

## Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins

REPUBLIQUE FRANCAISE

PARIS, le

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE  
Sous-direction santé et société – SD6D

**LA MINISTRE DE L'EMPLOI  
ET DE LA SOLIDARITE**

**LE MINISTRE DELEGUE  
A LA SANTE**

**A**

**MESDAMES ET MESSIEURS  
LES PREFETS DE REGION**  
Direction régionale des affaires sanitaires et sociale  
(pour exécution)

**MESDAMES ET MESSIEURS  
LES PREFETS DE DEPARTEMENT**  
Direction départementale des affaires sanitaires et  
sociales  
(pour exécution)

**CIRCULAIRE DGS/SD6D n° 2002/ 100 du 19 février 2002** relative aux Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS)

**Mots clés** : santé des publics en situation précaire – PRAPS 2<sup>ème</sup> génération – accès à la prévention et aux soins

**Textes de référence** : articles L 1411-5 du CSP, décret du 29 décembre 1998, circulaire DGS/SP2 n° 99-110 du 23 février 1999 et circulaire DGS/SP2 n°324 du 13 juin 2000

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) élaborés en 1999 en application de l'article L 1411-5 du code de la santé publique arrivent à échéance fin 2002. Outil de lutte contre les inégalités sociales en matière de santé et de lutte contre l'exclusion, les PRAPS peuvent aussi permettre la transversalité de l'action publique à mener vis à vis de la population précaire (voir ci joint la fiche 1, les principes).

Les travaux de l'INSERM publiés en 2000 et 2001 ont mis en valeur les enjeux de réduction des inégalités de santé en France et la complexité des causes de ces inégalités. L'élaboration des PRAPS de 2<sup>ème</sup> génération doit être l'occasion dans chaque région de reprendre ces analyses, de mobiliser tous ceux qui sont concernés, d'imaginer les réponses puis de les mettre en oeuvre.

La construction des PRAPS de 2<sup>ème</sup> génération s'inscrit dans le dispositif de lutte contre les exclusions issu de la loi du 29 juillet 1998. La dimension santé doit être mise en relation au plan local avec toutes les dimensions de l'exclusion notamment l'emploi et le logement.

Le programme de prévention et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale adopté en juillet 2001 renforce les moyens alloués aux actions santé-précarité.

La présente circulaire fixe trois orientations stratégiques pour la préparation des PRAPS de deuxième

génération (PRAPS II):

- répondre à l'enjeu de cohérence au sein de la politique régionale de santé,
- améliorer la qualité des PRAPS,
- s'intégrer dans les projets et contrats territoriaux pour incarner les PRAPS II dans la proximité.

Ces PRAPS de deuxième génération couvriront une période de quatre ans (2003 à 2006) de manière à s'adapter au calendrier des contrats de plan Etat-Région.

Pour faciliter la mise en œuvre de ces orientations vous trouverez joint à la présente circulaire un dossier composé de 12 fiches thématiques (regroupées en deux rubriques : méthodologie et articulation avec les autres dispositifs) et de 8 annexes. Ces documents sont des outils pour l'action utilisables selon les priorités locales déterminées par les régions.

## **1. Répondre à l'enjeu de cohérence au sein de la politique régionale de santé**

### **Cohérence entre programmes et politiques**

Les PRAPS contribuent à la lutte contre l'exclusion en améliorant la connaissance et la compréhension des causes des inégalités de santé et de leur évolution et en soutenant des actions qui provoquent une évolution du système sanitaire et social dans le sens d'une meilleure prise en compte des problèmes d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité. Conduisant à une réflexion sur les déterminants de la santé, les PRAPS peuvent apporter un éclairage sur l'impact sur la santé des autres politiques sectorielles de l'Etat. Cette orientation est à développer tout particulièrement pour le PRAPS II sous l'angle d'un ancrage territorial (cf. 3<sup>ème</sup> orientation). Ces programmes doivent permettre de dégager des propositions quant aux articulations à trouver au sein d'un système de santé qui ne peut être réduit au seul système de soins, afin de mieux répondre aux besoins des publics visés par ces programmes. (fiches 5 et 8 sur l'approche par population et par pathologie, fiches 9 et 10 sur les permanences d'accès aux soins de santé, la couverture maladie universelle) : ainsi par exemple l'élaboration du PRAPS doit prendre en compte les orientations des schémas régionaux d'éducation pour la santé sur les personnes en situation de précarité, dans toute leur diversité, mais aussi d'examiner avec nos partenaires la manière dont

- le service public de l'emploi travaille avec les demandeurs d'emploi qui ont des problèmes de santé,
- le service de santé scolaire intervient dans les zones d'éducation prioritaire,
- le chef de projet départemental et le comité de pilotage chargé de la lutte contre la drogue et la prévention des dépendances intègrent la problématique de la prise en charge des personnes précaires
- la politique de la ville prend en compte les questions de santé.

