



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2012 –

**« LA GOUVERNANCE DU PRAPS EN BRETAGNE :
FREINS ET LEVIERS »**

– Groupe n° 6 –

- | | |
|-------------------------------|-------------------------|
| – Prunelle BLOCH | – Cyrille MAUGE |
| – Thibault CHEVALARD | – Cédric RABERIN |
| – Sophie GRIENENBERGER | – Philippe RACON |
| – Bertrand JOLY | |

Animateur/trice(s)

- *Yvette RAYSSIGUIER*
- *Jean-Michel DOKI THONON*
- *Adrian MOHANU*

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| 1. LES OBSTACLES A LA GOUVERNANCE DU PRAPS : ETAT DES LIEUX..... | 5 |
| 1.1 DE NOUVEAUX ACTEURS A LA RECHERCHE D'UNE STABILISATION DE LEURS ORGANISATIONS..... | 5 |
| 1.1.1 <i>Les PRAPS 1 et 2.....</i> | 5 |
| 1.1.2 <i>Un nouvel acteur pour une nouvelle gouvernance.....</i> | 6 |
| 1.1.3 <i>Un changement de paradigme.....</i> | 7 |
| 1.1.4 <i>Le PRAPS 2012-2016 en Bretagne.....</i> | 8 |
| 1.2 UN PROCESSUS D'ELABORATION DIFFICILE..... | 9 |
| 1.2.1 <i>Un calendrier contraint.....</i> | 9 |
| 1.2.2 <i>Une équipe projet au service de l'élaboration du PRAPS.....</i> | 9 |
| 1.2.3 <i>Un diagnostic territorial insuffisamment étayé.....</i> | 11 |
| 1.2.4 <i>Des difficultés de mise en œuvre multiples.....</i> | 11 |
| 2. UN NECESSAIRE RENFORCEMENT DE LA COORDINATION DANS LE PILOTAGE DU PRAPS..... | 15 |
| 2.1 LA PLACE DE L'ARS « CHEF D'ORCHESTRE » DANS LE PILOTAGE DU PRAPS A CONFIRMER | 15 |
| 2.1.1 <i>Développer la concertation entre les ARS.....</i> | 15 |
| 2.1.2 <i>Renforcer l'implication des différentes directions métiers de l'ARS.....</i> | 16 |
| 2.1.3 <i>Conforter le rôle des délégations territoriales.....</i> | 16 |
| 2.1.4 <i>Améliorer la cohérence nationale.....</i> | 17 |
| 2.2 DES OUTILS POUR FAVORISER LES PARTENARIATS..... | 17 |
| 2.2.1 <i>Définir une stratégie adaptée.....</i> | 17 |
| 2.2.2 <i>S'emparer des outils partenariaux disponibles.....</i> | 20 |
| 2.2.3 <i>Mieux se connaître et se reconnaître pour mieux agir ensemble.....</i> | 22 |
| CONCLUSION : | 25 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 27 |
| LISTE DES ANNEXES | I |

Remerciements

L'ensemble des membres du groupe souhaite remercier tous les professionnels qui ont accepté de répondre à leurs questionnements et interrogations :

- Docteur MAITROT, médecin conseiller du recteur de l'académie de Rennes,
- Monsieur GOBY, directeur de la direction de l'offre de soins et accompagnement, ARS Bretagne,
- Docteur GOARIN, Madame GERAULT, Madame RICHARD, MSA
- Madame POUPAULT, assistante sociale principale, DDCSPP 35
- Monsieur DUPONT, directeur général du CHRU de Brest,
- Madame PARIS, CAF 35,
- Monsieur AMBROISE, Madame GOYAUX, DGS, Ministère de la Santé.
- Madame EVEN, directrice adjointe en charge du médico-social, ARS Bretagne,
- Monsieur GUINCHE, référent PRAPS, FNARS Bretagne
- Monsieur LECLANCHE, association AIDES
- Docteur BORNE, directrice adjointe en charge de la PMI et des actions de santé, Conseil Général du Morbihan
- Madame LE DUIGOU, responsable accès aux soins et solidarité, CPAM 35
- Monsieur PROUVEUR, directeur territorial, PJJ
- Madame DUPUIS BELAIR, DRJSCS Bretagne
- Madame GUYADER, directrice, DT 35, ARS Bretagne.

Le groupe remercie particulièrement les référents qui nous ont suivi tout au long du travail :

- Monsieur Adrian MOHANU, coordonnateur du PRAPS Bretagne, ARS Bretagne,
- Monsieur Jean Michel DOKI-THONON, directeur de la santé publique, ARS Bretagne,
- Madame Yvette RAYSSIGUIER, enseignante-chercheur, EHESP.

Un remerciement particulier à Emmanuelle GUEVARA pour son soutien logistique et son écoute.

Liste des sigles utilisés

| | |
|----------|---|
| ARS | Agence régionale de santé |
| ASV | Atelier santé ville |
| CAARUD | Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues |
| CADA | Centre d'accueil pour demandeur d'asile |
| CAF | Caisse d'allocations familiales |
| CCAS | Centre communal d'action sociale |
| CLS | Contrat local de santé |
| CHRS | Centre d'hébergement et de réinsertion sociale |
| CHRU | Centre hospitalier régional universitaire |
| CSAPA | Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie |
| DDASS | Direction départementale de l'action sanitaire et sociale |
| DDCSPP | Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations |
| DIRECCTE | Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi |
| DGCS | Direction générale de la cohésion sociale |
| DGOS | Direction générale de l'offre de soins |
| DGS | Direction générale de la santé |
| DRASS | Direction régionale de l'action sanitaire et sociale |
| DRJSCS | Direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale |
| DT | Direction territoriale |
| EMPP | Équipe mobile psychiatrie-précarité |
| FNARS | Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale |
| LHSS | Lits halte soins santé |
| MSA | Mutualité sociale agricole |
| ORS | Observatoire régional de santé |
| PASS | Permanence d'accès aux soins de santé |
| PJJ | Protection judiciaire de la jeunesse |
| PMI | Protection maternelle et infantile |

| | |
|-------|---|
| PRAPS | Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies |
| PRGDR | Programme régional de gestion des risques |
| PRIAC | Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie |
| PRS | Projet régional de santé |
| PSRS | Plan stratégique régionale de santé |
| PTS | Programme territorial de santé |
| RGPP | Révision générale des politiques publiques |
| RSI | Régime social des indépendants |
| SROMS | Schéma régional de l'offre médico-sociale |
| SROS | Schéma régional de l'offre de soins |
| SRP | Schéma régional de prévention |

Introduction

Combien de personnes pauvres en France : 8,2 millions ou 11,2 millions ?

