

Nos priorités de santé
en Occitanie



**PROGRAMME
RÉGIONAL
D'ACCÈS
À LA PRÉVENTION
ET AUX SOINS**

2023-2028

LA PAROLE AUX CITOYENS



Tout est compliqué aujourd'hui pour se repérer et faire tout ce qu'il y a à faire pour sa santé.

Participant à un atelier citoyen en Aveyron



Parfois, il est difficile de comprendre le fonctionnement de l'offre de soins. Il y a beaucoup de sigles incompréhensibles, mais pas d'information sur les dépistages etc...

Participant à un atelier citoyen en Ariège



Les personnes n'ont pas toutes besoin de médicaments ou opérations, elles ont aussi et parfois essentiellement besoin d'écoute, de conseils, de soutien moral, de comprendre et de faire les bons choix.

Participant de l'Aveyron à la consultation digitale



Organiser à proximité des milieux défavorisés ou des gens en situation de précarité de l'éducation thérapeutique, de la prévention et du dépistage avec un suivi dans la durée

Participant de l'Ariège à la consultation digitale



Il faudrait former certains médecins à être un peu plus humains, prendre en compte autant que possible la situation sociale des patients. Il y a trop de personnes stigmatisées par la santé de manière générale.

Participant du Tarn à la consultation digitale



Pour rapprocher les services de santé, il faut aussi avoir des discours adaptés aux situations isolées et fragiles.

Participant à un atelier citoyen dans l'Hérault



Le tout numérique créé une grave fracture pour les personnes âgées pourtant plus dépendantes des services de santé.

Participant du Tarn-et-Garonne à la consultation digitale



Avoir un chenil près des hôpitaux pour les personnes en très grande précarité, car ils ne peuvent pas avoir accès aux soins hospitaliers si leurs animaux de compagnie ne sont pas gardés.

Participant de l'Ariège à la consultation digitale



la fabrique
citoyenne
en santé
Occitanie



Attentifs à toutes les fragilités

Au plus près des besoins de santé de nos territoires, notre Projet régional de santé 2023-2028 doit être à l'écoute des fragilités qui marquent notre région Occitanie. Notre politique de santé part des besoins de nos territoires et de leurs habitants, pour mieux y répondre. Notre ambition de proximité et de résultats doit l'être en priorité envers tous nos concitoyens les plus éloignés de la prévention et des soins.

*“Notre ambition de proximité
et de résultats doit l'être en priorité
En vers tous nos concitoyens
les plus éloignés de la prévention
et des soins.*

Aux côtés de tous les acteurs de la santé, du secteur social et médico-social, nous poursuivons notre mobilisation active et collective face au défi des inégalités sociales et territoriales de santé.

L'Occitanie est profondément marquée par des indicateurs de précarité qui marquent les questions de santé. C'est une réalité forte dont l'impact se mesure dans tous nos diagnostics régionaux.

La région Occitanie étant fortement impactée par le réchauffement climatique et les départements du littoral faisant partie des 10 départements les plus pauvres de France, les personnes en situation de précarité sont aujourd'hui les plus impactées par l'augmentation de la fréquence et de l'intensité des vagues de chaleur ou de froid.

A ce titre, l'ARS Occitanie et la Fondation hospitalière pour la recherche sur la précarité et l'exclusion sociale ont signé une convention pour définir des modalités de leur collaboration dans le cadre d'un projet relatif à l'incidence du réchauffement climatique sur les personnes en situation de précarité.

Ce projet accompagnera la mise en place du PRS, PRAPS et du PRSE Occitanie et aura pour objectif de dégager des recommandations d'actions, nouvelles ou correctrices, pour lutter contre les méfaits observés sur la ou les populations cibles, du fait des variations et excès climatiques.

L'ARS Occitanie sera particulièrement vigilante aux effets néfastes qu'entraînent le renoncement aux soins, le non-recours au sens large (notamment aux actions de prévention et de promotion de la santé) et à une meilleure adaptation de l'offre de soins de premier recours envers ces publics.

En donnant la parole aux habitants, la consultation citoyenne que nous avons menée nous a confirmé toutes ces difficultés d'accès aux soins, que rencontrent les personnes les plus fragiles dans tous nos territoires, qu'ils soient urbains ou ruraux. Nous y entendons l'expression d'inacceptables situations de renoncement aux soins, comme la nécessité de renforcer nos démarches qui déplacent la prévention, les soins et l'accompagnement vers les personnes les plus en difficultés et les territoires et quartiers les plus défavorisés.

Notre politique régionale de santé précise dans le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins tous nos engagements, défis et objectifs opérationnels en faveur de la santé de nos concitoyens les plus fragiles. Nous sommes résolument engagés dans la lutte contre toutes les inégalités de santé. Dans chaque territoire, et dans chacune des actions issues de notre Projet régional de santé, nous serons prioritairement attentifs à toutes ces situations de fragilité.

Didier JAFFRE
Directeur général
de l'Agence régionale de santé Occitanie

#3

**PROGRAMME
REGIONAL D'ACCÈS
À LA PRÉVENTION
ET AUX SOINS**

2023 - 2028



ARS Occitanie
PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

SOMMAIRE

CONTEXTE ET ÉLÉMENTS de diagnostic territorial	4
ARTICULATION entre précarité et les inégalités sociales de santé	13
DESCRIPTION de l'offre	20
NOS ENGAGEMENTS: déficits prioritaires et objectifs opérationnels au plan régional	28

CONTEXTE ET ÉLÉMENTS de diagnostic territorial

En Occitanie, une personne sur six vit en situation de pauvreté.....	7
Les personnes les plus défavorisées, ont un état de santé plus dégradé.....	9
Les déterminants de santé une accumulation des facteurs de risques pour les personnes les plus défavorisées.....	11

Juillet 2023

Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les publics les plus démunis (PRAPS) a été créé par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998, et conforté quelques années plus tard par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 comme l'unique programme obligatoire du Projet Régional de Santé.

Ce programme est de fait la feuille de route régionale en matière de santé-précarité et guide les actions au niveau régional et dans les territoires, en lien avec nos partenaires institutionnels concernés par les sujets de précarité et l'accès à la santé, comme un levier d'insertion ou d'intégration. Le PRAPS, au même titre que le Schéma Régional de Santé, voit certains de ses objectifs opérationnels déclinés en une présentation régionale et par départements (13 Schémas Territoriaux de Santé) qui cible un nombre limité de priorités en fonction des besoins et des ressources de leurs territoires. Tous les objectifs du PRAPS ont une vocation régionale et irrigueront l'ensemble des départements de l'Occitanie.

La priorité de ce programme demeure l'accès au droit commun ou le maintien dans le droit commun, en cas d'interruption de droits notamment. Dans un souci d'équité sociale et pour répondre aux besoins de santé accrus par la précarité, il est impératif de poursuivre l'effort de renforcement et de structuration d'une offre spécifique « passerelle » (et non pas une « médecine du pauvre »), pour sécuriser les parcours des personnes en situation de précarité.

Le **contexte** a évolué par rapport au précédent PRAPS, avec comme principaux faits marquants :

- La crise sanitaire COVID, provoquant des retards de dépistage ou de prise en charge
- Les flux migratoires en augmentation
- Un renoncement aux soins de plus en plus fréquent
- Un durcissement de l'accès aux soins (notamment pour le dispositif de l'Aide Médicale d'Etat)
- La mise en place des premiers rendez-vous Santé organisés par l'OFII (Toulouse, puis Montpellier) pour les migrants primo-arrivants

Des priorités existantes se sont renforcées et de nouvelles priorités ont émergé, en écho à différentes problématiques :

- Ruralité (proximité nécessaire, réponses adaptées)
- Vieillesse et précarité (y compris la question de la fin de vie)
- Santé environnementale (par exemple, les effets du changement climatique)
- L'aller vers, notamment par le recours à la médiation en santé (le développement du « Hors Les Murs » ne devant pas se faire au détriment des lieux physiques nécessaires à l'accueil et aux équipes pour mener le travail d'accompagnement médico-psycho-social. Il ne faut pas oublier le besoin de murs).
- Participation des personnes.

Des publics sont devenus encore plus prioritaires (migrants dont les Mineurs Non Accompagnés, toute population invisible et éloignée du système de santé, gens du voyage, travailleurs pauvres, étudiants, mères monoparentales, personnes en situation de handicap, personnes en structures Accueil Hébergement Insertion, personnes en situation de prostitution, personnes sous-main de justice, sortants de détention ...). Cependant, bien qu'il soit toujours nécessaire, au sein d'une politique globale de réduction des inégalités sociales de santé, de développer des dispositifs adaptés aux situations des personnes les plus démunies ou en voie de précarisation, l'approche populationnelle ne doit pas être privilégiée. En effet, la population concernée est avant tout une population touchée par des facteurs de vulnérabilité : monétaire, sociale, liée à l'emploi, au mal logement, aux conditions de vie, à l'environnement... L'enjeu est de réussir à prendre en compte toutes les singularités.

L'intrication entre santé et social ainsi que la complexité de situations individuelles nécessitent une coordination dans la durée et des compétences multiples.

L'approche par les lieux de vie, d'activité, de passage (ex. : distribution d'aide alimentaire, structures AHI (Accueil Hébergement Insertion), DNA (Dispositif National d'Accueil) pour les demandeurs d'asile, structures d'Insertion par l'Activité Economique ...), apparaît indispensable, pour améliorer et personnaliser les parcours des personnes en situation de précarité.

L'attractivité des métiers interroge également, avec une crise du travail social, au même titre que celle qui est vécue dans le secteur de la santé.

CONTEXTE ET ÉLÉMENTS de diagnostic territorial

Le PRAPS s'appuie sur la coordination des partenaires autour de ces problématiques et répond à une logique de territorialisation.

Cette dernière génération de « PRAPS » constitue un enjeu fort pour l'Occitanie afin de répondre aux besoins des populations, au plus près de leurs lieux de vie, en prenant en compte la disparité des territoires ainsi que la précarité très présente dans certains départements.

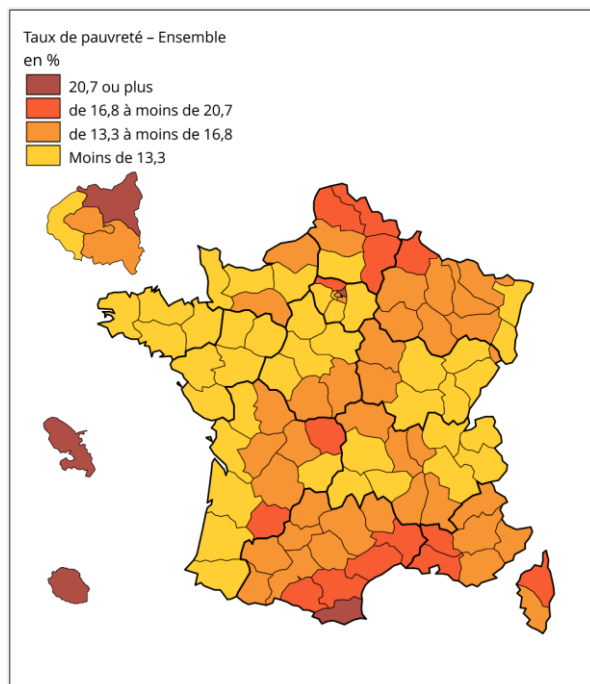
En Occitanie, une personne sur six vit en situation de pauvreté

En 2020, l'Occitanie figure parmi les régions les plus pauvres de France métropolitaine, derrière la Corse, les Hauts-de-France et la Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Ce sont 960 000 personnes, soit 16,8 % de la population, qui vivent avec moins de 1 097 euros mensuels (seuil de pauvreté monétaire fixé à 60 % du niveau de vie médian métropolitain – définition Insee).

Figure 1

Les taux de pauvreté par département en 2020 en France métropolitaine



Source : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2020

À l'échelle départementale, il existe de fortes disparités : les Pyrénées-Orientales sont le deuxième département le plus pauvre de France derrière la Seine-Saint-Denis ; l'Aude est le quatrième, le Gard le sixième et l'Hérault le septième.

La Haute-Garonne est le seul département de la région avec un taux de pauvreté inférieur à la moyenne nationale (13,3 % vs 14,4 %) mais compte, en valeur absolue, le nombre de personnes sous le seuil de pauvreté le plus important (179 000 personnes).

Tableau 1

La pauvreté des ménages dans les départements de la région Occitanie en 2020

	Taux de pauvreté Ensemble (%)	Taux de pauvreté des moins de 30 ans (%)	Taux de pauvreté des 75 ans ou plus (%)	Estimation du nombre de personnes vivant au-dessous du seuil de pauvreté*
Ariège	17,9	25,4	13,2	26 000
Aude	20,0	31,1	14,2	71 000
Aveyron	14,0	21,4	13,4	37 000
Gard	19,4	28,7	13,1	142 000
Haute-Garonne	13,3	24,5	9,9	179 000
Gers	15,0	22,7	15,4	27 000
Hérault	18,7	30,8	12,4	212 000
Lot	14,9	23,1	12,8	24 000
Lozère	14,9	21,0	15,1	10 000
Hautes-Pyrénées	15,5	27,0	12,2	34 000
Pyrénées-Orientales	20,7	34,2	13,5	97 000
Tarn	15,3	25,5	12,3	58 000
Tarn-et-Garonne	16,3	24,0	13,9	42 000
Occitanie	16,8	27,2	12,6	961 000
France métropolitaine	14,4	22,4	9,9	

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2020

*Il s'agit d'une approximation. Le taux de pauvreté des ménages est appliqué au nombre de personnes dans les ménages fiscaux.

La pauvreté est plus marquée dans les communes urbaines où elle a progressé. Elle se concentre plus particulièrement dans les grands centres urbains où les familles monoparentales et les couples avec au moins trois enfants sont nombreux. Un enfant sur trois y est en situation de pauvreté. Les communes des ceintures urbaines sont relativement épargnées. Dans les communes rurales, la pauvreté est plus forte dans celles à habitat très dispersé où les retraités sont plus souvent pauvres et où les actifs agriculteurs ou indépendants ont des revenus plus faibles.

Certaines populations sont particulièrement touchées par la précarité, comme les familles monoparentales. En Occitanie, 17 % des familles sont monoparentales (même niveau que la France métropolitaine). Mais elles représentent 20 % des familles dans les Pyrénées-Orientales et 18 % dans l'Hérault.

Les plus jeunes et les plus âgés sont particulièrement touchés par la pauvreté. La région est au 1^{er} rang pour la pauvreté des moins de 30 ans (27 % contre 22 % pour la France métropolitaine) et au 2^{ème} rang pour celle des 75 ans ou plus (13 % contre 18 % pour la Corse et 10 % pour la France métropolitaine).

