, maillage territorial)

	- partenariats mobilisés
Articulation avec des plans, schémas, programmes	Plan psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017
Calendrier prévisionnel	2011-2016

Fiche programme n° 7 Nutrition et précarité

Contexte	<p>Les personnes en situation socio-économique difficile, sans être dans une situation conduisant à recourir à l'aide alimentaire, présentent une situation nutritionnelle moins satisfaisante que celle des populations plus favorisées sur le plan socio-économique.</p> <p>Les comportements en matière d'alimentation et d'activité physique sont socialement déterminés et non pas seulement « individuels ». Il convient d'orienter les interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé dans le domaine nutritionnel tant vers les causes proximales (les comportements des individus) que les causes fondamentales (le contexte dans lequel les comportements s'insèrent).</p> <p>Constats régionaux (ORS, IREPS, ARS, ..) relatifs aux actions de promotion de la santé et de prévention déployées notamment dans le cadre du PRAPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actions atomisées, manque de lisibilité, manque de culture de l'évaluation - Actions essentiellement orientées sur les savoirs et savoirs faire des individus <p>Face à ces constats, création d'un nouveau mode de gouvernance : La plateforme « nutrition-obésité-maladies chroniques-activité physique » qui est un espace de réflexion et d'échanges qui a pour mission, à travers un consensus partagé, de construire la politique nutritionnelle régionale (travaux de planification et de programmation) et d'en assurer le suivi.</p>
Liens avec PSRS et schémas	<p>Le schéma régional de prévention 2014 en matière de nutrition intègre pleinement les publics PRAPS dans ses orientations</p> <p>Des territoires prioritaires d'intervention ont été identifiés en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des caractéristiques socio-économiques et sanitaires les plus défavorables - Démarches développées sur les territoires : les dynamiques déjà existantes CLS, ASV, CUCS, Comités d'acteurs - Spécificité de certains territoires / ruralité ou <i>désert de prévention</i> <p>De nouvelles modalités de travail ont été définies</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cycle de projets sur 3 ans - Elaboration d'un projet commun à l'échelle d'un territoire prioritaire autour d'un ou plusieurs objectifs partagés.
Axes d'interventions	<p>A destination des populations en situation de précarité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer, chez les personnes en situation de précarité, l'envie d'être acteur de sa santé par l'acquisition de comportements nutritionnels adaptés - Contribuer à stabiliser la prévalence de l'obésité et à réduire en 3 ans la prévalence du surpoids des populations en situation de précarité de 5 % - Accompagner les personnes en situation de précarité pour concilier alimentation équilibrée et petit budget - Viser sur 6 ans une équité territoriale de l'offre alimentaire de qualité et diversifiée de l'aide alimentaire en Poitou-Charentes <p>A destination des Gens du voyage</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la prise de conscience des Gens du voyage entre leurs pratiques nutritionnelles et les conséquences sur leur santé <p>A destination de la population carcérale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les apports alimentaires des détenus par l'amélioration de la qualité des repas servis et par le développement d'actions de sensibilisation
Pilotage de l'action	<p>Direction de la santé publique de l'ARS Poitou-Charentes et Délégations Territoriales</p>
Partenaires :	<p>Acteurs inscrits au sein de la plateforme nutrition : institutionnels, porteurs de projets, associations, mutualités ...</p>

Critères / Indicateurs de suivi	Nombre et qualité des projets communs / nombre de territoires prioritaires Nombre d'actions développées / objectifs opérationnels définis
Articulation avec des plans, schémas, programmes	Programme national nutrition santé, Plan sport santé bien être, Plan national santé environnement, Plan national de l'alimentation, Plan cancer
Calendrier prévisionnel	2011-2016

Fiche programme n°8

Habitat et Santé

Le champ d'intervention inscrit sous l'intitulé « lutte contre l'habitat indigne » comprend des axes transversaux des politiques publiques (habitat, santé, action sociale,...). Il est issu des préoccupations liées à la santé et à la sécurité des populations et interroge les phénomènes d'inégalités sociales. Sont concernées par ces situations les populations les plus défavorisées qui n'ont souvent pas le choix de leur mode d'habiter. La précarité augmente le risque de vivre dans un logement insalubre, le risque de factures énergétiques élevées, le risque d'impayés et d'endettement, ces situations peuvent entraîner une dégradation physique ou mentale. On parle de facteurs cumulatifs, de problèmes liés au bâti et de problèmes liés aux comportements.