L'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale dans son 7^{ème} rapport de 2012 propose plusieurs estimations du nombre de personnes pauvres en France :

- 8,2 millions de personnes pauvres mesurées au moyen de l'indicateur du taux de pauvreté monétaire au seuil de 60% du revenu médian national ;
- 11,2 millions de personnes en situation de pauvreté ou d'exclusion selon l'indicateur retenu en Europe au vu de la mesure de la réduction de la pauvreté ou de l'exclusion sociale.

La multiplicité des termes employés dans le discours social –pauvreté, précarité, misère, exclusion–témoigne de la difficulté à désigner des phénomènes d'une grande complexité à la fois plurifactoriels et cumulatifs. Du concept d'exclusion dans les années 1960, le terme a été supplanté par celui de la précarité à l'heure actuelle.

Le Haut Comité de la Santé Publique définit la précarité comme « un processus de fragilisation conduisant à une plus grande vulnérabilité devant un certain nombre de handicaps sociaux, coûteux pour l'individu et susceptibles d'entraîner un glissement vers des situations plus durables et plus dramatiques, proches de la grande pauvreté ou de l'exclusion ».

La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a créé un dispositif à destination des personnes précaires : **le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)**. Celui-ci a pour finalité d'améliorer l'état de santé des personnes en situation de précarité et de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. Il vise à permettre aux personnes les plus démunies d'accéder au système de droit commun dans les domaines de la couverture sociale, de la prévention et des soins:

- par une meilleure connaissance des questions de santé liées à la précarité ;
- par le repérage des difficultés d'accès aux droits, à la prévention et aux soins ;
- par la mise en œuvre de soutien et d'accompagnement et le développement de dispositifs « Passerelles » de nature à éviter le recours tardif ou le non-recours aux soins ;
- par une meilleure coordination des acteurs concernés, notamment à travers le déclouisonnement des champs sanitaire et social en vue d'assurer le relais entre les différentes prises en charge.

La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, familiale et sociale¹.

Les situations de vulnérabilité peuvent résulter d'une multitude de facteurs :

- *d'ordre économique* : bénéficiaires de minima sociaux, travailleurs pauvres, personnes surendettées, emplois précaires, absence d'emploi ;
- *d'ordre culturel* : personnes illettrées, migrants précaires ;
- *d'ordre relationnel* : parents isolés, jeunes en rupture familiale, grands marginaux ;
- *liés à une rupture* : veuvage, divorce, licenciement, sortie de prison, sortie d'établissement de santé sans solution d'accueil, étrangers en situation irrégulière ;
- *relevant d'un manque de qualification* : jeunes en échec scolaire ou sortis du dispositif de formation sans qualification ;
- *d'ordre matériel* : personnes sans logement ou en logement précaire.

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique dispose que « *l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis constitue un objectif prioritaire de la politique de santé publique* ». Par ailleurs, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire du 21 juillet 2009 (loi HPST) confirme le PRAPS comme l'un des programmes obligatoires constituant le Projet Régional de Santé (PRS). Le PRS définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans ses larges champs de compétences (prévention et promotion de la santé, soins ambulatoires, soins hospitaliers, offre médico-sociale). Dans ce nouveau contexte administratif, à côté de l'enjeu de l'amélioration de l'état de santé des populations démunies, le PRAPS est porteur d'enjeux de transversalité au sein comme en dehors des Agences Régionales de Santé (ARS). La réussite du PRAPS repose ainsi à la fois sur la coopération des différents acteurs responsables des politiques publiques et sur une bonne articulation entre les dispositifs sanitaires et sociaux s'adressant aux plus démunis. La question de la gouvernance du PRAPS comme du PRS, tant au sein de l'ARS qu'avec les partenaires externes apparaît donc comme essentielle.

D'après Dominique-Paule DECOSTER², on peut définir la gouvernance comme un système décisionnel partenarial non hiérarchisé. Elle s'exerce comme une capacité

¹ *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Ministère de l'emploi et de la solidarité / Haut Comité de la santé publique, Rennes, éd. ENSP, février 1998.

² Dominique-Paule DECOSTER, maître de conférence à l'Université de Mons (Belgique), séminaire des acteurs de l'éducation pour la santé et l'environnement, Vannes, 22 mars 2012.

collective des acteurs publics, privés ou associatifs à gérer les interdépendances d'un projet et son agenda. Selon les termes du Journal Officiel, la gouvernance « *s'apprécie non seulement en tenant compte du degré d'organisation et d'efficacité, mais aussi et surtout d'après des critères tels que la transparence, la participation, et le partage des responsabilités* ».

La complexité et l'interdépendance des déterminants des inégalités sociales de santé conduisent à s'interroger sur les leviers les plus efficaces pour favoriser le travail commun avec les autres partenaires et limiter les obstacles à une telle coordination. On peut alors s'interroger : dans quelle mesure l'efficacité de la gouvernance du PRAPS est-elle influencée par sa transversalité ? Pour répondre à cette problématique, des recherches documentaires ainsi que des entretiens ont été réalisés dont la méthodologie est présentée en annexe.

La gouvernance du PRAPS en Bretagne semble fragilisée en raison de multiples obstacles qu'il convient d'appréhender dans une première partie, avant de présenter les différentes pistes d'amélioration pouvant garantir le renforcement de la coordination dans le pilotage du PRAPS.

1. Les obstacles à la gouvernance du PRAPS : état des lieux

Le PRAPS a été initié au travers de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions et rendu obligatoire par celle du 9 août 2004 relative à la santé publique. Depuis cette date, trois PRAPS ont été adoptés en Bretagne, alors même que les institutions et acteurs en charge de ce programme ont vu leurs organisations profondément modifiées par d'importantes évolutions législatives et réglementaires, rendant complexe le processus d'élaboration du PRAPS.

1.1 De nouveaux acteurs à la recherche d'une stabilisation de leurs organisations

1.1.1 Les PRAPS 1 et 2

Dès 2001, la Bretagne, comme les autres régions, a mis en œuvre ce programme en initiant avec les partenaires locaux (communes, conseils généraux, assurance maladie, hôpitaux, etc.) des projets d'aide aux personnes démunies en les finançant sous l'égide des DRASS et DDASS.

Les évaluations de ces PRAPS 1 (2001-2003) et 2 (2003-2006) ont mis en évidence, en Bretagne comme ailleurs, les limites de l'objectif premier prescrit par la loi, en soulignant notamment :

- l'absence de pilotage et de coordination des différents acteurs au niveau régional ;
- une communication déficiente tant à destination des acteurs locaux et institutionnels en charge des populations démunies qu'auprès de ces mêmes populations ;
- une grande complexité des modalités de financement des projets potentiels ;
- un déficit d'analyse, en amont, des besoins des populations en situation de précarité et, en aval, de la pertinence des projets et actions mises en œuvre.