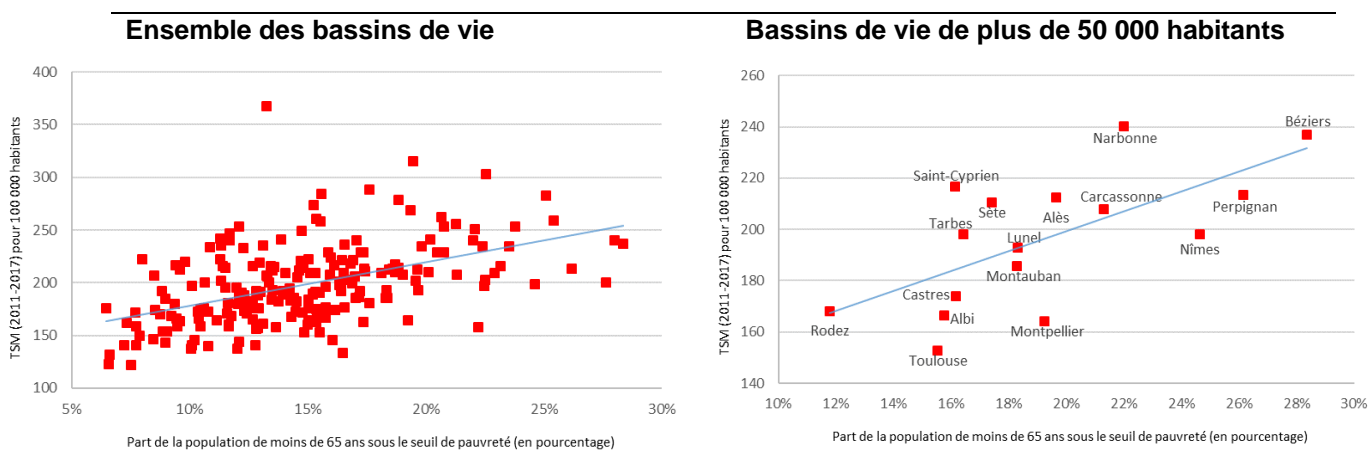
Les personnes les plus défavorisées ont un état de santé plus dégradé

Il existe une corrélation forte entre la part de la population de moins de 65 ans sous le seuil de pauvreté et la mortalité prématurée (mortalité avant 65 ans). Les bassins de vie avec un taux élevé de mortalité prématurée sont ceux présentant également un taux élevé de pauvreté.

La corrélation est d'autant plus forte si l'on restreint l'analyse aux bassins de vie les plus peuplés (plus de 50 000 habitants) (Figure 2).

Figure 2

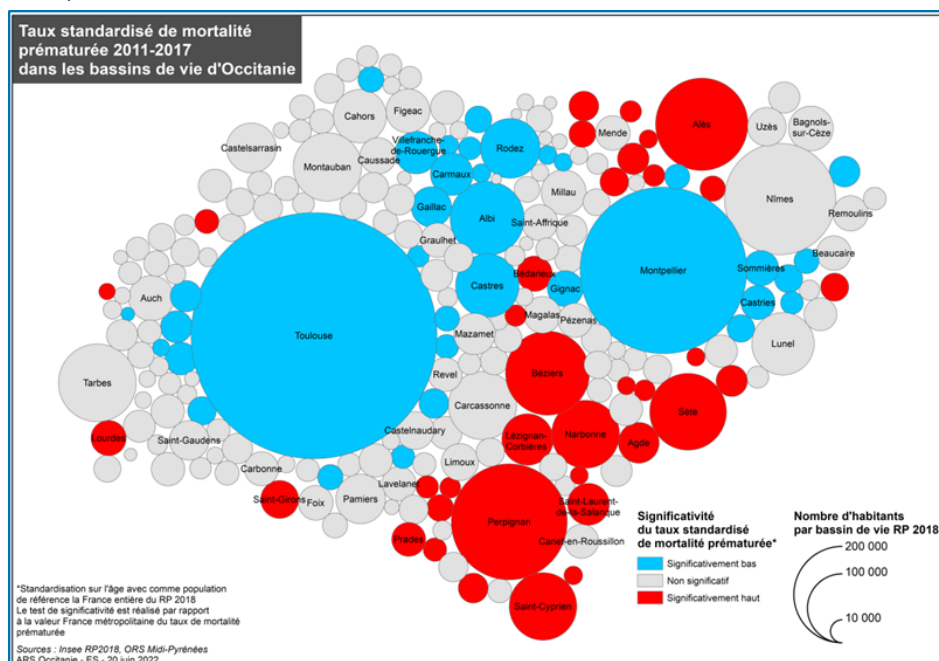
Taux standardisés de mortalité (TSM) prématurée (mortalité avant 65 ans, 2011-2017) et part de la population de moins de 65 ans sous le seuil de pauvreté en 2020 dans les bassins de vie de la région Occitanie



Sources : Inserm CépiDC, Insee – base régionale précarité 2020

Figure 3

Taux standardisés de mortalité (TSM) prématurée (mortalité avant 65 ans, 2011-2017) dans les bassins de vie d'Occitanie



En France, la protection universelle maladie permet, à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, la prise en charge de ses frais de santé.

Au 1^{er} novembre 2019, les dispositifs d'aide à la couverture santé ont été réformés, la CMU-C est devenue la Complémentaire santé solidaire (C2S) sans participation financière et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) a été remplacée par la C2S avec participation financière. Le plafond de ressources donnant droit à la C2S sans participation financière est de 753 euros par mois pour une personne seule. Pour la C2S avec participation financière, il est de 1 016 euros par mois pour une personne seule.

En 2020, près de 700 000 personnes sont bénéficiaires de la C2S dans la région, ce qui représente 12 % de la population, niveau un peu plus élevé que celui de la France (11 %). Cette population se concentre dans les grandes agglomérations principalement à l'est de la région (Figure 4), et représente une part particulièrement défavorisée de l'ensemble de la population vivant sous le seuil de pauvreté.

Pour ces bénéficiaires, la probabilité de bénéficier d'une exonération pour affection de longue durée (ALD), marqueur d'un état de santé dégradé, est plus élevée que pour le reste de la population, et notamment après 35 ans (Figure 4).

Figure 4

Les bénéficiaires de la C2S en Occitanie au 31 décembre 2020

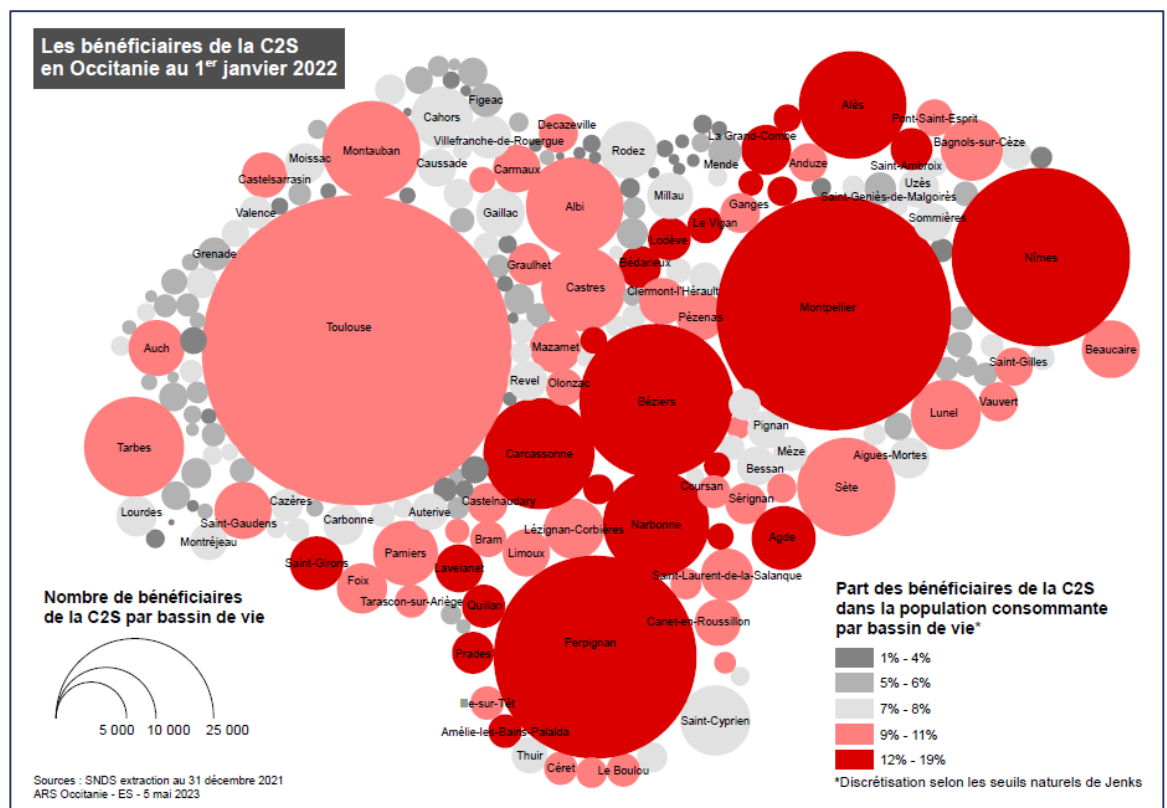
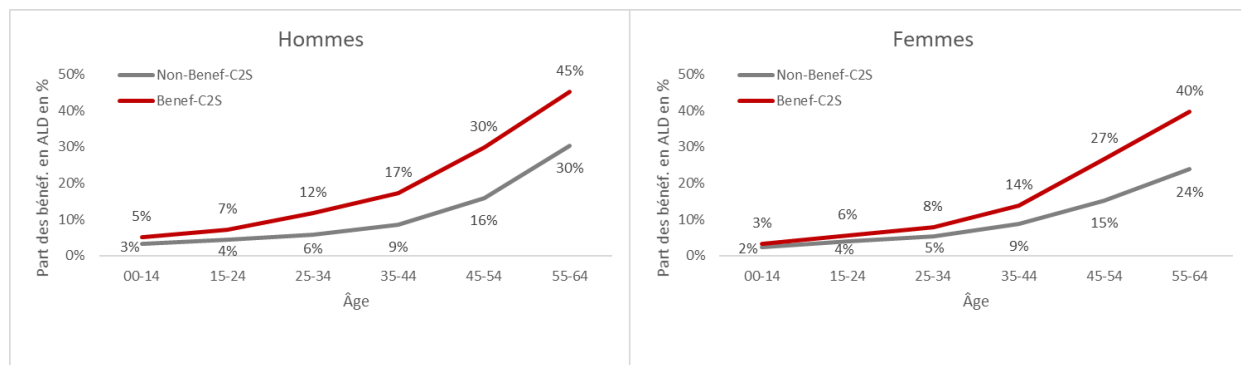


Figure 5 :

Part des bénéficiaires d'une ALD selon la présence ou l'absence de C2S en 2020 en Occitanie



Source : SNDS/DCIR, cartographie des pathologies G9 2020, bénéficiaires consommant tous régimes

Les déterminants de santé : une accumulation des facteurs de risques pour les personnes les plus défavorisées

Au-delà de ce constat, l'enjeu majeur est de mieux comprendre le lien qui existe entre pauvreté et état de santé. Plusieurs dimensions susceptibles d'agir sur la santé existent, allant de l'individu jusqu'aux conditions socioéconomiques, culturelles, environnementales, à l'échelle de la société. En épidémiologie sociale, on distingue classiquement dans les déterminants de la santé, les comportements dits « individuels », les déterminants socio-économiques (incluant les facteurs dits matérialistes

- expositions physiques, chimiques, spatiales - les facteurs psychosociaux - contraintes organisationnelles, hiérarchiques -) et le système de soins. Or, la distribution de ces facteurs est socialement différenciée, ce qui se caractérise par des conduites à risques, une exposition aux risques environnementaux et professionnels plus fréquente et un recours plus faible aux services de santé et aux soins dans les catégories moins favorisées.

Tableau 2

Quelques déterminants de santé au regard des catégories socio-professionnelles

	Cadres	Agriculteurs	Employés	Ouvriers
Expositions professionnelles¹				
Accidents de travail par millions d'heures de travail (%)	5%	-	19%	37%
Être exposé à au moins trois produits chimiques (%)	3%	-	5%	35%
Exposition au bruit de niveau > à 80 db(A) (%)	3%	-	3%	23%
Facteur multiplicatif du risque^{2,3}				
Alcoolisme	1	1,9	2,0	2,3
Tabagisme	1	1,5	1,4	1,8
Surcharge pondérale enfant	1	1,2	1,3	2,0
Diabète	1	1,3	1,6	1,9
Maladies psychiatriques	1	1,1	1,9	2,1
Maladies respiratoires chroniques	1	1,2	1,3	1,5

Sources : ¹ DGT-DARES, enquête Sumer 2017 / ² EDP-Santé 2017 / ³ SPF 2021

EN SYNTHÈSE

L'Occitanie est une région marquée par la pauvreté. Certaines populations sont particulièrement touchées : les plus jeunes et les plus âgées mais aussi les familles monoparentales et les familles nombreuses.

Or l'analyse de certains indicateurs d'accès aux soins et à la prévention met en évidence une corrélation entre les niveaux de pauvreté et la fréquence du recours aux soins et à la prévention.

La politique de santé mise en place dans la région pour être efficace doit prendre en compte les disparités territoriales ainsi que les difficultés d'accès aux soins des publics identifiés comme les plus fragiles.

ARTICULATION

entre précarités et les inégalités sociales de santé

1. Les ISS, qu'est-ce que c'est ? Quelle est l'origine des ISS ?	14
2. Les ISS, « c'est l'affaire de tous », (elles sont évitables).....	15
3. Comment peut-on agir ? Comprendre les mécanismes et les leviers	16
4. Des exemples concrets.....	17

ARTICULATION entre précarités et les inégalités sociales de santé

1. Les ISS, qu'est-ce que c'est ? Quelle est l'origine des ISS ?

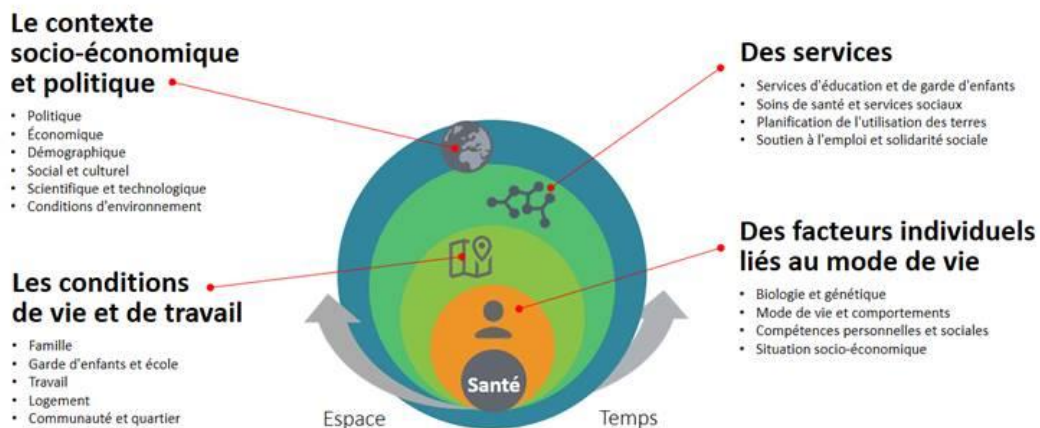
L'origine des Inégalités Sociales de Santé (ISS) réside dans un ensemble hétérogène de déterminants sociaux de la santé. Ces déterminants (voir schéma ci-après) découlent du contexte socio-économique et politique, des conditions de vie et de travail, de l'environnement,

des services disponibles (de santé, mais pas uniquement) et des facteurs individuels ou communautaires liés aux modes de vie et aux comportements.