Le PRAPS doit notamment venir en soutien à la politique d'éducation pour la santé, de nutrition ou de prévention du Sida, par exemple en soutenant des actions en direction des jeunes ayant des troubles du comportement alimentaire, des jeunes consommateurs de substances psycho-actives ou des jeunes homosexuels appartenant à des familles en situation de précarité sociale. Il doit faciliter la concertation sur la mise en œuvre de la politique de lutte contre le saturnisme infantile.

Il appartient au comité régional des politiques de santé de veiller à la cohérence des politiques publiques au regard des objectifs du PRAPS en tenant compte des schémas régionaux de planification susceptibles d'intéresser la santé. Il convient de rappeler à ce sujet qu'un des objectifs de la révision des Contrats de Plan Etat-Région est de s'assurer que les priorités et principes des schémas de services collectifs (définis au titre de la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire, loi n° 95-115 du 4 février 1995 modifiée par la loi n° 99-533 du 25 juin 1999) sont bien pris en compte dans ces contrats.

L'expérience acquise à travers les PRAPS et les programmes régionaux de santé (PRS) permet de conforter la dynamique régionale autour des problèmes de santé. En effet, l'émergence de politiques régionales dépend de la capacité locale à conjuguer de manière pertinente les actions de santé publique répondant aussi bien aux priorités régionales qu'aux priorités nationales de santé. Dans cette perspective, il est indispensable de conforter l'animation et le suivi créés autour des PRAPS.

## **Cohérence pour la conduite de l'ensemble des programmes régionaux de santé**

Les publics en situation de précarité sont de fait un sujet majeur de préoccupation de la quasi totalité des programmes régionaux de santé (PRS), notamment ceux portant sur la santé des jeunes, le suicide, le cancer ou l'alcool et/ou les addictions. La mise en œuvre des PRAPS impliquant fortement le niveau départemental favorise l'intégration des besoins spécifiques de la population précarisée dans les thématiques de santé portées par les autres programmes régionaux de santé.

Dans le même sens il sera nécessaire de se coordonner avec les programmes départementaux de prévention et les conventions d'objectifs justice-santé prévus par le plan triennal (cf. circulaire premier ministre du 13 septembre 1999).

L'articulation des PRAPS avec l'ensemble des programmes régionaux doit être systématiquement recherchée.

Les dispositions prises au titre de la recherche de cohérence entre programmes et politiques d'une part et entre les différents programmes régionaux d'autre part seront analysées lors du dialogue de gestion annuel entre administration centrale et services déconcentrés.

## **2. Améliorer la qualité des PRAPS**

Le PRAPS est un outil d'aide au changement. Il vise à décloisonner les politiques sectorielles ayant un impact sur la santé et les pratiques professionnelles. Afin d'assurer la pérennité des actions, il convient d'assurer autant que possible leur inscription à terme dans le droit commun, quitte à faire évoluer les règles du droit commun si nécessaire.

La qualité des PRAPS et l'effectivité de leur mise en œuvre dépend notamment de l'implication des différents partenaires concernés et du renforcement des démarches d'évaluation.

### **S'assurer de l'implication de l'ensemble des acteurs concernés**

Le bilan des PRAPS de première génération a mis en évidence le nombre très important d'acteurs associés à l'élaboration et à la mise en œuvre de ces programmes mais a souligné dans le même temps les difficultés d'implication de plusieurs catégories d'acteurs qu'il conviendra de mieux mobiliser au titre des PRAPS II : l'Université, l'ORS, les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail et les habitants.

Le développement de formations pluridisciplinaires associant professionnels de la santé et professionnels de l'action sociale est susceptible de faire évoluer les pratiques (Fiche 11, formation).