Ces problématiques et l'absence d'un nouveau texte réglementaire ont conduit les différentes institutions en charge de ce programme à ne pas le reconduire à partir de 2007 tout en continuant à financer localement les projets proposés.

Cette mise en sommeil a duré jusqu'en 2011, date à partir de laquelle les ARS ont eu en charge l'élaboration et la gouvernance du PRAPS³. Le contexte de création de ces agences a eu un impact sur la définition du PRAPS actuel (2012-2016).

1.1.2 Un nouvel acteur pour une nouvelle gouvernance

La création des ARS est le fruit d'une évolution tant de l'organisation de l'État au travers notamment de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) initiée en 2007 que des réformes successives du monde de la santé dont la plus récente est la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Au travers de la RGPP comme de la loi HPST, l'État vise principalement à moderniser et simplifier ses services ; à mettre en place une gouvernance régionale de l'ensemble des institutions en charge de la santé et du médico-social ; à responsabiliser les acteurs en instaurant une culture de planification et de résultats par le biais de programmes régionaux de santé, de plans d'actions spécifiques et d'outils d'analyse et d'évaluation.

Dans ce cadre, les ARS ont pour mission d'assurer, à l'échelon régional, le pilotage d'ensemble de notre système de santé. Elles sont responsables de la sécurité sanitaire, des actions de prévention menées dans la région, de l'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de la population, y compris dans les structures d'accueil des personnes âgées ou handicapées. Elles doivent garantir une approche plus cohérente et plus efficace des politiques de santé menées sur un territoire et permettent une plus grande fluidité du parcours de soin, pour répondre aux besoins des patients.

La stratégie des ARS pour mettre en œuvre concrètement ses objectifs s'appuie sur le PRS au travers de plusieurs champs : la prévention, les soins hospitaliers et ambulatoires, ainsi que le médico-social.

Le PRS se décline par le biais du plan stratégique régional de santé (PSRS) en schémas et programmes régionaux :

- Des schémas ; un Schéma Régional de Prévention (SRP), un Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS) comprenant un volet soins ambulatoires et un volet soins hospitaliers, un Schéma Régional de l'Offre Médico-Sociale (SROMS) ;
- Des programmes thématiques ; le PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins), le PRGDR (Programme Régional de Gestion Du Risque),

³ On peut rappeler que certaines régions avaient élaboré un PRAPS « 3^e génération » avant l'entrée en vigueur de la loi HPST, et donc avant la création des ARS (Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2008,...).

le PRIAC (Programme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie), programme télémédecine ;

- Des Programmes territoriaux de Santé (PTS).

1.1.3 Un changement de paradigme

Ce contexte de réforme a profondément modifié les organisations régionales et conséquemment les liens entre les différents acteurs en charge du PRAPS depuis 2001. En effet, alors que les personnes en charge du secteur de la cohésion sociale étaient autrefois en contact direct avec ceux du sanitaire au sein des DDASS et DRASS, désormais elles sont séparées en intégrant deux réseaux administratifs distincts : le réseau de la cohésion sociale (Directions Régionales de la Jeunesse et des Sports, et de la Cohésion Sociale et directions départementales interministérielles de la cohésion sociale) ainsi que le réseau des ARS. A contrario, d'autres acteurs, services de l'Etat et services de l'Assurance-maladie, se sont vus rassemblés au sein des ARS avec l'obligation de travailler ensemble à la définition et à la mise en œuvre des différents programmes du PRS. Ces « cloisonnements - décloisonnements » ont exercé une influence sur les conditions d'élaboration du PRAPS.

Par ailleurs, ces changements organisationnels sont relativement récents et à ce jour ces directions sont encore dans une phase de découverte de leurs champs de compétence respectifs et communs. Ce contexte est à prendre en compte pour comprendre la chronologie de mise en œuvre du PRAPS actuel. Créées par la loi HPST de 2009, les ARS ont, en 2010 et 2011, dû se structurer mais aussi établir un diagnostic et concevoir un PRS et par là même un PRAPS.

La mise en œuvre du PRAPS « nouvelle génération » ne peut pour autant se concevoir que dans un modèle de santé pluridimensionnel, totalement transversal et intersectoriel. En conséquence, il nécessite une recherche de complémentarité au sein et hors de l'ARS avec l'ensemble des institutions et acteurs concernés :

- L'assurance maladie (Régime général, MSA, RSI et les centres d'examens de santé) ;
- Les Caisses d'Allocations Familiales ;
- Les Conseils Généraux ;
- Les communes, en particulier celles ayant mis en place un ASV, les CCAS ;
- Les établissements de santé ;
- Les établissements médico-sociaux ;
- Les établissements et services sociaux et d'insertion sociale et professionnelle (CHRS, CADA, maisons-relais, résidences sociales, missions locales...)

- Les professionnels de santé, les structures d'exercice coordonné, les réseaux de santé... ;
- Les associations de quartier, les associations caritatives ;
- Les services de l'État : DRJSCS, DDCS(PP), DIRECCTE...

Au-delà des problématiques de réorganisations déjà évoquées, force est de constater qu'une appropriation de la démarche PRAPS n'est en soi concevable que sur la base de valeurs, de logiques et plus globalement d'une culture admise et partagée par tous les acteurs. Pour autant, une telle acculturation ne va pas de soi et il ne suffit pas de la souhaiter pour qu'elle se mette en œuvre.

1.1.4 Le PRAPS 2012-2016 en Bretagne

Désormais constitutif du PRS, ce nouveau PRAPS qui couvre la période de 2012 à 2016 s'articule en Bretagne à travers trois priorités du PSRS :

- Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie ;
- Améliorer l'accompagnement du handicap, de la perte d'autonomie, des dépendances et du vieillissement ;
- Favoriser l'accès à des soins de qualité sur tout le territoire.

A ce jour, plusieurs réunions du comité de pilotage ont eu lieu afin, d'une part d'envisager la phase de mise en place d'un plan d'actions déclinant les trois priorités régionales, et d'autre part de réunir autour d'une même table l'ensemble des institutions et acteurs concernés.

D'ores et déjà aux niveaux régional et départemental, l'ARS et la DRJSCS ont signé des conventions, tandis que leurs délégations territoriales (DT) et directions départementales (DD) ont formalisé des protocoles, afin d'accompagner plus efficacement les projets locaux et faciliter les relations directes entre les personnels de la « santé » et de la cohésion sociale.