Quelques indicateurs

Les déterminants sociaux de la santé et l'origine des inégalités

Selon l'OMS, il s'agit « des conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, et l'ensemble plus large des forces et des systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne » :



(Source : adapté de « La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir » - R.Castagné - 2012)

Les inégalités sociales de santé creusent les écarts sur l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé, accentuent certains risques (ex. : sédentarité, obésité, addictions, violences ...) et se révèlent face à la maladie, particulièrement en cas de pathologies chroniques (diabète, maladies cardio-vasculaires et respiratoires ...). Nous ne sommes pas tous égaux, il existe de réels « marqueurs sociaux » de notre état de santé.

Des expositions différentielles à l'environnement (pollution, nuisances sonores, ...) caractérisent aussi l'impact des conditions de vie, surtout dans la durée.

La position dans la hiérarchie sociale (gradient social) impacte l'état de santé et particulièrement le recours à la prévention et aux soins, que ce soit par difficulté d'accès, par renoncement ou autocensure lié(e) ou non à certains freins (culturels, linguistiques, éducation, littératie en santé, raisons financières, handicap ...) ou par refus de soins et de prise en charge émanant de professionnels de santé.

Des facteurs d'inégalités dans l'accès aux soins émergent soit « par omission » (une inertie du système de santé, dans lequel les inégalités de santé ne sont que peu prises en compte, peu de projets de correction ou d'ajustement des inégalités de santé), soit « par construction » (le fait de ne pas tenir compte des déterminants sociaux dans les lignes directrices sur la pratique des soins ou dans les programmes institutionnels pourrait maintenir ou accroître les inégalités).

Enfin, un facteur aggravant et pas suffisamment pris en compte est lié aux inégalités de genre (ex : « Ostéoporose et dépression chez l'homme », « Infarctus du myocarde et autisme chez la femme »).

Surtout, il est fondamental de comprendre et d'admettre que l'accès à l'offre de soins n'est pas le seul déterminant de la santé, et qu'il ne représente qu'une portion congrue de la réponse (environ 10 %). Au-delà de la multiplicité des facteurs impliqués dans la construction des ISS, leur effet cumulatif agissant tout au long de la vie, les systèmes de soins et de prévention ont souvent renforcé plus que réduit les ISS.

En résumé, il y a une vraie différence entre accès aux droits, à la prévention, aux soins « en théorie » et accès « en pratique ». C'est tout le sens des Inégalités Sociales de Santé et de leur prise en compte concrète, de manière systématique.

2. Les ISS, « c'est l'affaire de tous », (elles sont évitables)

Si différentes formes de précarité existent, qu'elles soient conjoncturelles (situations temporaires) ou structurelles (renouvellement, sans espoir d'en sortir, réel ou ressenti) en touchant certains publics spécifiques (SDF, migrants, travailleurs pauvres, familles monoparentales, étudiants ...), les Inégalités Sociales de Santé (ISS) touchent pour leur part l'ensemble de la population, à des degrés divers, en fonction du gradient social (position occupée dans la hiérarchie sociale). Ce dernier traverse l'ensemble de la société et est révélateur des dysfonctionnements avérés de notre système de santé, malgré les intentions affichées. Cette conception réfute donc l'idée d'une catégorisation binaire des publics et montre la présence d'une variabilité des états de santé depuis les catégories les plus favorisées de la population jusqu'aux populations les plus précarisées.

Les ISS sont par nature évitables, à condition d'en connaître les mécanismes et d'avoir la volonté politique d'agir sur les leviers mobilisables.

Elles nécessitent en premier lieu une sensibilisation, une acculturation, pour en faire un principe d'action et « l'affaire de tous », tant en interne ARS qu'en externe, avec l'ensemble des acteurs de santé et nos différents partenaires institutionnels, en premier lieu l'Education Nationale, pour agir le plus tôt possible (« Ecole promotrice de santé »).

La santé dans toutes les politiques (« Health in all policies ») ne doit plus demeurer un concept et trouver une traduction concrète, comme le recommande le Haut Conseil de la Santé Publique en préparation de la prochaine Stratégie Nationale de santé.

Les EIS (études d'impacts en santé) doivent se généraliser dans toutes les politiques sectorielles (travail, logement, urbanisme, transports, énergie, ...), afin d'identifier les effets potentiels d'un projet ou d'une politique sur la santé, pour ne pas aggraver les ISS. Contrairement à d'autres types d'intervention, l'évaluation d'impacts en santé ne vise pas à ajouter des actions supplémentaires aux politiques existantes, mais à examiner le projet pour débattre de conséquences potentielles sur la santé. Plusieurs principes sous-tendent la conduite d'EIS, telles que la participation de citoyens, la démocratie, l'équité ou encore une place égale accordée à l'ensemble des parties prenantes.

Il s'agit d'introduire une préoccupation pour la santé et l'équité en santé dans les décisions relevant de toutes les autres politiques.

Le nouveau PRS porte toujours l'ambition de lutter contre les ISS, ambition réaffirmée à l'occasion des travaux menés sous l'égide de la CRSA, d'autant plus que la crise sanitaire COVID couplée à une crise économique et sociale, a accentué ces inégalités, malgré la mobilisation et l'adaptation de l'ensemble des professionnels.

3. Comment peut-on agir ? Comprendre les mécanismes et les leviers

Dans le cadre des travaux de bilan et d'actualisation du Cadre d'Orientation Stratégique, il a été proposé une grille de lecture pour être plus efficace et se poser la question en amont de nos projets, de nos interventions, de nos actions, en quoi répondent-ils (elles) à des critères socle, afin de lutter contre les ISS.

Cette analyse, utile tant pour la conception que pour la mise en œuvre et le suivi des projets-actions, balaie les mécanismes, les leviers et les impacts attendus après prise en compte des ISS. La plupart du temps, c'est le comment (ciblage, priorisation, contenu et format des messages, modalités ex. : aller vers, santé communautaire/participative ...), qui doit être approfondi et précisé en tant que de besoin.

Trois pistes s'avèrent de fait incontournables pour agir et réduire ensemble les ISS :

- Agir de manière transversale et inter-institutions sur les déterminants sociaux de la santé (coordination et mise en synergie des politiques publiques)
- Agir tout au long de la vie de l'individu, avec une attention renforcée autour de toutes les périodes ou événements sensibles (adolescence, maternité, chômage, retraite ...)
- Partir des besoins des publics et y répondre de manière proportionnelle (« universalisme proportionné », avec un souci d'équité et non d'égalité), notamment en développant des actions « d'aller vers » au sens large (dispositifs hors les murs, mais aussi contact avec le public, en s'adaptant à ce public et non en lui demandant de s'adapter au système, en étant à son écoute).

Le contrat local de santé s'inscrit dans une approche globale visant à réduire les inégalités sociales et territoriales en agissant sur les déterminants de santé (transports, logement, urbanisme, petite enfance, loisirs...).

Ce sont les politiques publiques locales qui sont les meilleurs leviers pour agir sur les déterminants de santé. Ce sont donc, les élus et les acteurs du territoire qui ont le pouvoir pour agir directement sur la santé des habitants du territoire.

La région Occitanie compte en mars 2023, 29 CLS signés et 18 en préfiguration qui couvrent 53% de la population occitane.

En Occitanie, les CLS s'articulent autour des 4 thématiques suivantes touchant à la santé au sens large :

Les quatre volets de CLS ciblent les champs d'action marqueurs des ISS :

- Prévention et promotion de la santé (ex : améliorer le recours au dépistage)
- Accès aux soins (ex : l'émergence du Communauté Professionnelle Territoriale de Santé)
- Santé environnementale (ex : actions pour une alimentation durable)
- Santé mentale (appui du Conseil local de santé mentale)

Les Contrats Locaux de Santé (CLS) constituent par ailleurs un levier opérationnel et performant, en permettant à partir d'un diagnostic partagé avec les collectivités et les acteurs, d'identifier des priorités, de définir un programme d'actions répondant aux besoins locaux, pour lutter contre les Inégalités Territoriales de Santé, qui sont majoritairement corrélées avec les ISS.

4. Des exemples concrets

L'expérimentation Article 51 en cours concernant les **Structures d'Exercice Coordonné Participatives** (2 expérimentateurs en Occitanie) teste le modèle médico-économique adapté pour développer des activités participatives, avec du soutien psychologique (en complément de la mesure 31 du SEGUR), de la médiation en santé et si nécessaire des prestations d'interprétariat. Ces démarches de santé participative/santé communautaire sont déjà reconnues pour leur plus-value, car elles apportent des réponses pertinentes en adaptant le projet de santé de la structure aux besoins des usagers accueillis. En effet, la spécificité de la santé communautaire est de se baser sur une approche populationnelle et non individuelle et de promouvoir une vision globale et de proximité de la santé.

Cette expérimentation lancée en août 2021 (1ère phase) puis enrichie en mars 2022 (2ème phase) cible les publics précaires ou éloignés du système de santé et principalement les territoires défavorisés (Quartiers Politique de la Ville ou quartiers vécus).

Elle est en phase d'évaluation. Au terme de cette expérimentation (fin 2023), il sera décidé de la proroger ou de l'arrêter si elle ne s'avérait pas concluante, sachant qu'une période de transition (maximum 18 mois) est prévue pour gérer la bascule ou non dans le droit commun.

Via la **mesure 27 du SEGUR**, l'ARS avait pu lancer un Appel à Manifestation d'Intérêt fin 2021, qui a permis de sélectionner et de mettre en œuvre, en 2022, 17 projets contribuant concrètement à la lutte contre les ISS, sur l'un ou plusieurs des 4 axes suivants :

- La santé environnement et l'urbanisme favorable à la santé
- Les inégalités d'accès aux professionnels de santé et le non-recours aux soins
- La souffrance psychosociale et la santé mentale
- Les compétences psychosociales et la littératie en santé.

Un dispositif de suivi partagé de ces projets a ensuite été instauré afin d'encourager une dynamique et une synergie entre les opérateurs retenus, sous la forme d'un réseau d'échanges de pratiques et de capitalisation des expériences.

Le sujet de la petite enfance a fait l'objet de travaux priorités en ciblant la prévention primaire.

En effet, la **petite enfance** est une période cruciale pour prévenir, repérer et détecter des troubles, et ainsi réduire les ISS en soutenant des trajectoires plus favorables pour la santé de tous les enfants. Les travaux ont permis de créer des liens avec la PMI, la santé scolaire, l'Assurance Maladie, les CAF ..., partant du constat d'une prise en charge en silos et d'une insuffisance de moyens de coordination. Le principal objectif visé consiste à définir les conditions de mise en œuvre d'un réseau territorial gradué de réponse, à partir de l'étape initiale de repérage.

Le sujet de la petite enfance est aujourd'hui porté par de nombreuses politiques.

Le dispositif des 1 000 premiers jours vise à mieux accompagner les parents dans le contexte de l'arrivée d'un enfant. L'ambition est de lutter contre les inégalités en créant des conditions favorables au développement de l'enfant. Cette ambition passe par le développement des compétences psychosociales tout au long de la vie.

En effet, les inégalités sociales et territoriales de santé se construisent dans la petite enfance, donc il est important d'agir dès la petite enfance pour rompre les cycles intergénérationnels négatifs qui sont créés par des inégalités d'ordre sanitaire.

Les pratiques parentales sont influencées par le vécu des parents dont le stress, lui-même dépendant d'un ensemble de ressources et de capacités dont disposent – ou non – les parents.

Agir tôt dans la vie des enfants implique de soutenir les parents dans leur rôle, de les accompagner au quotidien.

Il est donc essentiel de mieux connaître leurs besoins, leurs attentes, leur expérience de la parentalité, leurs pratiques parentales, leur condition de vie pour s'adapter au mieux à leur besoin et à leurs attentes.

Éléments de définition

- **Les déterminants sociaux de la santé** sont liés aux facteurs individuels, aux modes de vie, aux conditions de travail, aux contextes socio-économiques, culturels et environnementaux. Il s'agit de facteurs sociaux et économiques qui influencent l'état de santé des gens.
 - Le **gradient social** est l'association entre le positionnement dans la hiérarchie sociale et l'état de santé. Il s'agit du phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale ont un meilleur état de santé que ceux directement en dessous d'eux et ainsi de suite.
 - **Principe de l'universalisme proportionné** : permet une intervention universelle avec une ampleur et une intensité proportionnelle au niveau de défaveur sociale (différence entre égalité et équité). Il s'agit de penser des interventions universelles, mais selon une échelle et une intensité proportionnelle au degré de défavorisation, afin de tendre à une égalité réelle.
- **La littératie en santé** peut se traduire comme la capacité de lecture et de compréhension, pour être en capacité d'agir, c'est-à-dire être à même de se forger un jugement et prendre une décision en termes de soins de santé, de prévention et de promotion de la santé. L'accès à la santé passe aussi par l'accès à l'information.

DESCRIPTION de l'offre

Description de l'offre
dans le champ de la santé précarité **21**

DESCRIPTION de l'offre

Description de l'offre dans le champ de la santé précarité

L'enjeu du PRS est de réduire les écarts de santé entre tous les groupes sociaux. Pour cela, il est nécessaire d'agir sur les conditions et les modes de vie qui restent les principaux déterminants de la santé tout en s'assurant que le système de santé puisse être accessible à tous et dans les mêmes conditions.

Au-delà de cette politique globale, des actions spécifiques en direction des publics les plus précaires et par conséquent les plus éloignés des soins et de la prévention sont nécessaires. Par des mesures spécifiques, l'objectif est de permettre aux personnes les plus démunies d'accéder de manière progressive au système de santé et médico-social de droit commun.

Ces dispositifs, dit passerelles, ont pour objectif de rendre accessible la couverture sociale pour la prise en charge financière des soins, mais aussi en termes de droits sociaux. De plus, ils ont pour mission d'inscrire (ré inscrire) les personnes dans un parcours de soins et médico-social adapté.

PASS (Instruction n° DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS)) :

Permanence d'Accès aux Soins de Santé : permet une prise en charge médicale et sociale pour des personnes ayant besoin de soins mais ayant du mal à y accéder, du fait de l'absence de protection sociale, de leurs conditions de vie ou de leurs difficultés financières. Elle donne accès à des consultations de médecine générale ou spécialisée.

Il s'agit de dispositifs hospitaliers ambulatoires, qui se situent à l'interface des champs sanitaire et social.