**Liens avec PSRS et schéma
de prévention**

Axes d'interventions

Partenaires de pilotage et/ ou opérateur et/ou financier et/ou de suivi, notamment :

Pilotage de l'action : Critères / Indicateurs de

Articulation avec des plans, schémas, programmes

Calendrier prévisionnel

Protéger la santé des populations vivant dans un habitat dégradé ou défavorable à la santé
Lutter contre l'habitat indigne

- Soutenir des projets de prévention des risques sanitaires dans les logements visant notamment à promouvoir les bonnes pratiques de ventilation (programmes d'éducation pour la santé, développement des professions de conseillers médicaux en environnement intérieur, sensibilisation des professionnels sociaux, etc.)

Risques prioritaires : humidité, monoxyde de carbone lié à la vétusté des équipements, radon, isolation (précarité énergétique)

- Maintenir les actions incitant au dépistage du saturnisme pour les populations réunissant des facteurs de risque (lié à l'habitat ou non)
 - Renforcer la qualité et l'efficacité de la résolution des problèmes d'habitat indigne, en favorisant le travail en partenariat avec les professionnels des champs sociaux et médico-sociaux (sensibilisation/formation, aide au repérage quotidien et au signalement, etc.)
 - Développer des actions de repérage programmé de l'habitat indigne sur des territoires prioritaires de la région Poitou-Charentes
 - Tenir compte de l'approche psychosociale dans le cadre des démarches de relogement liée à l'insalubrité, en développant des collaborations intersectorielles avec les structures/
professionnels œuvrant dans le champ de la santé mentale
-

| Service prévention des risques en santé environnementale-ARS, Pôle régional habitat indigne (DREAL), SCHS, DDCS, DDT(M), Conseils Généraux, CAF, MSA, collectivités locales, ADIL, FSL, Organismes de tutelle, réseaux de santé (ex : réseaux gérontologiques...), réseaux de

santé mentale, UDAF, etc.

Direction de la Santé Publique de l'ARS Poitou-Charentes et Délégations Territoriales

- Nombre et nature des actions développées
- Partenariats mobilisés / coopérations intersectorielles développées

• Maillage territorial des actions

Plan Régional Santé Environnement 2 (PRSE2) Programme d'Intérêt Général (PIG) régional d'habitat indigne PDALPD

| Déploiement des actions en lien avec Plan Régional Santé Environnement 2 Poitou-Charentes 11-2014.

Pilotage, suivi et évaluation du PRAPS

Le PRAPS est particulièrement porteur d'enjeux de transversalité au sein comme en dehors de l'Agence Régionale de Santé. Pour les publics dits « précaires », l'accès à la prévention et aux soins repose en grande partie sur des dispositions visant à accompagner et faciliter la cohérence du parcours de vie et de soins, et à ce titre, la déclinaison et la mise en œuvre du PRAPS devra s'appuyer sur des partenariats interministériels et intersectoriels étroits.