Ainsi, la refonte du contexte organisationnel et institutionnel, marquée notamment par la création des ARS, modifie le cadre d'élaboration du PRAPS. Sa construction s'est dès lors trouvée complexifiée, du fait de contraintes nombreuses et d'un diagnostic territorial insuffisant.

1.2 Un processus d'élaboration difficile

1.2.1 Un calendrier contraint

Il convient de rappeler en premier lieu que la rédaction du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, inclus dans le Projet régional de santé, s'est faite dans des délais très serrés, dans la dynamique du lancement des PRAPS « 3^e génération ». En effet, son coordonnateur, M. A. MOHANU, a été nommé à ce poste lors de son arrivée au sein de l'ARS en avril 2011. Son arrivée a coïncidé avec le lancement de la démarche d'élaboration du PRAPS, dans le cadre de l'élaboration par l'ARS du Projet régional de santé. Le PRS Bretagne devait être arrêté par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé dans le courant du premier trimestre 2012, après une phase de travail et une phase de concertation (qui a débuté à l'automne 2010). Le référent PRAPS devait donc, dans un délai de six mois, proposer une version définitive du PRAPS avant sa mise en concertation (fin 2011 – début 2012). Un de nos interlocuteurs à la Direction Générale de la santé parle d'une « *contrainte calendaire extrêmement pesante* », du fait du caractère trop rapide de la rédaction du PRAPS en vue de la signature du PRS au début de l'année 2012.

Pour beaucoup d'intervenants interrogés, la rapidité des délais d'élaboration du PRAPS a contribué aux difficultés de sa rédaction. D'abord, après son arrivée au sein de l'ARS, le coordonnateur PRAPS a dû s'approprier les enjeux, faire la connaissance des acteurs, pour maîtriser cette problématique (ce qui représente un temps de travail non négligeable) : il parle d'un « *tâtonnement* », d'autant plus qu'il se retrouvait dans un environnement PRAPS en recomposition – « *les partenaires étaient éloignés du PRAPS* » –. Ensuite, ce caractère limité des délais d'élaboration a conduit à précipiter les réunions dans une période réduite, si bien que certains acteurs interrogés ont parlé d'un risque initial de « *réunionite* ».

1.2.2 Une équipe projet au service de l'élaboration du PRAPS

Sous la responsabilité du référent PRAPS, le pilotage du programme s'est inspiré d'une démarche de gestion de projet. A ce titre, on peut considérer que la gouvernance de l'élaboration du PRAPS a souffert de dysfonctionnements : en effet, l'élaboration a fait l'objet d'un travail collectif, censé permettre l'apparition d'un constat partagé, ce qui a nécessité le recours à de nombreux acteurs lors de la phase d'élaboration. Le référent PRAPS fut chargé du pilotage de l'élaboration, avec une mission d'animation et de coordination des instances de travail. Une équipe-projet a ainsi été constituée, chargée d'effectuer des propositions concernant le PRAPS pendant la phase d'élaboration du EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2012

document : cette équipe-projet comportait quatorze membres, reliant différents agents des différentes directions-métiers et des délégations territoriales de l'ARS avec un agent de la DRJSCS.

L'équipe-projet a permis d'accompagner le coordonnateur dans l'élaboration des différentes versions du PRAPS, tout en étant chargée de la transversalité intra-ARS (associer les différentes branches de l'ARS à la construction du document) et de l'ancrage territorial du PRAPS (un document fondé sur des données issues d'un diagnostic local). Par ailleurs, les Commissions de coordination des politiques publiques (en prévention, santé scolaire, santé au travail, protection maternelle et infantile, et dans le domaine médico-social) ont permis, dès juin 2011, de rassembler autour de l'ARS les représentants des services déconcentrés de l'Etat, des collectivités locales ainsi que des organismes de Sécurité sociale, afin de garantir la cohérence interne du PRAPS et sa complémentarité avec d'autres politiques sanitaires et sociales.

Enfin, un comité de pilotage a été formé, à partir des membres des commissions de coordination, en associant d'autres partenaires (CAF, FNARS et AIDES représentant les usagers) au titre de leur intervention auprès du public démunis, et, partant, de leur expertise dans le domaine de l'accès aux soins et à la prévention parmi les populations vulnérables. Or, on peut considérer que cette instance, essentielle puisqu'elle favorise la transversalité, semble insuffisamment pilotée : certains acteurs (notamment des représentants d'associations d'usagers) ignoraient faire partie du comité de pilotage, d'autres étaient référencés parmi leurs membres alors qu'ils n'y appartenaient plus... Il apparaît que la composition du comité de pilotage a été élargie avec la réorganisation du champ sanitaire, social et médico-social à la suite de la loi HPST : avant la mise en place des ARS, le comité de pilotage du PRAPS regroupait essentiellement les DDASS et DRASS. Cet élargissement du comité de pilotage a pu contribuer à la difficulté de certains partenaires à identifier leur positionnement⁴. Globalement, le rôle de ces structures participant à la construction du document s'avère insuffisamment identifié par les acteurs, posant la question de la communication sur l'élaboration du PRAPS.

⁴ Pour autant, certains acteurs (notamment AIDES) ont déploré la non-inclusion du secteur ambulatoire par exemple dans le comité de pilotage. L'ARS tente actuellement de mieux impliquer l'Union régionale des professionnels de santé (ex-URML) dans le PRAPS, étant consciente de son expertise auprès des publics démunis.

1.2.3 Un diagnostic territorial insuffisamment étayé

L'élaboration du PRS s'est fondée sur un diagnostic de l'ORS Bretagne (septembre 2010) sur les questions de santé dans la région. Il convient de constater la pauvreté des données disponibles relatives à la précarité en Bretagne, d'après le relevé des informations statistiques présentes dans le diagnostic du PRAPS. Dès lors, le diagnostic s'est appuyé essentiellement sur une reprise des catégories de populations vulnérables issues du guide méthodologique mis en place en mars 2011 par la DGS. Le référent PRAPS a perçu l'arrivée de ce guide comme un véritable « *coup de pouce* ». Un interlocuteur de la DGS a confirmé que la majorité des ARS a eu recours au guide (d'après son état des lieux sur l'élaboration du PRAPS en région en septembre 2011). A partir de la typologie des publics vulnérables tirée du guide méthodologique, le référent PRAPS a ajouté quelques types de publics spécifiques à la région Bretagne : les personnes éloignées du système de soins en raison de l'âge, de l'isolement, du mode de vie ; les enfants souffrant de troubles d'apprentissage au sein de familles en difficulté (à partir des recommandations du rectorat et des conseils généraux) ; les personnes détenues ; les mineurs délinquants.