- **PASS buccodentaire** : La PASS exclusivement buccodentaire est dédiée à l'accueil des patients ayant besoin de soins et y renonçant pour des raisons financières, en plus de l'absence de couverture médicale ou du fait d'une couverture médicale partielle, ne donnant pas accès au panier de soins. Elle permet une prise en charge thérapeutique globale intégrant dans ses missions de soins la réhabilitation prothétique en référence au panier de soins issu de la loi portant la création de la complémentaire santé solidaire (C2S). Elle dispose d'une équipe entièrement dédiée à cette activité. Elle est autonome de toute autre PASS. Elle a une plus grande capacité de prise en charge au regard des besoins de soin des patients que la PASS généraliste avec activités buccodentaires. Elle est en capacité d'orienter les patients vers une PASS généraliste pour tout autre soin somatique.
- **Parcours dédié aux mères et enfants** en PASS hospitalière : le parcours dédié aux mères et enfants en PASS mobilise une équipe pluridisciplinaire avec des temps identifiés consacrés à ces activités (des pédiatres, gynécobstétriciens, médecins généralistes, sage-femmes, puéricultrices, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, auxiliaires de puériculture ...) ayant une expérience ou suivi des formations appropriées (en santé publique, santé de la mère et de l'enfant, santé environnementale, en prise en charge du handicap, en protection de l'enfance, en interculturelité, en santé des migrants ou des publics confrontés à la précarité...).

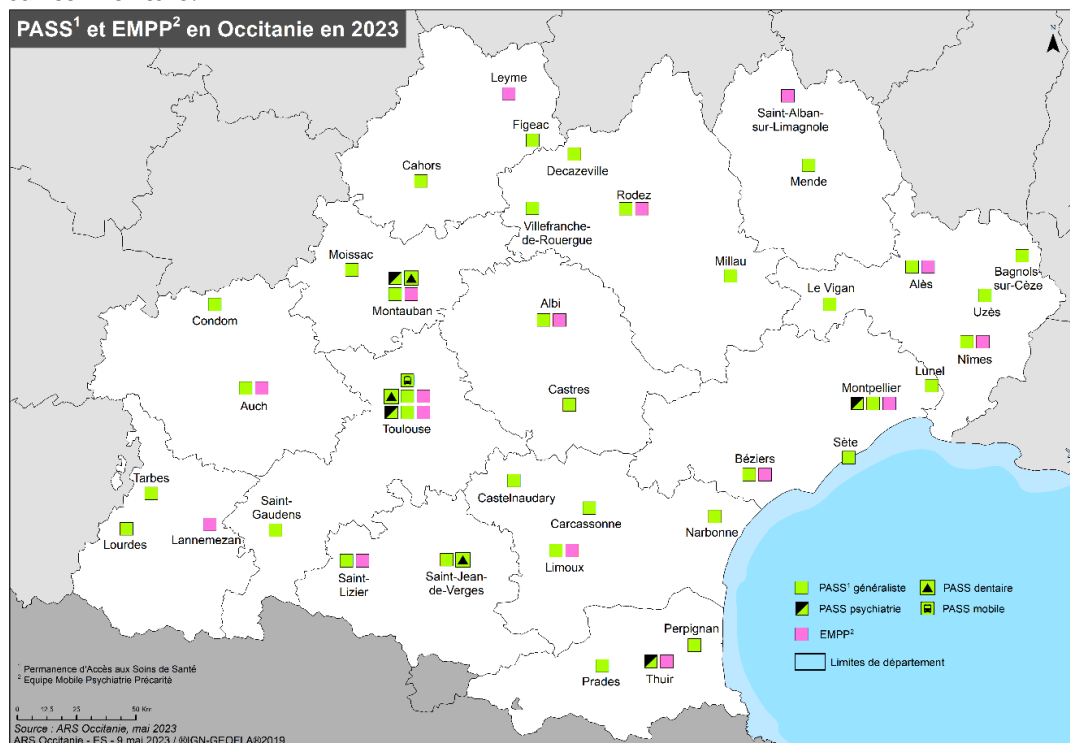
— **PASS de ville** (en attente du cahier des charges définitif - certaines structures faisant déjà office de PASS de ville : Organisation du premier accès à un parcours de soins dans le droit commun, par des consultations auprès des acteurs du 1er recours en médecine de ville avec pour objectifs d'améliorer l'accès des personnes démunies au dispositif d'accès aux soins de 1^{er} recours en ville et de promouvoir dans le secteur ambulatoire les actions alliant prise en charge médicale et accompagnement social, de lutter contre le non recours, et d'éviter le report des soins ambulatoires vers l'urgence.

Certaines structures font déjà office de PASS de ville, mais ne sont pas reconnues et pas labellisées comme telles. Les « PASS de ville » peuvent s'appuyer sur différentes modalités d'organisation : structure ad hoc, pouvant par exemple être portée par une association, ou modalité d'intervention au sein de structures déjà existantes (MSP, Centres de santé notamment).

EMPP

(Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1 B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie) :
 Equipe Mobile Psychiatrie Précarité : est un dispositif de prévention permettant d'éviter de laisser sans réponse des personnes en grande difficulté face à l'accès aux soins dans le champ de la santé mentale.

Elles s'adressent à la fois aux personnes en grande précarité sociale et médicale, dont les difficultés les empêchent d'accéder aux soins (absence ou refus de soin), mais également aux professionnels du social, du sanitaire, du médico-social ayant besoin d'un appui en termes d'orientation et / ou de prise en charge en santé mentale. Les EMPP sont le complément psychiatrie /santé mentale des Permanences d'accès aux soins.



LHSS

(Circulaire DGAS/SD.1A no 2006-47 du 7 février 2006 relative à l'appel à projet national en vue de la création de structures dénommées « lits halte soins santé ») :

Lits Halte Soins Santé : offrent une prise en charge sanitaire et sociale à des personnes sans domicile fixe dont l'état de santé physique ou psychique nécessite des soins ou un temps de convalescence sans justifier d'une hospitalisation. Ils permettent aux personnes accueillies d'être hébergées en bénéficiant d'un suivi thérapeutique et selon les besoins d'un accompagnement social.

Le public accueilli concerne des personnes sans domicile, obligatoirement majeures, quelle que soit leur situation administrative, présentant des problèmes de santé bénins dont l'absence de domicile génère, soit une rupture dans la continuité des soins, soit une aggravation de leur état de santé.

- **LHSS de jour** : (Décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques). Lits Halte Soins Santé : Il s'agit d'une mission complémentaire pour une structure détenant déjà une autorisation LHSS. La prise en charge est semblable à un LHSS classique sans que les personnes y soient hébergées.
- **LHSS mobiles** (Décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques). Lits Halte Soins Santé mobiles : Il s'agit d'une mission complémentaire d'aller vers pour une structure détenant déjà une autorisation LHSS. Cette mission exercée par une équipe mobile permettra de ramener vers les soins des personnes qui en sont particulièrement éloignées (les personnes en rupture de soins, celles sans couverture maladie ou bien celles avec une couverture partielle etc.) en les accompagnant également dans la reconnaissance et l'accès à leurs droits.

LAM

Lits d'Accueil Médicalisé : prennent en charge toute personne à la rue nécessitant un suivi médical et/ou hospitalier régulier.

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

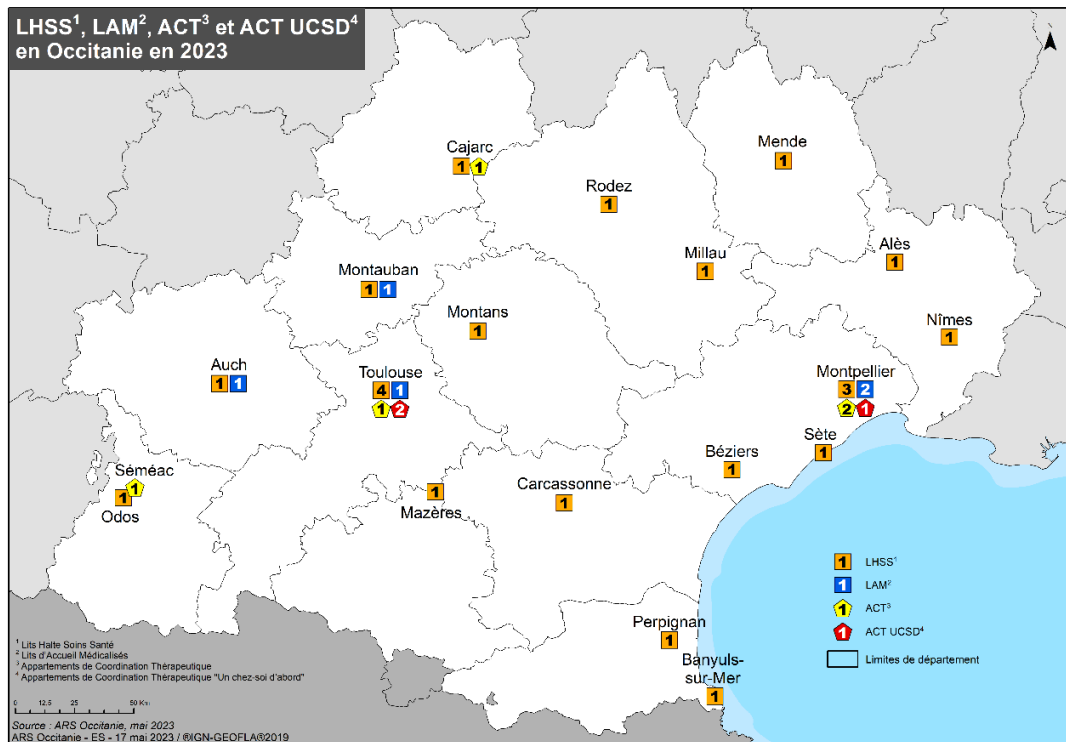
ACT

(Circulaire DGS (SD6/A)/DGAS/DSS n° 2002-551 du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique) :

Appartement de Coordination Thérapeutique (avec hébergement) : contribuent à répondre aux besoins de prise en charge de personnes atteintes de maladies chroniques en situation de fragilité psychologique et/ou sociale, nécessitant des soins et un suivi médical. Il s'agit de structures qui hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical. Ces structures ont pour objectif d'optimiser une prise en charge médicale, psychologique et sociale, par la mise en œuvre d'une coordination globale.

– **ACT HLM** : Appartement de Coordination Thérapeutique "Hors Les Murs" : est une modalité d'accompagnement qui s'inscrit dans une approche « d'aller-vers ». Il répond au besoin de déployer des interventions pluridisciplinaires au sein de toutes formes d'habitat et vise à répondre de manière mieux adaptée aux besoins des usagers les plus éloignés de l'offre de soins et des dispositifs de prévention. La prise en charge est semblable à celle des ACT avec hébergement. Cette modalité d'accompagnement est réservée aux structures disposant préalablement d'une autorisation ACT avec hébergement.

– **UCSD** : Un Chez Soi d'Abord (adultes, jeunes, villes moyennes ou zones rurales) : Il s'agit d'une nouvelle forme d'ACT et qui est définie par un accès à un logement en diffus. Dans ce cadre, ces ACT doivent être exclusivement dédiés à des personnes majeures, durablement sans-abri et atteintes d'une ou de plusieurs pathologies mentales sévères.



EMSP

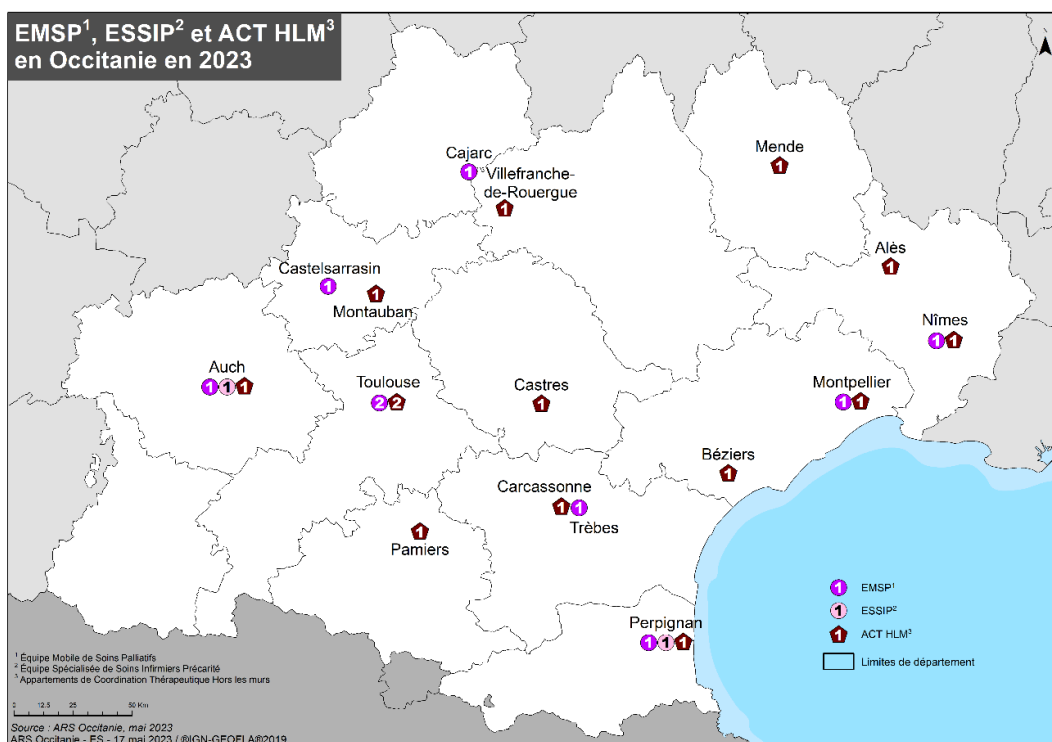
(Décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques): Equipe Mobile Santé Précarité : Elle permet d'aller à la rencontre de personnes en situation de grande précarité ou très démunies, là où elles vivent, et de mettre en œuvre des modalités d'accompagnement dans une approche « d'aller vers », quelle que soit leur situation administrative.

Ces équipes dispensent des soins adaptés, réalisent des bilans de santé, concourent à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accompagnées, proposent un accompagnement global adapté aux besoins des personnes. Elles ont un rôle d'interface avec les acteurs du champ sanitaire, médico-social et social et assurent des actions de prévention, de médiation et de prise en charge globale pour favoriser l'orientation des personnes vers les établissements, services et professionnels adaptés.

ESSIP

(Décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques): Equipe Spécialisée de Soins Infirmiers Précarité : Ce sont des dispositifs médico-sociaux qui dispensent, sur prescription médicale, des soins infirmiers et des soins relationnels à des personnes en situation de grande précarité ou à des personnes très démunies.

Elles visent à répondre aux problématiques des publics spécifiques accueillis dans les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion (ex : centre d'hébergement d'urgence, centre d'hébergement et de réinsertion sociale, pensions de famille et résidences sociales...) ou encore dans des lieux de vie informels (camps, squats, bidonvilles...).