Le plan régional : échelon de pilotage

Le PRAPS sera piloté par l'Agence Régionale de Santé Poitou-Charentes, en charge :

- d'assurer la déclinaison du programme ;
- de veiller à la déclinaison du programme dans le respect des objectifs énoncés ;
- d'assurer l'interface et l'articulation du PRAPS avec les autres programmes de santé (dont des programmes interministériels) ;
- d'accompagner sur les territoires et localement la mise en œuvre du PRAPS ;
- de mobiliser et fédérer les compétences et les moyens financiers (ex : appels d'offres);
- d'accompagner la déclinaison du système de veille et d'observation dans le champ de la santé - précarité ;
- d'assurer un suivi régulier de la déclinaison du PRAPS (degré de mise en œuvre, partenariats développés, dispositifs et projets développés, cartographie des territoires projets...)
- de l'évaluation du programme (annuelle et pluriannuelle).

Le pilotage du PRAPS s'appuiera sur un comité de pilotage régional associant différents partenaires au sein et hors l'ARS :

- les deux commissions de coordination des politiques publiques (prévention et médico-sociale) ;
- les services de l'Etat (DRJSCS, DDCS, DREAL, DRAAF, Santé Scolaire, etc.) ;
- les organismes de sécurité sociale et les centres d'examen de santé des CPAM ;
- les collectivités territoriales (Conseil Régional, Conseils Généraux) ;
- les collectivités engagées dans les démarches CUCS, ASV, CLS ;
- les représentants des PASS des Centres Hospitaliers de la région Poitou-Charentes ;
- réseaux, acteurs et opérateurs de terrain.

En fonction des thèmes et/ou problématiques à traiter, des groupes de travail émanant du comité de pilotage pourront être constitués.

Le plan local : échelon de mise en œuvre

Le PRAPS représente une programmation essentielle dans la lutte contre les inégalités sociales de santé dans le cadre du PRS. Sa déclinaison doit s'appuyer sur les compétences déjà acquises sur les territoires, qui demeurent aujourd'hui essentiels dans la déclinaison des politiques publiques de santé et le travail intersectoriel.

Les approches territoriales relèvent de deux logiques : une logique descendante, issue des mécanismes de planification et de programmation aux plans nationaux et régionaux ; et une logique ascendante, fondée sur les dynamiques de santé inscrites sur les territoires, portés par des élus et acteurs locaux, en contact direct avec les populations.

La démarche de territorialisation du PRAPS est un enjeu fort, permettant :

- une meilleure prise en compte et actions auprès des populations précaires ;
- de développer des démarches de santé communautaire ;
- d'articuler le PRAPS avec des dispositifs locaux (ex : politique de la ville, CLS, projets de territoires) ;
- de soutenir des dispositifs de coordination ;
- la mobilisation, la mise en réseau des acteurs et des institutions et la mise en œuvre de coopérations

(ex : ville-hôpital);

- de développer un système de veille et d'observation en santé sur les territoires.

Les critères d'évaluation du PRAPS

- interroger et analyser le processus du programme dans ses différentes composantes (modalités de pilotage, partenariats mobilisés, pertinence des objectifs et des priorités retenues, déploiement financier, processus et critères d'instruction des dossiers retenus, articulation/cohérence du PRAPS avec d'autres programmes et dispositifs, outils développés pour valoriser les actions soutenues dans le cadre du PRAPS, etc.)
- évaluation des projets développés (sur les territoires, par thématiques/priorités, PAR dispositifs territoriaux, publics cibles, services rendus, partenariats mobilisés, prise en compte des ISS dans la construction et les méthodologies de projets développées, etc.)
- évaluer un échantillon d'actions représentatives du programme, en tentant de repérer les bonnes pratiques, les démarches développées et d'étudier leurs conditions de généralisation (ex : démarches de coordination locale, démarches de santé communautaire, etc.)
- réactualiser l'évaluation régionale des PASS développée en 2005
- recommandations, réactualisation des priorités, analyse des nouveaux besoins de santé, etc.

Leviers financiers

Le financement du PRAPS ne fait pas l'objet de fonds et/ou de budget opérationnel dédié mais s'inscrit à travers différentes sources de financement, dont leurs mises en œuvre incombent à l'ARS.