Ainsi, à l'été 2011, le référent PRAPS a pu recueillir des informations auprès des partenaires pour faire le bilan de l'existant dans le domaine du PRAPS, recensant par-là de nombreux dispositifs (CSAPA, CAARUD...). Il a pu structurer ces informations, « *en vrac* » en juillet, en s'appuyant sur le guide méthodologique en août. Mais ce choix méthodologique pour construire le PRAPS a entraîné l'absence d'un diagnostic véritablement territorial, qui repose sur une analyse fine des spécificités régionales en matière de santé et précarité. La DGS a expliqué qu'elle s'attendait à une appropriation locale par chaque ARS du guide, qui constitue pour elle un « *cadre commun des nouveaux PRAPS* ». En termes de types de publics, le PRAPS s'est fondé sur un « *diagnostic partagé par les partenaires* » mais sans objectivation par une mesure scientifique.

On peut dès lors considérer que la phase d'élaboration du PRAPS 3 a souffert d'un manque de pilotage au sens où les instances participant à sa construction restent insuffisamment identifiées par les acteurs.

1.2.4 Des difficultés de mise en œuvre multiples

Le pilotage de la construction du PRAPS se heurte à une première difficulté : la démarche de gestion de projet pour mettre en œuvre le programme en concertation ne saurait se décréter et nécessite une adhésion et une appropriation collective de ce mode de travail.

Les difficultés « post-élaboration » du PRAPS sont d'ordres multiples. Elles concernent le financement du programme, le fonctionnement cloisonné, en tuyaux d'orgue, des différents acteurs, et également un manque d'anticipation de la mise en œuvre du programme.

Le financement du PRAPS ne relève pas de crédits spécifiques. Il s'inscrit dans les crédits globaux alloués à l'ARS, qui est chargée de les répartir. Cette situation ne facilite pas sa mise en œuvre compte tenu du contexte budgétaire national difficile, des priorités de santé publique, de sécurité sanitaire, de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale sur les territoires de santé composant la région. Dans sa forme, le PRAPS constitue un élément obligatoire dans le PRS. Cependant, les moyens alloués à sa mise en œuvre ne sont pas toujours à la hauteur de la programmation retenue, ce qui peut donner une impression de saupoudrage des financements ou d'insuffisance de moyens.

Ce tableau doit être complété par une pratique très répandue de cofinancement des actions relevant du PRAPS. En effet, plus de la moitié des actions bénéficie d'un budget provenant d'au moins deux financeurs⁵. Les modalités de vote des budgets des différents acteurs, la multiplicité des lignes budgétaires, la pérennisation des financements d'une année sur l'autre, constituent des freins pour les porteurs de projet, découragés par la complexité de ce système. Par ailleurs, le non chiffrage du programme lui donne un caractère aléatoire en fonction des fonds disponibles.

Le cloisonnement observé dans la mise en œuvre du PRAPS est protéiforme : géographique, institutionnel et professionnel.

Le cloisonnement géographique est caractérisé par un manque de transversalité entre les différents niveaux d'intervention, national, régional, départemental et territorial. La coordination entre ces divers niveaux n'est pas toujours efficiente ; les acteurs méconnaissent leurs activités réciproques, ainsi que leur appartenance ou non au réseau du PRAPS.

S'agissant de son caractère institutionnel, c'est ainsi qu'on observe un manque de coordination régionale, d'une part au sein même des directions – métier de l'ARS et ensuite, entre les autres administrations régionales, intégrées dans le champ du PRAPS. A cela se rajoutent les complications liées à la recomposition des directions régionales impulsée par la révision générale des politiques publiques. Se traduisant par des coordinations définies réglementairement, ce phénomène de réorganisation se retrouve au

⁵ Cf. étude « ICONES ».

niveau national notamment entre la DGS et la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS). Les directions générales définissent les politiques publiques à mettre en œuvre, leur coordination étant confiée à un autre acteur. En l'occurrence, c'est le conseil national de pilotage (CNP) des ARS qui assure cette mission. On observe ce même fonctionnement cloisonné au niveau des acteurs de terrain, aussi les actions développées sont peu ou pas connues par l'ensemble des intervenants. Malgré une élaboration concertée du PRAPS, les instances restent figées dans leurs organisations, comme les rapports entre la CAF et la CPAM d'Ille-et-Vilaine, peu développés, en témoignent.

Le cloisonnement est aussi professionnel et tient, pour une grande part, à la culture et au passé professionnels des divers intervenants et aux priorités de leurs institutions. Les acteurs ont peu développé la culture de l'interdisciplinarité et restent sur leurs pratiques professionnelles antérieures. Ce positionnement engendre quelques réticences au changement, ce qui rend la coordination aléatoire : certains acteurs ont qualifié la gouvernance du PRAPS comme étant trop « individu-dépendante ». La difficulté des acteurs à trouver leur place dans la conduite du PRAPS apparaît à tous les niveaux, en particulier vis-à-vis du pilote désigné au sein de l'ARS. Le référent semble hésitant sur son rôle dans le domaine du pilotage du programme : doit-il être l'animateur, le régulateur-interventionniste ou le coordonnateur du dispositif ? Cette question n'étant pas clairement tranchée, la définition des modalités et niveaux de pilotages s'avère en l'état déficiente. On peut s'interroger sur la pertinence du développement d'un réseau national PRAPS mettant en lien les référents sur tout le territoire.

En définitive, ce fonctionnement cloisonné peut nuire à une bonne coordination du PRAPS. La construction collective du programme n'a pas atteint les effets attendus, à savoir le partage et la mutualisation des expériences ainsi que le renforcement de la communication autour du PRAPS.

Les objectifs et les actions retenues s'avèrent très généralistes, et sont ressentis comme un « catalogue » de bonnes intentions. Les chantiers envisagés, tels que la mise en place d'un système d'information régional et l'amélioration de la synergie entre les acteurs, nécessiteront beaucoup de travaux préparatoires devant être planifiés, avant la réalisation concrète des objectifs.

Par ailleurs, les modalités de suivi et d'évaluation déclinées dans le guide méthodologique sont insuffisamment précisées dans le programme. Les outils et les instances de suivi permettant de mesurer la satisfaction des populations-« cibles », du niveau local au niveau régional, ne sont pas clairement identifiés. L'absence d'information sur le pilote et les

délais de mise en œuvre des actions renforce cette impression. De plus, la planification de la mise en œuvre des différentes actions ne figure pas dans cinq des six objectifs prévus dans le document final⁶. En outre, le PRAPS étant décliné dans chaque schéma, la question des modalités d'évaluation se pose : les actions doivent-elles être évaluées au niveau des schémas ou des programmes ? Ces interrogations doivent être clarifiées par la définition d'une politique d'évaluation du PRS par le Directeur général de l'ARS.