CSAPA

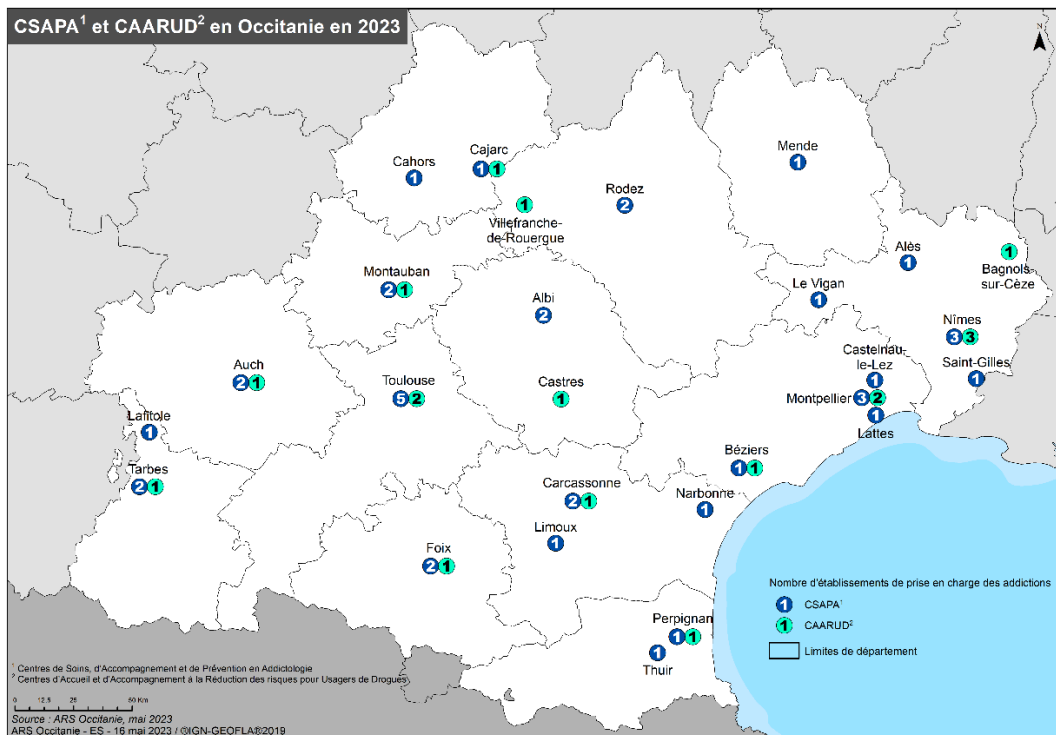
(Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, 2 d'accompagnement et de prévention en addictologie) :

Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie : assure, pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives ainsi que pour leur entourage l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage mais également a prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative.

CAARUD

(Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) :

Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues : s'adresse à des personnes qui ne sont pas forcément engagées dans une démarche de soin, ou qui sont exposées à des risques majeurs (accidents, infections – notamment hépatite C et VIH, etc.) du fait de leurs modes de consommation ou des produits consommés. Une attention particulière est portée aux usagers les plus marginalisés.



EN SYNTHÈSE

Confronté à un système où les inégalités sociales de santé sont prégnantes, le PRAPS Occitanie s'attache à répondre à plusieurs objectifs, dont le principal est celui d'orienter les actions de l'ARS afin de favoriser l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et au système de santé, et de construire de la cohérence dans le parcours de santé des personnes les plus démunies. Sa lisibilité et sa visibilité seront les gages de sa réussite.

Le PRAPS, en plus d'être un moyen de valorisation des actions existantes, se doit avant tout d'être un outil de concertation et de coordination d'actions. En effet, la grande majorité des déterminants de la santé des populations ne relèvent pas directement de la compétence de l'ARS. L'hébergement, le logement, l'alimentation, l'accès à une couverture maladie, l'éducation, l'emploi ou encore le revenu sont d'autant plus de raisons de travailler ensemble dans le but de renforcer un accès à la prévention et aux soins pour tous et une réelle efficacité des politiques publiques. Le PRAPS apparaît comme un outil pédagogique pertinent pour appuyer la nécessité d'une approche transversale et pluridisciplinaire dans le but de mieux prendre en compte les questions de précarité.

Il s'agira sur les cinq ans à venir de faire progresser l'accès ainsi que la qualité des prises en charge et de la prévention auprès des personnes en situation de précarité, mais également de mieux prendre en compte les risques pouvant amener les personnes à basculer dans des situations de précarité.

Les objectifs découlant de ces défis peuvent être spécifiquement dédiés à certaines populations démunies ou à des problématiques spécifiques rencontrées sur un territoire particulier ; mais de manière globale, ils s'attachent à mieux adapter l'ensemble du système de santé et de prévention aux réalités sociales, qui sont autant d'obstacles pour les personnes les plus démunies.

L'ARS sera particulièrement vigilant aux effets pervers qu'entraîne le renoncement aux soins, le non-recours au sens large (notamment aux actions de prévention promotion de la santé) et à une meilleure adaptation de l'offre de soins de premier recours envers ces publics.

Il a été démontré que la discontinuité dans les parcours de santé et de vie des personnes démunies occasionne de véritables ruptures de prises en charge. Ce document étant un programme transversal, il sera donc garant d'une politique visant à rendre des parcours de santé plus fluides et plus compréhensibles. Cela se fera notamment par la promotion d'un accompagnement pluridisciplinaire, au plus proche de la réalité de vie des personnes en situation de précarité, et par une meilleure articulation entre les différents maillons de la chaîne.

Les questions posées par la précarité et l'intrication avec le social sont en effet trop complexes pour être traitées uniquement par l'approche santé. Il s'agira alors d'harmoniser les pratiques, de coordonner les prises en charge, de rendre plus cohérentes les actions et les politiques.

Enfin, il est nécessaire de rappeler que le PRAPS est un programme régional dont la mise en œuvre et le déploiement nécessitent un ancrage sur le terrain, au cœur même des territoires. Les délégations départementales de l'ARS jouent un rôle majeur, à la fois dans l'élaboration et la mise en œuvre de ce programme. Les caractéristiques de la précarité varient fortement d'un territoire à l'autre. Le PRAPS s'attache en conséquence à prendre en compte les spécificités des situations locales et leurs acteurs, la même offre ne pouvant être calquée sur les 13 départements de la région Occitanie.

NOS ENGAGEMENTS

défis prioritaires et objectifs opérationnels au plan régional

Dynamiser et adapter la prévention et la promotion de la santé aux âges clés et aux milieux de vie	29
Accompagner chaque personne pour lui permettre d'être actrice de sa santé.....	37
Renforcer l'accès pour tous à une prise en charge adaptée aux besoins de santé sur l'ensemble des territoires	40
Renforcer la coordination des acteurs pour assurer la continuité des prises en charge.....	46
Soutenir l'attractivité des métiers de la santé.....	53

1

Dynamiser et adapter la prévention et la promotion de la santé aux âges clés et aux milieux de vie

DÉFI #3

Adapter la stratégie de prévention et promotion de la santé aux besoins des publics prioritaires dont les publics vulnérables..... **30**

DÉFI #4

Renforcer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoce..... **34**

DÉFI #3

Adapter la stratégie de prévention et de promotion de la santé aux besoins des publics prioritaires dont les publics vulnérables

Les enjeux

Leviers de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, la prévention et la promotion de la santé doivent permettre aux populations, et notamment les plus vulnérables, d'éviter ou de réduire les risques de maladies et/ou de handicaps, et de favoriser la maîtrise de leur santé et de l'ensemble de ses déterminants.

Tout en conservant le principe « d'universalisme proportionné », la stratégie de prévention et de promotion de la santé doit être adaptée aux besoins des publics prioritaires, par le déploiement ciblé tant des messages que des interventions, afin de renforcer les aptitudes des personnes visées par ces actions et de leur permettre de faire des choix éclairés.

Les objectifs opérationnels

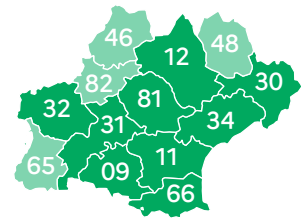
- Remobiliser le dispositif du service sanitaire des étudiants en santé (SSES)
- Renforcer les démarches d'« aller vers » en prévention et promotion de la santé, notamment pour les personnes en situation de précarité
- Faciliter et développer le recours à l'interprétariat professionnel

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
PRAPS

Parcours associés

Santé mentale
Parents et enfants vulnérables



**Objectif
Opérationnel
#6**

Remobiliser le dispositif du service sanitaire des étudiants en santé (SSES)

Le défi à relever

Adapter la stratégie de prévention et promotion de la santé aux besoins des publics prioritaires dont les publics vulnérables

Les constats

Le **service sanitaire** des étudiants en santé déployé à partir de la rentrée 2018 est entré dans son "rythme de croisière", malgré la période de la crise COVID qui avait généré beaucoup d'interventions en distanciel, au détriment des interactions apprenantes entre les étudiants et le public ciblé. L'évaluation du HCSP (juillet 2022), sans remettre en cause le dispositif, a mis en exergue l'importance de le recentrer sur sa vocation pédagogique (plutôt que d'attendre un bénéfice réel pour les publics) et a apporté des recommandations qui n'ont pas encore fait l'objet d'un portage national pour faire évoluer le dispositif au regard des enjeux. Une plus grande complémentarité est notamment attendue entre les programmes locaux de prévention promotion de la santé (ARS, Education Nationale, collectivités territoriales, Assurance Maladie ...) et les interventions réalisées dans le cadre du service sanitaire, afin de renforcer et valoriser l'écosystème régional.

L'objectif

L'objectif premier consiste à mieux communiquer sur les possibilités offertes par le service sanitaire, en diversifiant les structures d'accueil et les thématiques abordées (santé environnement, santé mentale, ...). L'objectif second vise à concrétiser l'inter-filiarité, toujours recherchée, mais difficile à mettre en œuvre lorsque les conditions ne sont pas réunies. Par exemple, la création d'une Unité de Formation et de Recherche (UFR) Santé est facilitante pour associer les différentes filières médicales. Sans une coordination dédiée (ex. : en héli-région), il est difficile d'atteindre l'objectif de mixer les futurs professionnels et ainsi d'anticiper de futurs exercices coordonnés.

Les résultats attendus

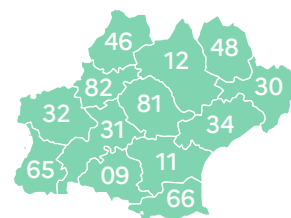
- Elargissement des thématiques et des structures d'accueil
- Inter-filiarité en voie de généralisation (plan d'actions)
- Augmentation du taux de répondants (étudiants) à l'enquête en ligne annuelle sur les actions réalisées dans le cadre du SSES

En pratique

Guide (recommandations) sur les conditions de réussite de l'inter-filiarité MOOC Service sanitaire (IREPS)

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
Santé environnement
PRAPS



Chiffres-clés

6 filières
3400 étudiants

Renforcer les démarches d'« aller vers » en prévention et promotion de la santé, notamment pour les personnes en situation de précarité

Le défi à relever

Adapter la stratégie de prévention et promotion de la santé aux besoins des publics prioritaires dont les publics vulnérables

Les constats

Depuis la crise sanitaire du Covid 19, isolant davantage les populations les plus vulnérables, la démarche d'« aller vers » est devenue incontournable. S'appuyant sur un respect du libre-arbitre des personnes, elle s'adresse tant aux personnes éloignées du système de santé sans attendre qu'elles expriment une demande d'aide qu'à tout collectif empêché ou isolé en leur apportant informations, accès aux dépistages et conseils en promotion de la santé. Si de multiples acteurs mettent déjà en place des démarches d'aller-vers, ils ne couvrent pas à ce jour l'ensemble des besoins et doivent évoluer pour :

- Renforcer leur expertise en matière de lutte contre le renoncement et la non-adhésion, les ruptures de parcours de soins de plus en plus complexes, la stigmatisation, ainsi qu'en matière de prise en charge sociale, psychologique, en addictologie, en santé sexuelle... ;
- Faire face à l'émergence de nouveaux publics, liée notamment à la montée de nouvelles formes de précarité,
- Prendre en compte les évolutions du système de santé : réorganisation de l'offre de soins primaire et des réseaux de santé, émergence de nouvelles formes de prise en charge, dématérialisation des droits.

Ces évolutions doivent être accompagnées d'une coordination renforcée des dispositifs afin de couvrir au mieux les besoins territoriaux identifiés, de ne pas construire de « nouvelles réponses » en dehors du droit commun, mais d'obtenir la confiance et l'adhésion des personnes, qui puissent les ramener vers les dispositifs de droit commun.

L'objectif

- Faire connaître et renforcer le recours des personnes éloignées du système de santé aux informations, droits, soutien et services dont elles pourraient avoir besoin,
- Renforcer l'accessibilité à tous les dispositifs de droit commun,
- Réduire les risques de dommages sanitaires et sociaux auxquels ces personnes pourraient être exposées,
- Renforcer la capacité de ces personnes à se rendre par elles-mêmes dans les structures de droit commun, en renforçant leur autonomisation,
- Contribuer à l'adaptation de l'offre de prévention, de promotion de la santé et de soins du système de droit commun pour améliorer l'accueil, le parcours et la prise en charge des personnes.

Les résultats attendus

Restauration de la relation de confiance des personnes visées

Réduire le non-recours aux droits

Réduction des inégalités avant que les difficultés ne soient installées, dans un objectif de repérage et de prévention

Promotion des droits fondamentaux et de l'autonomie des personnes

Couverture territoriale des démarches d'aller vers

En pratique

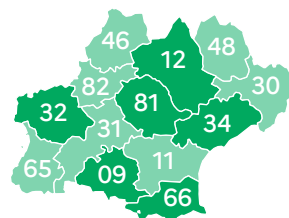
Projet Proxi-santé (82) - Préventim (65) - Bus dentaire (32) - Camion "Bon été bons réflexes santé en Occitanie" - Bus hydrogène (81) - MDA hors les murs - GEM hors les murs,

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
PRAPS

Parcours associés

Santé mentale



Chiffres-clés

Des taux de non-recours souvent supérieurs à **30%** en France avec comme motifs de non-recours : **37%** des personnes citant le manque d'informations sur les aides ou les organismes, **22%** des démarches administratives trop complexes, **17%** la crainte des conséquences négatives (contrôle, perte de droits) et **15%** la volonté d'autonomie et le refus d'assistance

**Objectif
Opérationnel
#8**

Faciliter et développer le recours à l'interprétariat professionnel

Le défi à relever

Adapter la stratégie de prévention et promotion de la santé aux besoins des publics prioritaires dont les publics vulnérables

Les constats

Une des clés d'entrée dans le système de santé, pour les personnes allophones et particulièrement pour le public des migrants, réside dans le développement de l'**interprétariat professionnel**, insuffisamment mobilisé faute de moyens adaptés (humains et/ou financiers). Le modèle économique n'est toujours pas stabilisé depuis le rapport IGAS (avril 2019) et les modalités de mise en œuvre (solutions en présentiel, en distanciel téléphone ou visio) sont hétérogènes et résultent d'initiatives individuelles non coordonnées, dont la pérennité n'est pas assurée.

Les professionnels du premier recours (notamment ceux en exercice coordonné) sont les plus en demande.