En fonction de la nature et des objectifs ciblés par les actions, différents fonds peuvent être mobilisés :

- les crédits d'intervention « prévention, sécurité sanitaire, offre de soins », via le lancement d'appels à projets spécifiques, appels d'offre, contrats d'objectifs et de moyens... ;
- le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) pourra être sollicité ;
- les crédits relevant du médico-social, dans le cadre du financement des structures qui assurent l'accueil et l'accompagnement des personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active, l'aide à l'insertion, ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical (ex : CAARUD, CSAPAA);
- la dotation financière des Missions d'Intérêt Général (MIG) (ex : MIG relative aux PASS)

Par ailleurs, la cohérence et la déclinaison opérationnelle du PRAPS avec d'autres dispositifs pourrait notamment se manifester par un partenariat financier avec d'autres acteurs concernés (ex : Assurance Maladie, collectivités territoriales politique de la ville).

Sigles utilisés

- **AAH**

Allocation pour Adultes Handicapés

- **ACS**

Aide Complémentaire Santé

- **AME**

Aide Médicale de l'Etat

- **AP**

Appel à Projets

- **ARH**

Agence Régionale de l'Hospitalisation

- **ARS**

Agence Régionale de Santé

- **ASS**

Allocation de Solidarité Spécifique

- **ASV**

Ateliers Santé Ville

- **BIT**

Bureau International du Travail

- **CAARUD**

Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de Risques pour Usagers de Drogues

- **CADA**

Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

- **CAF**

Caisse d'Allocations Familiales

- **CARSAT**

Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

- **CCAS**

Centre Communal de l'Action Sociale

- **CDAG**

Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

- **CDD**

Contrat à Durée Déterminée

- **CG**

Conseil Général

- **CH**

Centre Hospitalier

- **CHRS**

Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

• **CHU**

Centre Hospitalier Universitaire

• **CLS**

Contrat Local de Santé

• **CMU**

Couverture Maladie Universelle

• **CMUC**

Couverture Maladie Universelle Complémentaire

• **CNAMTS**

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

• **CPAM**

Caisse Primaire d'Assurance Maladie

• **CSAPA**

Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

• **CSP**

Catégories Socio-Professionnelles

• **CUCS**

Contrat Urbain de Cohésion Sociale

• **DDASS**

Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

• **DDCS**

Direction Départementale de la Cohésion Sociale

• **DDCSPP**

Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations

• **DGS**

Direction Générale de la Santé

• **DRAAF**

Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt

• **DRASS**

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

• **DREAL**

Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement

• **DRJSCS**

Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale

• **EMPP**

Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

• **FNPEIS**

Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaires

• **GRSP**

Groupement Régional de Santé Publique

- **HCSP**

Haut Comité de la Santé Publique

- **INSEE**

Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques

- **ISS**

Inégalités Sociales de Santé

- **IST**

Infection Sexuellement Transmissible

- **LHPST**

Loi Hôpital, Patient, Santé et territoires

- **LHSS**

Lits Halte Soins Santé

- **MILDT**

Mission Interministérielle de la Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies

- **MSA**

Mutualité Sociale Agricole

- **OMS**

Organisation Mondiale de la Santé

- **ORS**

Observatoire Régional de la Santé

- **OSCARS**

Outil de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé

- **PASS**

Permanence d'Accès aux Soins de Santé

- **PRAPS**

Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

- **PRGDR**

Programme Régional de Gestion du Risque

- **PRIAC**

Programme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

- **PRIPI**

Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées

- **PRS**

Projet Régional de Santé

- **PRSP**

Plan Régional de Santé Publique

- **RSA**

Revenu de Solidarité Active

- **RSI**

Régime Social des Indépendants

- **SPIP**

Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

- **UDAF**

Union Départementale des Associations Familiales

- **UCSA**

Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires

- **VIH**

Virus de l'Immunodéficience Humaine

- **ZUS**

Zone Urbaine Sensible