La mise en œuvre du principe de démocratie sanitaire dans la gestion du PRAPS pose par ailleurs question. En effet, la représentation des usagers pour ces catégories de public reste problématique : comment prendre en compte la parole de populations vulnérables, peu participatives ? Faut-il s'appuyer sur les associations, parfois trop catégorielles ? L'utilisateur semble davantage une cible plutôt qu'un acteur, dont il convient d'asseoir la légitimité.

A la phase d'élaboration difficile se rajoutent des difficultés de financement, de fonctionnement peu transversal, et conceptuelles.

- **Freins**
- Des champs de compétences respectifs et communs non clairement définis entre les partenaires
- Des cultures et logiques différentes (professionnelles, administratives) qui génèrent un cloisonnement nuisible à la gouvernance
- Contraintes calendaires laissant peu de temps pour l'élaboration du PRAPS
- Des difficultés de positionnement de certains partenaires au niveau du comité de pilotage
- Diagnostic reposant sur la pauvreté des données ORS dans le domaine de la précarité
- Diversité des systèmes de financement des PRAPS et absence de financement propre
- Multiplicité des populations ciblées par le PRAPS et absence de priorisations réelles
- Fonctionnement des dispositifs en tuyaux d'orgue qui freine la gouvernance du PRAPS

⁶ Voir en annexe 5 les six objectifs

- **Leviers**
- Une volonté affirmée de simplifier les relations intersectorielles
- Un bilan du PRAPS 2
- Désignation d'un référent PRAPS
- La création d'une équipe projet en appui sur le PRAPS
- Mise en place d'un guide méthodologique d'aide à la rédaction du PRAPS

Ainsi, la gouvernance du PRAPS « 3^e génération » apparaît influencée par les transformations de l'environnement institutionnel et réglementaire, sa mise en œuvre nécessitant le renforcement du pilotage et le développement d'outils favorisant sa coordination.

2. Un nécessaire renforcement de la coordination dans le pilotage du PRAPS

Face aux obstacles précédemment évoqués, l'ARS doit être confortée dans sa place de « chef d'orchestre » et doit favoriser les partenariats entre les acteurs, afin d'optimiser la gouvernance du PRAPS en Bretagne.

2.1 La place de l'ARS « chef d'orchestre » dans le pilotage du PRAPS à confirmer

2.1.1 Développer la concertation entre les ARS

Le PRAPS 3^{ème} génération étant le premier à être piloté stricto sensu par les ARS, du fait de la création récente des ARS (1^{er} avril 2010), cette élaboration et cette mise en œuvre sont confiées à chaque ARS sans recul nécessaire ni partage d'expérience entre elles. Pour comparer les différentes approches régionales, les coordonnateurs communiquent via une simple liste de diffusion électronique où chacun a accès aux questions et aux réponses des autres coordonnateurs. Cette liste est bien sûr un atout dans le pilotage et la gouvernance du PRAPS dans chaque région, mais s'avère limitée pour plusieurs raisons. D'abord, elle ne permet pas d'avoir un historique fiable et structuré des différentes questions et réponses

fournies. Ensuite, tout nouveau coordonnateur arrivant n'aura pas accès aux différentes problématiques qui se sont posées à ses homologues régionaux. Au regard de ces observations, il apparaît qu'une Foire Aux Questions (FAQ) sous forme de forum permettrait d'établir une base actualisée des différentes questions classées par thème avec la possibilité pour tout nouveau coordonnateur d'avoir accès aux précédentes discussions. Le référent PRAPS au niveau national devrait avoir aussi accès à ce forum afin d'apporter son éclairage sur les problèmes soulevés et des éclaircissements sur les directives nationales.

2.1.2 Renforcer l'implication des différentes directions métiers de l'ARS

Le PRAPS, du fait de sa transversalité affichée et réelle, nécessite une bonne connaissance des différentes directions métiers au sein même de l'ARS. En effet, il apparaît indispensable que les différentes directions soient davantage sensibilisées aux enjeux du PRAPS affichés par l'ARS. En ce sens, le coordonnateur du PRAPS doit avoir une bonne expérience des différentes directions métiers au sein de l'ARS ou tout du moins bien connaître ses différents interlocuteurs en interne. Le PRAPS doit passer par les différentes directions, que ce soit la santé publique, l'offre hospitalière, ambulatoire ou médico-sociale. Toutes les directions ou directions adjointes doivent être associées au comité de pilotage interne du PRAPS afin que le côté transversal et la vision globale du PRAPS ne soient pas perdus.

2.1.3 Conforter le rôle des délégations territoriales

Au cours de nos entretiens, davantage que le siège de l'ARS lui-même, les délégations territoriales sont apparues comme les interlocuteurs privilégiés des partenaires extérieurs, concernant les actions concrètes rattachées au PRAPS. De même, beaucoup de collaborations existent d'ores et déjà entre les délégations territoriales et les partenaires extérieurs dans le domaine de la précarité sans que le PRAPS ne soit forcément à l'initiative de ces actions. Comme pour les différentes directions métiers du siège, il apparaîtrait judicieux d'impliquer fortement les délégations territoriales dans le comité de pilotage interne et/ou le comité de suivi. Il serait aussi intéressant de répertorier les différentes actions menées par les délégations territoriales et les partenaires extérieurs en matière de précarité et de les resituer dans le cadre des objectifs du PRAPS. Cela permettrait de mieux coordonner les actions sur le terrain et favoriserait une plus grande comparaison des actions menées dans chaque DT. Afin que le PRAPS puisse s'adapter

aux particularités locales de chaque délégation territoriale, les objectifs de chaque DT au sein du PRAPS devraient être explicités plus clairement. Il conviendrait pour autant de veiller à garder une cohérence régionale du PRAPS aussi bien dans le diagnostic que dans sa mise en application.

2.1.4 Améliorer la cohérence nationale

Au niveau du pilotage national du PRAPS, même si l'élaboration du guide méthodologique a été confiée à la DGS avec une implication des autres directions, le cloisonnement apparaît encore de rigueur. En effet, les différentes directions centrales semblent fonctionner pour la plupart en « tuyaux d'orgues » que ce soit pour la DGS, la DGOS, la DSS et la DGCS. Dans le cadre du PRAPS, un pilotage national plus transversal serait souhaitable en sollicitant davantage les différentes directions centrales. Une plus grande coopération entre les Directions Générales du Ministère de la Santé faciliterait l'émergence d'une culture « santé-précarité » au niveau national. Des actions communes interministérielles entre la Santé et la Cohésion Sociale renforceraient la cohérence entre les différentes directions centrales au niveau du PRAPS. A ce titre, la DGS va organiser une journée « précarité » (juin 2012) où tous les coordonnateurs du PRAPS seront invités.