L'objectif

L'objectif visé est de renforcer l'autonomie des personnes confrontées à plusieurs barrières (dont celles de la langue) dans l'accès aux droits, à la prévention et aux soins. L'interprétariat peut utilement être couplé à la médiation en santé (création d'un lien de confiance) et doit aussi permettre de s'assurer du consentement libre et éclairé des personnes, en leur fournissant les informations nécessaires à leurs décisions et en préservant le secret médical. La fonction d'interprète gagnerait aussi à être spécialisée sur certaines problématiques nécessitant des compétences ciblées et avancées (ex. : santé mentale). Dans l'accès au droit commun, les soins primaires doivent être priorités dans le recours à l'interprétariat.

Les résultats attendus

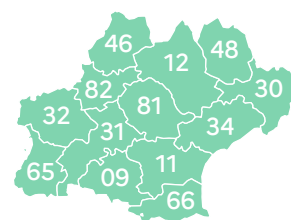
- Une stratégie visible et partagée, pour aider les professionnels (de santé et autres ex. médiateurs en santé ...), dans le choix des solutions et le recours à ces solutions
- Un réseau identifié d'interprètes et/ou de solutions d'interprétariat

En pratique

Expérimentation SECPA (art. 51), projets AMI ISS (dont le projet emblématique e-CaRe CHU Toulouse ...) ...

Thèmes associés

PRAPS



DÉFI #4

Renforcer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces

Les enjeux

Au-delà de l'adaptation des actions de prévention et de promotion de la santé, pour nombre de pathologies, l'efficacité de la prise en charge repose sur un diagnostic précoce.

Ainsi, les notions de repérage et de dépistage sont indispensables, si elles sont effectivement suivies d'une orientation et d'un travail partenarial en réseau, dans un cadre pluridisciplinaire et pluri-institutionnel.

Cet engagement de précocité repose sur la sensibilisation et la formation de l'entourage des personnes : aidants, professionnels de l'éducation et de la petite enfance, professionnels de santé, professionnels intervenant à domicile ... voire l'utilisateur lui-même.

Dans la mesure où une prise en charge tardive peut entraîner des sur-handicaps ou une situation de perte d'autonomie et de dépendance, c'est-à-dire une accentuation des troubles non réversibles et donc une perte de chance, la mise en place de dispositifs de repérage et de dépistage adaptés, accessibles et lisibles pour la population et les professionnels permet d'éviter l'aggravation des inégalités de santé.

Les objectifs opérationnels

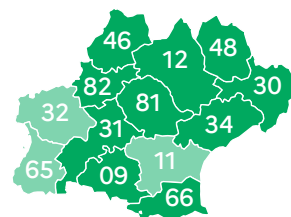
- Mieux repérer et orienter/accompagner les personnes en souffrance psycho-sociale, voire celles atteintes de troubles psychiques
- Encourager un repérage de la vulnérabilité plus systématique lors des passages dans les établissements de santé (publics et privés), pour une prise en charge adéquate

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
PRAPS
Violences et santé

Parcours associés

Santé mentale
Parents et enfants vulnérables
Cancer
Vieillesse
Handicap



**Objectif
Opérationnel
#4**

Mieux repérer et orienter/accompagner les personnes en souffrance psycho-sociale, voire celles atteintes de troubles psychiques

Le défi à relever

Renforcer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces

Les constats

Les liens entre troubles psychiques et précarité sont complexes, car ces deux fragilités se nourrissent l'une l'autre. Les troubles psychiques participent à la précarisation et les situations de précarité sont à l'origine d'une souffrance psychique importante et d'une aggravation des troubles.

En effet, les troubles psychiques tendent à précariser les personnes en altérant leurs capacités relationnelles et sociales ; la précarité est source de souffrance et de stress et tend à fragiliser les personnes sur le plan psychique.

La surreprésentation des troubles psychiques au sein de la population en situation de précarité n'est plus à démontrer à ce jour.

L'objectif

L'objectif est de mettre en place des organisations pluridisciplinaires et coordonnées permettant des réponses globales à ces besoins complexes. Il s'agit de mobiliser l'ensemble des professionnels intervenant auprès de ces personnes en assurant un repérage de ces situations et une prise en charge dans le droit commun.

L'objectif visé est également celui d'éviter l'isolement des professionnels intervenant auprès de ces publics. Il s'agit de former les professionnels à un premier niveau de repérage et à une meilleure connaissance du champ de la santé mentale, dans une optique d'orientation.

Les résultats attendus

- Un accès facilité des personnes cumulant précarité et troubles psychiques aux droits, aux soins et à des prestations adaptées.
- Une meilleure diffusion des bonnes pratiques partagées par l'ensemble des professionnels de santé et sociaux intervenant auprès des publics en situation de précarité porteurs de troubles psychiques.

En pratique

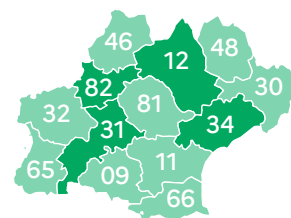
- Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) encadrées par une circulaire de 2005 (actualisation du référentiel national en cours, horizon 2023) et situées à l'interface de la psychiatrie et du champ social. Elles visent à favoriser l'accès aux soins des personnes très précaires souffrant de troubles psychiques
- « Un chez-soi d'abord », déclinaison du programme « Housing First », ce modèle, s'appuie sur les principes du rétablissement et s'adresse à des personnes durablement sans domicile et vivant avec des troubles psychiatriques sévères
- Des espaces de soutien et d'activités collectifs, de partage entre pairs tels que les GEM
- Mesure 9 des Assises de la Santé Mentale et de la Psychiatrie (déploiement de psychologues)
- Formation des travailleurs sociaux

Thèmes associés

PRAPS

Parcours associés

Santé mentale



Encourager un repérage de la vulnérabilité plus systématique lors des passages dans les établissements de santé (publics et privés), pour une prise en charge adéquate

Le défi à relever

Renforcer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces

Les constats

La complexité inhérente à la notion de vulnérabilité rend son repérage plus difficile. Or, sur un plan sanitaire, ces populations sont particulièrement concernées par des problématiques de santé. Elles présentent des indicateurs de santé plus mauvais, notamment en termes de mortalité, de morbidité ou d'état de santé ressenti, que le reste de la population. Leur passage dans les établissements de soins est un moyen d'identifier et d'évaluer la vulnérabilité dans sa globalité, afin d'anticiper les risques de dégradation de leur état de santé.

L'objectif

Il s'agit d'améliorer la capacité du système de santé, en particulier des établissements sanitaires, à mieux repérer et prendre en charge les personnes en situation de vulnérabilité.

Pour cela, il faut développer la formation au repérage des vulnérabilités, en s'appuyant sur des indicateurs permettant d'appréhender le caractère multidimensionnel de la précarité :

- Absence ou incomplétude de couverture maladie
- Absence de logement stable ou hébergement précaire
- Absence de ressources
- Difficulté à s'orienter
- Passages répétés aux urgences
- Grande vulnérabilité (mineurs, femmes enceintes, personnes isolées, victimes de violence ...)

Les résultats attendus

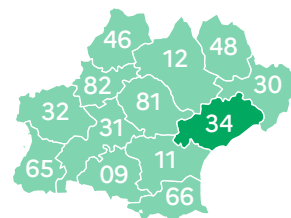
Un meilleur fléchage, usage et suivi de l'ex MIG Précarité (dotation Précarité inscrite dans le FIR aujourd'hui).

En pratique

- Mise en place du score EPICES (score individuel de précarité utilisé dans les Centres d'Examens de santé)
- Grille diabète Occitanie
- Outil ENVU (questionnaire de repérage de la vulnérabilité sociale et sanitaire en pédiatrie)
- Grille en Santé Environnement (identifier et analyser la place des ISS dans les projets d'éducation et de promotion de la Santé Environnement)

Thèmes associés

PRAPS



2

ENGAGEMENT

Accompagner chaque personne pour lui permettre d'être actrice de sa santé

DÉFI #1

Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et leur connaissance du système de santé 38



DÉFI #1

Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et leur connaissance du système de santé

Les enjeux

Renforcer le pouvoir d'agir des personnes en leur apportant des informations et/ou des outils qui les aident à mieux comprendre notre système de santé et le rôle de chacun des acteurs auxquels elles peuvent faire appel lorsqu'elles ressentent un besoin de santé est un enjeu maintes fois exprimé, par les personnes rencontrées lors des concertations menées pour l'élaboration du projet régional de santé qu'il s'agisse des habitants, des usagers*, des professionnels du système de santé ou des élus.

Il s'agit aussi d'accompagner les personnes à adopter des attitudes ancrées dans leur vie quotidienne afin qu'elles préservent leur santé et sollicitent le système de santé à bon escient, contribuant ainsi à améliorer son utilisation.

La clarté de la communication est un enjeu en soi, pour que les informations transmises soient comprises par les différents publics qui font la diversité de la population de notre région. Adapter la communication et aller vers en particulier en direction des publics qui rencontrent des difficultés avec l'écrit ou le numérique est essentiel.

**Dans ce défi, à chaque fois que le terme usager est utilisé il regroupe les patients, les personnes accompagnées, les proches-aidants et les associations qui les représentent*

Les objectifs opérationnels

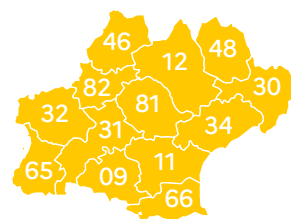
- Développer le « faire avec » dans la mise en place des projets de prévention et de promotion de la santé (co-construction)

Thèmes associés

Personne, usager, citoyen
Prévention, promotion de la santé
PRAPS
Soins primaires
Urgences et soins non programmés
Qualité, sécurité, pertinence
Transformation numérique

Parcours associés

Cancer
Handicap
Maladies chroniques
Parents et enfants vulnérables
Santé mentale
Vieillesse



**Objectif
Opérationnel
#1**

Développer le « faire avec » dans la mise en place des projets de prévention et de promotion de la santé (co-construction)

Le défi à relever

Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et leur connaissance du système de santé

Les constats

En promotion de la santé, l'émergence du concept du pouvoir d'agir, étroitement lié à celui de « participation », marque un tournant du « faire pour » vers le « faire avec » les populations, notamment pour les populations les plus exposées aux inégalités sociales de santé. Aujourd'hui, le rôle des acteurs de la promotion de la santé est de soutenir ce processus, c'est-à-dire d'aider les individus et communautés à identifier les obstacles et à les surmonter. Le « Faire avec » est aujourd'hui présenté comme incontournable dans la construction de la santé publique de demain (rapport Chauvin, 2021).

En parallèle, la crise du Covid-19 s'est traduite par une crise de confiance envers les acteurs de la santé, et notamment de la santé publique. Ainsi, la recherche participative, qui vise à faire collaborer chercheurs et citoyens, bénéficiaires et/ou patients (groupes communautaires le cas échéant) doit être appuyée et soutenue, dans le champ de la santé publique.

L'objectif

Valoriser l'expertise expérientielle.

Renforcer les dispositifs impliquant, prenant en compte et favorisant la participation des personnes (porteuses de pathologie ou non) dans la construction et la mise en place de projets de prévention et de promotion de la santé.

Développer les recherches participatives en santé notamment sur des thématiques proches des préoccupations de la population pour répondre aux enjeux sociétaux de santé.

Les résultats attendus

Acquisition de compétences en prévention et promotion de la santé des personnes, des organisations, des communautés, afin d'améliorer l'équité en santé.

Augmentation du nombre d'acteurs engagés en santé publique.

Accroissement du contrôle des personnes sur leur santé.

En pratique

CLSM : co-élaboration des projets en santé mentale avec les personnes concernées par le handicap psychique aux cotés des professionnels de santé mentale et des collectivités territoriales

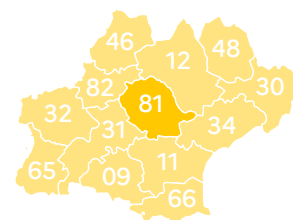
Actions PPS avec les pairs pour les pairs : programme de prévention du tabagisme « P2P » / Dispositif de santé mentale Suricate

[Bibliographe-commentee-Dynamiques-participatives.pdf \(creaiors-occitanie.fr\)](#)

La Fabrique citoyenne

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
Personne, citoyen, usagers





ENGAGEMENT

Renforcer l'accès pour tous à une prise en charge adaptée aux besoins de santé sur l'ensemble des territoires

DÉFI #1

Renforcer l'accès aux soins de proximité et les pratiques, organisations et techniques innovantes41

DÉFI #5

Améliorer l'offre de santé en réponse aux moments de vulnérabilité et aux besoins de rétablissement de la personne 44

DÉFI #1

Renforcer l'accès aux soins de proximité et les pratiques, organisations et techniques innovantes

Les enjeux

Permettre à tous les citoyens d'accéder à une offre de soins de proximité de qualité constitue une ambition forte de l'ARS Occitanie centrée sur la consolidation de l'exercice coordonné et le développement des pratiques innovantes, autour de trois axes de travail :

- Favoriser l'articulation entre la médecine de ville et les établissements de santé : poursuivre le déploiement sur tous les territoires des structures d'exercice coordonné (Maisons de Santé Pluri professionnelles, Equipes de Soins Primaires, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, en lien avec les Dispositifs d'Appui à la Coordination, les structures d'Hospitalisation à Domicile, les hôpitaux de proximité, ...) dans un souci de continuité de l'offre (en ville, en établissement de santé, en Etablissement et Service Médico-Social) ;
- Accompagner l'évolution des pratiques : développer des nouvelles formes de prise en charge, des nouveaux métiers favorisant l'accès aux soins et la déclinaison des projets de soins (protocoles de coopérations, IPA, auxiliaires médicaux, usages de la e-santé, ...) ainsi que l'innovation technologique et organisationnelle afin de faciliter l'orientation des patients et la coordination de leurs parcours.
- Adapter la formation : adapter qualitativement et quantitativement l'offre de formation pour l'ensemble des professionnels et en particulier ceux souhaitant s'inscrire dans les nouveaux métiers de la santé (infirmiers Asalée, Infirmiers de Pratique Avancée, ...) et favoriser leur installation sur les territoires.

Cet enjeu permettra de construire des solutions pour optimiser le temps passé avec les patients, limiter le temps administratif et rendre effective la notion d'équipe traitante.

Les objectifs opérationnels

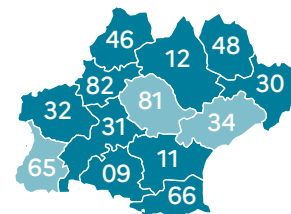
- Renforcer et faire connaître les dispositifs spécifiques pour les personnes en situation de précarité dans une démarche d'« aller vers »

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
 PRAPS
 Soins primaires
 Soins hospitaliers
 Transformation numérique
 Urgences et soins non programmés

Parcours associés

Cancer
 Handicap
 Maladies chroniques
 Vieillesse



Renforcer et faire connaître les dispositifs spécifiques pour les personnes en situation de précarité dans une démarche d'«aller vers »

Le défi à relever

Renforcer l'accès aux soins de proximité et les pratiques, organisations et techniques innovantes

Les constats

Depuis plusieurs années, les différents projets et programmes soulignent l'intérêt du « aller-vers » pour intervenir en amont, avant que les difficultés ne soient installées.