Concernant les personnes en situation précaire, il conviendra de définir précisément les objectifs de leur implication dans les actions prévues en distinguant les nécessités d'information, de consultation et de participation. Leur implication est indispensable pour la mise en œuvre des actions de proximité, notamment dans le cadre de la politique de la ville car l'efficacité de ces actions repose sur le développement voire la restauration de capacités de s'exprimer et d'agir, en relation avec les professionnels concernés. La participation des usagers est un thème de travail essentiel. Cette dimension doit être développée avec l'aide des associations ayant un savoir faire en ce domaine.

Pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des PRAPS, le concours des associations est fondamental : elles seules sont à même d'accompagner au quotidien les personnes et les familles. La mobilisation des professionnels de santé, et pas seulement des médecins, est tout aussi indispensable : ils doivent être davantage sensibilisés et associés à cette nécessité d'accompagner, d'aller vers les personnes les plus démunies, en très étroite collaboration avec les associations. Plus qu'un changement institutionnel, il s'agit de favoriser un changement culturel, de se rapprocher afin de pouvoir offrir, dans la proximité nécessaire (bassins de vie, quartiers...) les réponses les plus adaptées.

La qualité du PRAPS est également liée à l'implication des DDASS et des DRASS, et tout particulièrement de leurs directeurs (fiche 2, méthode d'élaboration).

### **Développer la démarche d'évaluation**

Le PRAPS de deuxième génération doit s'appuyer autant que possible sur une analyse chiffrée de la

situation et définir une méthode de suivi et d'évaluation des actions et du programme lui-même (Fiche 3, Système d'observation et évaluation)

### **Prendre en compte les quatre priorités définies par le gouvernement**

Lors de l'élaboration du programme de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale présenté en juillet 2001, le gouvernement a défini quatre priorités d'action dans le domaine de la santé : la santé mentale et la souffrance psychique, l'éducation pour la santé, la politique de la ville et le développement des Permanences d'Accès aux soins de santé (PASS). Vous trouverez dans les fiches ci-jointes des orientations de travail sur ces questions.

### **3. S'intégrer dans les projets et contrats territoriaux pour incarner les PRAPS II dans la proximité**

L'inscription des PRAPS dans les projets et contrats territoriaux (contrats d'agglomération, contrats de pays, contrats de ville) constitue l'un des enjeux essentiels des PRAPS II (fiche 4, territorialisation). Pour l'heure elle reste marginale. Une telle inscription implique une réflexion sur les modalités de pilotage de projets locaux inscrits au croisement des politiques territoriales et de la politique de santé. A cet égard le développement des contrats de pays permet de prendre en compte les spécificités du milieu rural.

Il est indispensable de créer un lien dynamique entre les PRAPS et les actions santé des contrats de ville. Des crédits supplémentaires sont prévus sur la ligne 47.11.20 du budget 2002 afin de renforcer ces actions, dans deux directions en particulier : l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins pour les enfants et les jeunes, et la mise en place des "ateliers santé ville". Le lancement d' "ateliers santé-ville" a été décidé lors du Comité interministériel des Villes du 14 décembre 1999 et précisé dans la circulaire PRAPS du 13 juin 2000. Vous vous rapprocherez des élus locaux, des chefs de projets de la politique de la ville, du sous-préfet ville et du chef de projet départemental "drogues et dépendances" pour définir les modalités de renforcement de la prise en charge des problèmes d'accès à la prévention et aux soins dans les contrats de ville.

La création de synergies entre l'élaboration des PRAPS II et la révision à mi parcours des contrats de plan Etat-région 2000-2006 constitue un autre enjeu de l'année 2002. L'élaboration des PRAPS II est l'occasion de proposer aux élus régionaux d'inclure un volet "santé-précarité" dans le contrat de plan.

La priorité accordée par le gouvernement à l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité s'est manifestée en 1999 par le vote de la loi créant la couverture maladie universelle et par l'augmentation en 2001 de 40% des crédits prévus pour les actions "santé-précarité".

La direction générale de la santé, en concertation avec les autres directions et services d'administration centrale, poursuivra le travail d'animation du réseau des coordonnateurs PRAPS engagé depuis 1999 (fiche 6). Vous voudrez bien saisir mes services (DGS 6D, [dgs-sd6d-praps@sante.gouv.fr](mailto:dgs-sd6d-praps@sante.gouv.fr)) des difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de la présente circulaire.

Elisabeth GUIGOU

Bernard KOUCHNER