Il apparaît donc essentiel que tous les échelons du réseau ARS soient coordonnés dans la gouvernance du PRAPS, qui ne saurait s'exercer de façon adéquate sans la mobilisation des différents acteurs intervenant dans le champ de la santé des plus démunis à travers des outils partenariaux.

2.2 Des outils pour favoriser les partenariats

2.2.1 Définir une stratégie adaptée

Du fait de son nouveau positionnement dans l'environnement institutionnel et dans son champ de compétence qu'est la santé, **l'ARS a pour rôle d'animer et de créer du lien entre les différents acteurs participant à la prise en charge du PRAPS**. Elle doit tenter de coordonner les interlocuteurs, c'est-à-dire guider ou encadrer les initiatives ou les actions de plusieurs intervenants vers un but commun, à savoir l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de santé des publics les plus défavorisés.

D'une part, la coordination doit permettre d'éviter la « superposition » et l'empilement des dispositifs existants qui sont complémentaires et adaptés à chaque catégorie de publics.

Cela devrait se traduire par un pilotage transversal évitant ainsi les doublons d'initiatives entre intervenants eux-mêmes mais aussi sur un même type de population ciblé.

D'autre part, l'objectif de transversalité s'inscrit dans une volonté de créer du lien entre l'ARS et les différents intervenants dans le cadre du PRAPS pour qu'ils puissent être facilement mobilisés dans la gouvernance. Afin de cibler les populations concernées en s'adressant aux interlocuteurs adaptés, l'ARS doit pouvoir identifier les différents acteurs selon leurs champs de compétences respectifs, notamment pour l'ouverture des droits ou encore sur l'accessibilité aux différents dispositifs.

De plus, cette coordination doit permettre à terme **d'éviter un fonctionnement en « tuyaux d'orgue »**, caractérisé par un manque de communication et de connexion entre les différents acteurs et les différents échelons⁷. Les problématiques des publics ciblés ne doivent plus être traitées séparément entre les secteurs (ambulatoires, hospitalier, médico-social...), les champs (social et sanitaire) et les populations (personnes âgées, familles monoparentales, rurales, jeunes, enfants...). C'est pourquoi, la force de l'ARS repose désormais sur le regroupement de ces différents secteurs pour une réponse efficace aux besoins des populations.

Afin de créer du lien entre les différents intervenants et ainsi d'éviter les doublons, il est indispensable de préciser le rôle et la fonction de chacun ainsi que favoriser la connaissance mutuelle des acteurs : distribution d'organigrammes, annuaire interne, séminaires par thématiques, etc. En cela, l'ARS peut animer ces rencontres afin d'encourager une dynamique de réseaux (réunions d'échanges, mise à jour et diffusion des contacts via une newsletter,...).

La loi HPST fait de l'ARS le pivot majeur de la gouvernance du PRAPS : il s'agit d'une légitimité reconnue par tous les acteurs lors des différents entretiens. Les professionnels interrogés attendent de l'ARS qu'elle se positionne pour être capable d'animer, de coordonner et de donner le tempo avec un calendrier établi pour la conduite de l'ensemble de la démarche PRAPS. Toutefois, un rythme de rencontres raisonnable semble judicieux afin d'éviter la démotivation des acteurs, perçue par certains lors de la rédaction initiale du PRAPS (démotivation, absentéisme en réunion, manque d'intérêt pour un ordre du jour jugé trop généraliste, etc.)

⁷ Ainsi, la CAF d'Ille et Vilaine, conviée par l'ARS au comité de pilotage ne s'est pas trouvée légitime pour représenter la région et a transmis la demande à la Fédération Régionale des CAF sans pouvoir nous informer des suites données.

Il ressort par ailleurs des entretiens que « *l'ARS est là pour impulser les choses, fixer les orientations et vérifier ce qui a été impulsé...* ». Elle doit ainsi participer à toutes les étapes de la gouvernance à savoir la définition et la programmation en concertation, la mise en œuvre et l'évaluation. Un juste équilibre reste à déterminer afin de laisser une marge de manœuvre aux acteurs de terrain, qui vont mobiliser les différents outils.

Pour ce faire, il convient de fixer des thèmes prioritaires et/ou des approches populationnelles et ainsi d'éviter l'éparpillement des actions. En raison de la superposition des dispositifs et de l'approche globale des personnes précaires, les acteurs mettent en exergue un manque de visibilité de déploiement du PRAPS, voire un manque d'efficacité quant à l'atteinte des objectifs. Dès lors, les professionnels souhaitent une planification pluriannuelle des priorités avec des objectifs précis et réalisables (année civile ou scolaire selon la cible concernée).

Il conviendrait alors de traiter ces priorités soit :

- par une **approche thématique** qui cible un problème de santé : vaccinations, sexualité, nutrition, etc. Si cette préconisation permet de prioriser les financements et contribue à l'efficacité des actions ciblées, elle n'améliore pas la gouvernance du PRAPS en raison de la multiplicité des acteurs.
- par une **approche populationnelle** : mineurs, personnes âgées, détenus, etc. Ce système a l'avantage de réunir seulement les partenaires, en charge de ces populations (par exemple pour les mineurs : PMI, Rectorat, PJJ, CAF...) au sein d'un comité restreint. Favorisant une complémentarité des acteurs compétents pour une même population, cette approche garantit une réelle appropriation du PRAPS, par une mutualisation des actions individuelles et pouvant intéresser les autres. Ainsi, ce partage d'expériences offre la possibilité de transposer une action innovante et efficace initialement territoriale à l'ensemble de la région.

Pouvant être croisées, ces deux approches confortent la transversalité et la complémentarité, essentielles pour une gouvernance performante du PRAPS.

Enfin, sous l'égide de l'ARS, un renforcement de la communication au sein du réseau PRAPS paraît souhaitable, afin d'améliorer la lisibilité de celui-ci. En effet, la communication constitue un élément déterminant de la gouvernance du PRAPS, et peut être renforcée à la fois à l'intérieur et hors de l'ARS. Il ressort de nos entretiens que la connaissance du PRAPS varie en fonction des différents services, bien que ce programme, transversal, implique toutes les directions de l'ARS. Dès lors, il convient de développer

une véritable politique de communication à la fois au sein de l'ARS et en direction des différents partenaires, à travers des messages du DGARS, une large diffusion de documentation (ex : plaquettes, etc.) ou encore de newsletter dédiée au PRAPS.