Il s'agit de réduire la distance physique (« le dernier kilomètre », selon le Haut Conseil de la Santé Publique) mais aussi administrative et sociale en développant l'accessibilité réelle, et en créant un lien de confiance durable avec les personnes.

Sous l'impulsion de la mesure 27 du Ségur de la Santé, des moyens sont mis en œuvre pour développer de nouvelles modalités de réponse « d'aller-vers » visant à une meilleure prise en charge des personnes à la rue et en structure d'hébergement, grâce à des équipes mobiles dédiées offrant des soins infirmiers et une prise en charge médico-sociale courte ou longue.

L'objectif

Il s'agit d'encourager et d'amplifier les démarches d'« aller-vers », tant dans les modalités d'intervention qu'à destination des publics précaires et notamment auprès des personnes « invisibles », afin de restaurer une relation avec le système de santé et ses acteurs.

L'objectif est de garantir une régulation et une visibilité de l'« aller-vers », en prenant en compte les spécificités des territoires et en visant une meilleure complémentarité entre les différentes solutions.

Il convient, par ailleurs, d'assurer une continuité (régularité, fréquence) dans les interventions, de créer un lien et de l'entretenir.

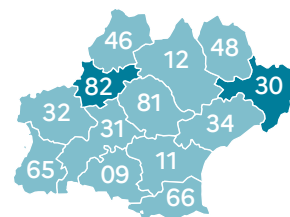
L'« aller-vers » doit se construire de manière pérenne et s'inscrire dans la durée.

Les résultats attendus

Accompagner un maximum de personnes les plus éloignées du système de santé ainsi que les personnes « invisibles », afin de les orienter et de leur donner accès aux dispositifs spécifiques, puis progressivement de les (r)amener à une prise en charge dans le droit commun tant au niveau de l'accès aux droits que de l'accès aux soins.

Thèmes associés

PRAPS



En pratique

Déploiement d'équipes mobiles médico-sociales, d'équipes mobiles santé précarité : Lits Halte Soins Santé (LHSS) mobiles, de jour, Equipes Spécialisées de Soins Infirmiers Précarité (ESSIP), Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP), Appartements de Coordination Thérapeutique Hors Les Murs (ACT HLM)

Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) avec des actions Hors Les Murs

Création de « PASS de ville » (cf. nouveau Cahier Des Charges) Equipes mobiles Caisses primaires d'assurance maladie – Caisses d'allocations familiales (CPAM-CAF),

Autres dispositifs d'équipes mobiles ou d'« aller-vers » (ciblage Prévention Promotion de la Santé) : bus itinérant (bus Prévention, voire bus Santé, selon le périmètre des interventions proposées) ...

Améliorer l'offre de santé en réponse aux moments de vulnérabilité et aux besoins de rétablissement de la personne

Les enjeux

Le terme de vulnérabilité convoque, étymologiquement, deux notions : la fêlure d'une part, (la zone sensible, fragile, par où arrivera l'atteinte), la blessure d'autre part, (qui matérialisera l'atteinte), mais aussi la capacité à résister ou à être résilient.

Certains moments clés de la vie sont identifiés comme des moments particulièrement à risque de fragilisation : la période périnatale, l'adolescence puis le vieillissement.

Tout au long de sa vie, une personne peut être confrontée à des situations (précarité, violences, handicap, troubles psychiatriques, situation d'aidant ...) qui peuvent la fragiliser, la rendant vulnérable socialement et/ou psychologiquement.

Il faut donc agir sur la fêlure pour prévenir la blessure et consolider la capacité à résister.

Un premier enjeu, en amont, est celui de sensibiliser les professionnels à ces situations à risque afin de permettre un repérage accru pour intervenir précocement et limiter l'impact de ces difficultés, en développant des actions spécifiques autour du psycho traumatisme mais aussi de la périnatalité, l'adolescence, l'émergence de troubles chez l'adolescent et le jeune adulte, et la personne âgée.

Le deuxième enjeu est le nouveau paradigme du rétablissement, « vivre une vie satisfaisante, prometteuse et utile, malgré les limites liées à la maladie, l'incapacité, la vulnérabilité » qui place les choix de la personne au centre, s'appuie sur les ressources de la personne et positionne les professionnels en accompagnateurs, dans son parcours de vie.

Le rétablissement s'appuie sur quatre besoins fondamentaux (logement, travail, citoyenneté, inclusion) et nécessite une adaptation et/ou de nouvelles offres d'accompagnement et de prises en charge, dont celle des aidants familiaux de la personne.

Concernant les situations de précarité par nature très diverses, l'enjeu est avant tout de maintenir, d'amener ou de ramener les personnes concernées dans le droit commun (pas de « médecine du pauvre », pas de filière parallèle), en proposant des adaptations dans le droit commun, et en renforçant ou développant l'offre spécifique passerelle adaptée aux besoins de ces personnes. La sensibilisation des professionnels, notamment ceux du premier recours, demeure primordiale.

Une attention particulière sera portée sur les nouveaux dispositifs issus du SEGUR (Equipes Mobiles Santé Précarité, Lits Halte Soins Santé Mobiles, Equipes Spécialisées en Soins Infirmiers Précarité, ...) qui peuvent fragiliser l'existant et complexifier la lisibilité et la visibilité de l'offre, même s'ils apportent des solutions complémentaires, particulièrement en terme « d'aller vers ».

Les objectifs opérationnels

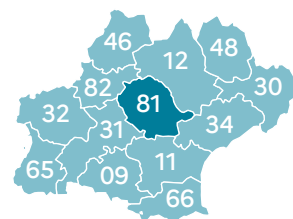
- Renforcer et déployer les conditions d'une offre permettant de soutenir les parcours territorialisés des personnes en situation de précarité (dispositifs passerelles adaptés aux ressources locales).

Thèmes associés

PRAPS
Prévention, promotion de la santé
Violence et santé

Parcours associés

Handicap
Parents et enfants vulnérables
Santé mentale



**Objectif
Opérationnel
#2**

Renforcer et déployer les conditions d'une offre permettant de soutenir les parcours territorialisés des personnes en situation de précarité

Le défi à relever

Améliorer l'offre de santé en réponse aux moments de vulnérabilité et aux besoins de rétablissement de la personne.

Les constats

L'accès au droit commun du système de santé n'est pas garanti ni équitable, y compris en termes de prévention et de promotion de la santé, pour les personnes en situation de précarité. Ces personnes sont particulièrement touchées par des problématiques de santé et des freins multiples entraînant souvent le non-recours.

Il reste nécessaire d'organiser à l'échelle des territoires des réponses spécifiques pour les populations les plus éloignées ou exclues du système de santé.

Ces réponses sont assurées par différents dispositifs spécifiques (PASS, LHSS, ACT, LAM, ...) qui poursuivent la même finalité : faire accéder ces personnes en difficulté au droit commun.

L'offre existante en dispositifs spécifiques sur la région s'est étoffée et il convient de poursuivre son déploiement, en cohérence avec les besoins et l'offre existante.

Toutefois, l'hétérogénéité et la démultiplication des dispositifs entraînent un manque de visibilité et de lisibilité, qui peut rendre ces dispositifs, mal identifiés, difficiles à appréhender.

L'objectif

Il s'agit de soutenir les parcours des personnes en situation de précarité en favorisant un accès aux droits et aux ressources en santé, équitable à l'échelle de la région.

L'objectif est de poursuivre le renforcement et le déploiement de dispositifs, en tenant compte du maillage géographique et des réalités populationnelles, permettant une approche qualitative (médiation en santé, interprétariat ...) globale, graduée et davantage lisible.

Les dispositifs existants, en lien avec le secteur sanitaire, médico-social et social, sont à prendre en compte avec la volonté de les consolider et de les pérenniser, afin d'éviter une démultiplication.

Il s'agit aussi de permettre une articulation inter-dispositifs, pour répondre au mieux aux besoins et aux enjeux de chaque territoire.

Une attention doit être portée d'une part, aux problématiques de santé-précarité en zone rurale et d'autre part aux problématiques liées au vieillissement accéléré des personnes à la rue ou en structures d'hébergement ou en logement adapté (ex. : pensions de famille/maisons relais).

Les résultats attendus

Permettre l'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité en augmentant l'offre en dispositifs spécifiques en vue d'un accès/retour et maintien dans un parcours de santé dans le droit commun.

En pratique

Structuration des PASS et nouvelle contractualisation autour d'un CDC commun (en lien avec le financement basculé dans le FIR)

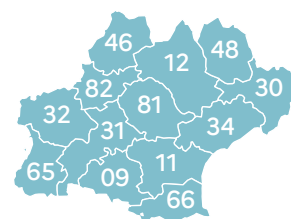
Conventionnement PASS/MSP

Création de nouvelles places de LHSS, LAM, ACT

(dispositifs passerelles adaptés aux ressources locales)

Thèmes associés

PRAPS



4

ENGAGEMENT

Renforcer la coordination des acteurs pour assurer la continuité des prises en charge

DÉFI #2

Garantir le continuum des prises en charges
et des accompagnements entre la ville,
l'hôpital et le secteur médico-social 47

DÉFI #4

Améliorer les pratiques et
les rôles dans une logique de parcours..... 50

DÉFI #2

Garantir le continuum des prises en charge et des accompagnements entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social

Les enjeux

La continuité des prises en charge et des accompagnements entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social est un enjeu majeur pour assurer des parcours de santé fluides et de qualité. Cela nécessite la mise en place d'actions concrètes pour soutenir l'exercice coordonné, assurer une articulation forte entre les dispositifs destinés aux personnes en situation de précarité, et promouvoir la complémentarité entre les acteurs de santé pour notamment toutes les personnes en situation de handicap et/ou de vieillissement, atteintes de maladies chroniques, de cancer, de troubles mentaux et du comportement. Soutenir l'exercice coordonné en confortant les nouvelles modalités d'exercice et l'articulation ville/hôpital/secteur médico-social :

- Favoriser la concertation entre les différents acteurs de santé (médecins généralistes, spécialistes, professionnels de santé du secteur médico-social, etc.) pour optimiser la coordination des prises en charge et des accompagnements.
- Innover dans les modalités d'exercice des professionnels de santé (exercice mixte, postes partagés, consultations avancées, équipes de soins spécialisés) pour répondre aux besoins de coordination et aux aspirations des nouveaux professionnels.

Assurer une articulation forte avec les dispositifs d'amont et d'aval (sanitaires, médico-sociaux et sociaux), afin de sécuriser les parcours des personnes le nécessitant avec une attention particulière pour les personnes en situation de précarité pour les maintenir ou ramener dans le droit commun :

- Développer des liens étroits avec les dispositifs d'amont, tels que l'exercice coordonné, les maisons médicales de garde ou les services d'urgence, pour faciliter l'orientation des patients vers les structures les plus adaptées à leur situation.
- Mettre en place des dispositifs d'aval pour accompagner les patients lors de leur sortie d'hospitalisation, notamment en facilitant leur accès aux soins de ville et en favorisant la coordination des interventions des différents professionnels de santé.

Promouvoir une complémentarité entre les acteurs de santé hospitaliers, de la ville et du secteur social pour fluidifier les échanges et les pratiques dans la mise en œuvre et le suivi du parcours de soins et de l'après traitement de tous les patients atteints de cancer, de maladies chroniques et de pluri-pathologies :

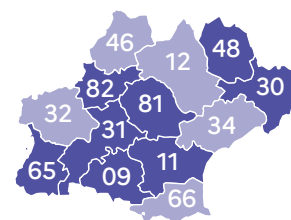
- Favoriser la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire pour chaque patient, afin de coordonner les différentes interventions et de favoriser une prise en charge globale et personnalisée.
- Mettre en place des protocoles de prise en charge communs entre les différents établissements de santé pour assurer la continuité des soins entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social.

Thèmes associés

Soins primaires
Soins Hospitaliers
PRAPS
Transformation numérique

Parcours associés

Vieillesse
Handicap
Cancer
Maladies chroniques
Santé mentale



Les objectifs opérationnels

- Assurer une articulation forte avec les dispositifs d'amont et d'aval (sanitaires, médico-sociaux et sociaux), afin de sécuriser les parcours des personnes le nécessitant avec une attention particulière pour les personnes en situation de précarité pour les maintenir ou ramener dans le droit commun.

Objectif Opérationnel #2

Assurer une articulation forte avec les dispositifs d'amont et d'aval (sanitaires, médico-sociaux et sociaux), afin de sécuriser les parcours des personnes le nécessitant avec une attention particulière pour les personnes en situation de précarité pour les maintenir ou ramener dans le droit commun

Le défi à relever

Garantir le continuum des prises en charges et des accompagnements entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social.

Les constats

La notion de parcours a été appréhendée d'un point de vue institutionnel à travers les lois régissant le secteur sanitaire, social et médico-social. Un changement de paradigme s'est opéré favorisant l'inclusion dans les parcours, en raisonnant non plus selon une logique de l'offre mais en fonction de la demande, des attentes et des besoins de la personne.

Cependant la multiplicité des acteurs et des structures et leur manque de coordination, ainsi que le défaut de connaissance, de sensibilisation et d'anticipation face à certaines situations peuvent être à l'origine de ruptures dans les parcours et ce, notamment concernant les personnes en situation de précarité.

L'objectif

Mettre en synergie les intervenants du premier recours, des établissements de santé (dont notamment les hôpitaux de proximité, les établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR) et l'hospitalisation à domicile (HAD)), des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et des établissements médico-sociaux, pour une articulation optimisée au bénéfice des usagers du territoire.

S'appuyer sur le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), en lien avec les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), s'inscrivant comme levier d'optimisation de cette coordination.

Concernant le focus sur les personnes en situation de précarité, l'objectif vise à (ré)inscrire la personne dans un parcours de soins et de santé et à l'accompagner dans les démarches visant son accès aux droits et à l'autonomie, en priorisant le droit commun et en s'appuyant selon nécessité sur l'offre spécifique passerelle qui est à renforcer et développer, toujours en lien étroit avec l'écosystème (l'amont, l'aval). Il a pour but également de mettre en place un accompagnement centré sur la personne visant à développer son pouvoir d'agir, en s'appuyant notamment sur des postures d'accompagnement bienveillantes et non jugeantes.

Les résultats attendus

La mise en œuvre d'une organisation facilitant cet accompagnement et permettant de prévenir les ruptures de parcours (favoriser des parcours fluides).

Une coordination des soins et des parcours de santé optimisée reposant sur une approche transversale, centrée sur l'utilisateur et son entourage, entre :

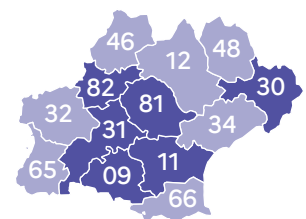
- L'équipe pluriprofessionnelle de prise en charge intervenant en proximité, soit le médecin traitant et les autres professionnels de santé ambulatoires, médicaux et paramédicaux,
- Les acteurs du soutien à l'autonomie, tels que les intervenants du secteur médico-social et social,
- Les professionnels exerçant en établissements de santé.

Thèmes associés

Soins primaires
Soins hospitaliers
Urgences et soins non programmés
PRAPS
Transformation numérique en santé

Parcours associés

Viellissement
Cancer
Maladies chroniques
Handicap
Santé mentale



DÉFI #4

Améliorer les pratiques et les rôles dans une logique de parcours

Les enjeux

Le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques ont considérablement modifié les besoins des usagers, nécessitant une coordination des acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes de plus en plus complexe tout au long de leurs parcours de santé.

Cette coordination personnalisée est rendue d'autant plus nécessaire du fait des progrès technologiques et des innovations diagnostiques, thérapeutiques et organisationnelles.

Une vigilance toute particulière doit être portée, au cours de ces parcours, à l'occasion des transitions entre les différents secteurs d'activité (ambulatoire, sanitaire, médico-social et social) souvent identifiées comme source de ruptures dans la continuité des soins et des accompagnements des personnes.

Enfin, une attention sera portée également envers les publics les plus vulnérables (âge, maladie, déficience, précarité, isolement social...), souvent très éloignés du système de santé et nécessitant des soins ou des accompagnements personnalisés particulièrement complexes.

Les objectifs opérationnels

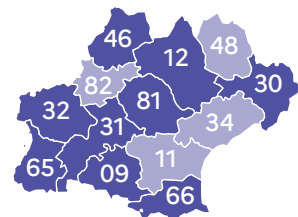
- Créer un espace d'échanges autour de la santé-précarité permettant une réelle dynamique de territorialité et le développement de synergies
- Faciliter le partage d'informations autour des dispositifs et des actions dans le champ de la santé-précarité

Thèmes associés

Soins primaires
Soins hospitaliers
Urgences et soins non programmés
Transformation numérique
Qualité, sécurité, pertinence
PRAPS

Parcours associés

Santé mentale
Vieillesse
Handicap
Cancer
Maladies chroniques
Parents et enfants vulnérables



Objectif
Opérationnel
#5

Créer un espace d'échanges autour de la sante-précarité permettant une réelle dynamique de territorialité et le développement de synergies

Le défi à relever

Améliorer les pratiques et les rôles dans une logique de parcours.

Les constats

Il existe un réel besoin d'interconnaissance (des compétences et missions respectives) et d'acculturation des différents acteurs intervenant dans le champ de la santé-précarité. La coordination que ce soit entre les acteurs /partenaires ou entre institutions, n'est pas satisfaisante et ne permet pas de créer les synergies nécessaires, en capitalisant sur l'existant. C'est d'autant plus nécessaire au niveau départemental, qui est la maille adéquate pour l'expression et la mise en œuvre des partenariats qui vont agir sur l'ensemble des déterminants sociaux et environnementaux de la santé. En point d'attention, l'absence de réponse est démotivante pour les acteurs du territoire qui s'investissent pour la recherche de solutions aux besoins qu'ils identifient. En effet, une vigilance doit être portée sur la capacité de l'ARS à accompagner financièrement les projets émergeant au niveau des comités départementaux (seule ou en partenariat avec les autres acteurs institutionnels), ces comités départementaux constituant un levier pour susciter des nouveaux partenariats, réfléchir à une nouvelle offre, en faisant notamment la promotion des nouveaux dispositifs (SEGUR mesure 27, Assises Santé Mentale ...).

L'objectif

Il s'agit de créer un espace d'échanges (au niveau régional et surtout au niveau territorial), sur le champ de la précarité et de créer des synergies avec tous les acteurs/partenaires institutionnels sensibilisés au sujet et à la question plus large des Inégalités Sociales de Santé, dont les SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation) qui ont un rôle important à jouer.

Cette mise en réseau et ce partage sont plébiscités, pour une meilleure lisibilité et visibilité des actions conduites et des intervenants. Il faut donc clarifier les portages et co-portages, pour instaurer une coordination réellement opérationnelle.

Le modèle ne peut pas être unique et il convient d'abord de rationaliser de manière spécifique à chaque territoire, le rôle des comités existants, dans le cadre d'une approche globale en prévention et promotion de la santé.

Les résultats attendus

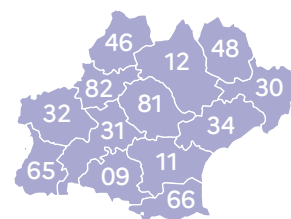
Des espaces (au niveau régional et dans chaque département) identifiés et actifs (CR et/ou rapports d'activité), quelle que soit la forme qu'ils prennent.

En pratique

Création d'un comité de pilotage /Comités départementaux PRAPS

Thèmes associés

PRAPS



Faciliter le partage d'informations autour des dispositifs et des actions dans le champ de la santé-précarité

Le défi à relever

Améliorer les pratiques et les rôles dans une logique de parcours.

Les constats

La coordination des politiques publiques au niveau régional et au niveau territorial, nécessite pour être efficace, non seulement de disposer d'un espace d'échanges (cf. E4-D4-O5), mais avant tout de pouvoir mettre à disposition (des professionnels, bénévoles, institutionnels, usagers, aidants) les informations relatives aux dispositifs et actions existantes.

Cela n'est pas le cas aujourd'hui, avec des informations diffuses et souvent partielles et un large panel de solutions à mobiliser, qui complexifient la lecture et les choix de mise en œuvre, à adapter aux ressources et aux dynamiques du territoire.

L'objectif

Il s'agit de mettre en œuvre un ou des outils, soit existants, soit à créer, pour recenser (en cartographiant) et décrire toute l'offre disponible dans le champ de la santé-précarité. Le périmètre et le territoire d'intervention des différents dispositifs doivent être clairement identifiés, ainsi que les missions socle et optionnelles.

En particulier, les nouveaux dispositifs mobiles (issus du SEGUR), récemment déployés ou en cours de déploiement, encore méconnus, doivent être médiatisés et valorisés auprès des professionnels, surtout ceux du premier recours.

Mais ces nouveaux dispositifs ne tiennent pas toujours compte de l'existant, qu'ils viennent fragiliser, d'où l'accompagnement indispensable sur la complémentarité et la subsidiarité entre toutes les réponses possibles en termes d'offre.

Les résultats attendus

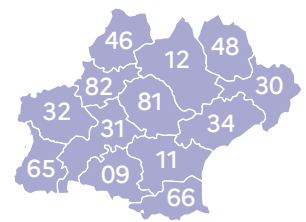
La proposition partagée et connue de tous les acteurs d'outils telles que des informations de type FALC, des définitions, des cartes ...

En pratique

S'appuyer sur la plateforme SOLIGUIDE (DREETS), le ROR, ...
Site dédié au PRS, sante.fr

Thèmes associés

PRAPS





Soutenir l'attractivité des métiers de la santé

DÉFI #2

Permettre une meilleure adaptation
de l'offre de formation et
des parcours professionnels 54

DÉFI #2

Permettre une meilleure adaptation de l'offre de formation et des parcours professionnels

Les enjeux

L'augmentation du nombre de professionnels de santé formés pour répondre aux tensions actuelles en matière de ressources humaines médicales et paramédicales et aux besoins des territoires nécessite une adaptation de l'offre de formation via différents leviers quantitatifs et qualitatifs :

- Poursuivre l'augmentation du nombre de professionnels à former, d'ores et déjà amorcée. Le Numerus Clausus a été remplacé par le Numerus Apertus. Des objectifs pluriannuels d'admission (OPA) pour apporter des réponses à long terme et s'engager sur une augmentation de plus de 20% sur 5 ans des étudiants en médecine. Le Ségur de la Santé a permis d'augmenter respectivement de 25% et de 30% l'offre de formation en soins infirmiers et aides-soignantes entre 2019 et 2022.
- Rendre attractives les professions médicales et paramédicales et maintenir en formation les personnes jusqu'à la certification et leur installation au sein de la Région.
- Faire monter en compétences et certifier des personnes déjà dans l'emploi au sein du système de santé (VAE collective)
- Valoriser les parcours professionnels en renforçant l'offre de formation initiale et continue sur des compétences spécifiques (IPA, numérique en santé, prévention, pertinence...)
- Développer les actions de sensibilisation et de formation des professionnels de santé sur des publics spécifiques (personnes en situation de précarité ou en situation de handicap) pour réduire les inégalités.

L'atteinte de cet enjeu nécessite un travail collaboratif avec différents partenaires du secteur intervenant sur la formation initiale ou continue (les Universités, les établissements de santé et médicosociaux, le conseil régional, la DREETS, les OPCO, l'ANFH, le DAVA, la FHF, la FHP, les URPS et les ordres), les organismes de formation mais aussi avec les employeurs.

Trois grands axes de travail sont identifiés :

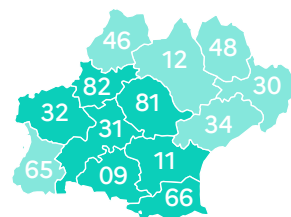
1. Le développement des terrains de stage et l'optimisation des places en région : la communication entre les acteurs de la formation et du soin est à renforcer pour co-construire des parcours de stage satisfaisants répondant aux référentiels et aux maquettes de formation.
2. L'accompagnement des instituts dans une nécessaire mutation pour proposer et expérimenter des dispositifs innovants et les dispositifs à développer (Valorisation des acquis collective - apprentissage...)
3. L'analyse des difficultés actuelles constituant des freins à l'augmentation des diplômes et générant des abandons de formation.

Thèmes associés

Attractivité des métiers de la santé
Soins primaires
Prévention, promotion de la santé
Transformation numérique
Qualité, sécurité, pertinence
PRAPS

Parcours associés

Handicap
Santé mentale
Vieillesse



Les objectifs opérationnels

- Renforcer l'offre de formation (initiale et continue) sur des compétences spécifiques
- Sensibiliser et former les professionnels aux spécificités des publics les plus fragiles et précaires

Renforcer l'offre de formation (initiale et continue) sur des compétences spécifiques

Le défi à relever

Permettre une meilleure adaptation de l'offre de formation et des parcours professionnels

Les constats

Les professionnels de santé ne sont pas suffisamment sensibilisés et formés à la santé publique, pour avoir un vrai rôle d'acteurs dans la rénovation attendue de la santé publique (cf le rapport de novembre 2021 du HCSP sur « la santé publique de demain »). Que ce soit en termes de connaissances (enjeux, déterminants, thématiques, publics), de posture, de méthodes (données probantes, projets, interventions), d'outils, les professionnels de santé ne disposent pas d'un socle homogène de qualifications, les étudiants infirmiers étant plus sensibilisés et mieux préparés via leur cursus. Les métiers de la santé publique sont mal connus, peu reconnus et cloisonnés, et l'offre de formation est foisonnante, mais morcelée et souvent redondante. L'importance d'une formation interdisciplinaire ressort toujours plus et le service sanitaire des étudiants en santé avait été lancé en 2018, avec la volonté de promouvoir l'inter-filiarité dans les formations initiales concernées.

La formation initiale et continue des professionnels doit également être renforcée sur le champ du numérique en santé et de la pertinence.

L'objectif

L'objectif général est de renforcer l'offre de formation à destination des professionnels sur le champ de la prévention et promotion de la santé, du numérique et de la qualité-pertinence.

Concernant les compétences spécifiques en matière de santé publique socle de base et nouvelles compétences liées au développement des démarches participatives et de « l'aller vers », au rôle accru des médiateurs en santé ...), l'objectif vise à structurer et harmoniser les formations (avec notamment l'appui de l'IREPS), en lien avec l'écosystème régional et nos partenaires (Education Nationale, Protection Judiciaire de la Jeunesse, DREETS, collectivités territoriales, Assurance Maladie, Services de santé des Universités ...).

Les résultats attendus

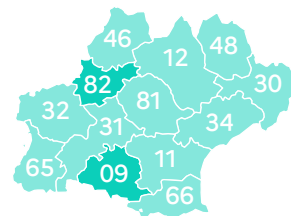
- Les priorités régionales en matière de Prévention Promotion de la Santé doivent être diffusées et connues des professionnels.
- Inscription du "Numérique en santé" dans les formations initiales et continues des professionnels de santé
- Diffusion de la notion de pertinence

En pratique

- Contribuer aux enseignements « Numérique en santé »
- Intégrer la pertinence dans les programmes des facultés de médecine de Toulouse-Montpellier/Nîmes.

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
Transformation numérique
Qualité, sécurité, pertinence
PRAPS



**Objectif
Opérationnel
#4****Sensibiliser et former les professionnels aux spécificités
des publics les plus fragiles et précaires****Le défi à relever**

Permettre une meilleure adaptation de l'offre de formation et des parcours professionnels

Les constats

Les professionnels de santé - notamment ceux du premier recours en exercice coordonné - ne sont pas suffisamment sensibilisés et outillés pour pouvoir repérer et surtout appréhender les spécificités des personnes les plus fragiles, afin de les orienter et/ou de les prendre en charge.

Mais ils ne sont pas les seuls et les métiers ou les fonctions autour de la santé (travailleur social, psychologue, médiateur, pairs, interprète ...) sont également concerné(e)s, avec la nécessité de garantir une prise en charge globale, en intégrant les questions de souffrance psycho-sociale et de santé mentale souvent corrélées aux situations de précarité, mais aussi d'addictions.

L'objectif

Sont concernés les professionnels de santé, mais également d'autres métiers ou fonctions en interface avec ces professionnels, la plupart du temps en première ligne auprès des publics les plus fragiles. Il s'agit d'éviter ou plutôt de limiter le non-recours (à la prévention, au dépistage ...) et le renoncement aux soins, en permettant à tous les professionnels au contact des publics en situation de handicap ou précaires, d'avoir les bons outils et de ne pas se sentir isolés devant des situations complexes nécessitant inter-connaissance et coordination. L'appui de nouveaux métiers (exemple : médiateurs santé ...) à l'interface entre les professionnels et les publics, peut utilement contribuer à créer du lien et à instaurer une relation de confiance, propice à l'efficacité et à la pérennité des interventions.

Les résultats attendus

Former les professionnels pour assurer un accompagnement adapté aux individus fragilisés :

- Appréhender les causes de la précarité pour mieux comprendre les situations des personnes
- Identifier les impacts de la précarité sur les attitudes et les comportements des personnes
- Mettre en place un accompagnement spécifique et adopter une posture adéquate
- Identifier les partenariats mobilisables et mettre en œuvre un travail en réseau

En pratique

Assises de la Santé Mentale : formation des travailleurs sociaux

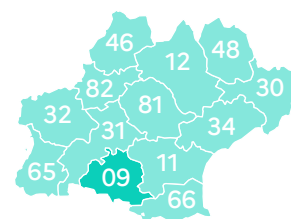
Réseau e-care : dispositif d'accompagnement au parcours de soins des personnes en situation de précarité, ayant une ou plusieurs pathologies chroniques.

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
PRAPS

Parcours associés

Handicap
Santé mentale





ARS Occitanie

26-28 Parc club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel
34067 MONTPELLIER
04 67 07 20 07



occitanie-sante.fr



CONSEIL NATIONAL
DE LA FONDATION
Occitanie

SANTÉ

© @ARS_OC #COM, 09_2023



Occitanie
SANTÉ 2023
2028