2.2.2 S'emparer des outils partenariaux disponibles

Le PRAPS constitue un programme spécifique au sein du PRS ; or, il concerne tous les secteurs du champ sanitaire (prévention, ambulatoire, hospitalier, médico-social) ainsi que de la cohésion sociale. Certaines personnes interviewées s'interrogent sur la pertinence d'un tel programme et proposent d'intégrer la problématique de l'accès aux soins et à la prévention des populations précaires dans chaque schéma élaboré plutôt que d'y consacrer un programme particulier. Cette solution pourrait favoriser l'implication de chacun des acteurs et donc faciliter la gouvernance du PRAPS.

Dans ce même but, il serait souhaitable à l'avenir de convier tous les acteurs concernés par la thématique de la santé des plus démunis à une grande conférence afin de faire l'inventaire des dispositifs existants. Ce bilan pourrait servir à identifier les lacunes en la matière et à réajuster les actions d'ici à la fin du programme.

En outre, le PRAPS fait état de plusieurs outils qui visent à la continuité des soins, à l'amélioration de l'état de santé des populations et à l'accès à la prévention. Ces outils doivent être mobilisés par les différentes instances car au-delà des objectifs de santé poursuivis, ils permettent d'améliorer, voire de pérenniser, les liens entre chacun des acteurs concernés, ce qui contribue in fine à une meilleure gouvernance. Cela se traduit essentiellement par diverses modalités de contractualisation : les ASV, les ATS, les EMPP mais aussi les PASS ou encore les CLS et les LHSS qui sont autant d'outils susceptibles d'être utilisés.

A titre d'exemple, les Contrats locaux de santé⁸ donnent lieu à la signature d'un contrat entre l'ARS et les collectivités locales souhaitant développer des projets locaux de santé. Les territoires particulièrement vulnérables sont ciblés par les CLS dans un souci de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé. Un véritable travail de partenariat est alors engagé entre l'ARS et la collectivité territoriale volontaire, ce qui se traduit par la signature du CLS. En effet, un tel outil s'appuie sur un diagnostic élaboré conjointement

⁸ Article L. 1434-17 du CSP : la mise en œuvre du PRS peut faire l'objet de CLS conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

qui s'attache à rendre compte de la situation économique, sociale et sanitaire sur un territoire donné. Le CLS est un outil fortement mobilisé par les ARS car il favorise le dialogue et la collaboration entre différents acteurs intéressés par la santé des plus démunis (collectivités, ARS, DRJSCS, CPAM, CAF, associations, mutuelles...). Les délégations territoriales, dont les missions sont au plus près des besoins locaux, développent un très grand intérêt pour les CLS et restent un interlocuteur privilégié pour les collectivités. Ces contrats contribuent également à la réalisation de la démocratie sanitaire en ciblant les besoins spécifiques aux populations implantées sur chacun des territoires signataires d'un CLS mais aussi en associant directement les usagers aux différentes actions engagées. Il s'agit d'un outil doté d'un fort potentiel pour l'amélioration de la gouvernance du PRAPS car il permet de pérenniser les partenariats et de mobiliser les acteurs locaux. Si tous les échelons s'avèrent légitimes à traiter de la santé, en l'espèce de la santé des populations précaires, le niveau local reste le plus pertinent car il se situe au plus près des besoins et des réalités. C'est pourquoi le CLS connaît actuellement une réelle expansion au sein des ARS fortement engagées dans cette démarche de contractualisation.

Par leur proximité avec le terrain, le rôle des DT doit être conforté. Ainsi, comme le préconisent d'autres ARS, par exemple en Lorraine, « *dans une perspective d'opérationnalité, il sera donc nécessaire, une fois le PRAPS arrêté, de le décliner à un niveau territorial ou infra-départemental, tel que celui des secteurs d'animation territoriale de l'ARS* ». En Bretagne, les DT sont chargées de co-construire un PTS avec chacune des huit conférences de territoires de santé. L'élaboration avec les acteurs de proximité de ce programme peut être l'occasion de prendre en compte la problématique de la santé en lien avec la précarité, de définir des objectifs d'action et les moyens de les atteindre.

Les ASV sont des outils tout aussi intéressants, au croisement du volet santé de la politique de la ville et du volet santé de la loi de lutte contre les exclusions. Comme les CLS, ils permettent la réunion des acteurs concernés par la santé des populations précaires à travers l'élaboration d'un diagnostic des besoins et la participation des habitants. Les ASV contribuent à rompre l'isolement des usagers, des professionnels et des institutions. La rencontre des acteurs et la mise en place d'actions nouvelles ne sont pas une fin en soi ; en effet, les ASV vont au-delà et visent une meilleure coordination des actions, une mutualisation des ressources et une plus grande cohérence sur les territoires. En cela, ils participent à l'amélioration de la gouvernance du PRAPS.

En outre, on peut souhaiter la mise en place d'un comité de suivi, émanant du comité de pilotage, postérieurement à la phase d'élaboration du PRAPS. En effet, se pose la question

du suivi et de l'évaluation du PRAPS, qui permettent d'assurer la continuité de la mobilisation des acteurs et de favoriser la cohésion entre eux. Afin de mesurer ce qui a été entrepris sur les territoires, dans une démarche de rassemblement des acteurs il convient de définir des critères et des indicateurs. L'issue de cette évaluation permettrait de réajuster ou de poursuivre les actions menées.

Dans le souci d'améliorer la gouvernance du PRAPS, certains de nos interlocuteurs ont également évoqué l'exemple du logiciel « Oscar », mis en place en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ce logiciel vise à recenser les différentes interventions faites par les acteurs compétents dans le champ de l'accès aux soins et à la prévention des plus démunis. Il s'agirait en fait d'une cartographie des actions menées sur les territoires de Bretagne par chacune des institutions (PASS, EMPP, LHSS, etc.), constituant une importante base de données accessible à tous les acteurs. De surcroît, la mise en place d'un tel logiciel pourrait éviter les doublons et favoriser la mutualisation des actions ou la création de partenariats qui font défaut sur un territoire alors que des besoins sont connus (santé des détenus par exemple). Il permettrait à chaque acteur de se faire connaître des autres car il suffit parfois que les acteurs s'identifient pour pouvoir travailler ensemble. Enfin, un tel logiciel améliorerait la lisibilité du PRAPS, entraînant ainsi une meilleure appropriation des dispositifs en place par les acteurs, ce qui contribue in fine à l'efficacité de la prise en charge de l'usager. L'application d'un tel système d'information en région Bretagne pourrait s'accompagner d'un partage des organigrammes de chaque structure afin de permettre l'identification des interlocuteurs intervenant dans la thématique de la santé des plus précaires et une meilleure connaissance des missions et champs de compétence de chacun dans le souci d'améliorer la gouvernance du PRAPS.

2.2.3 Mieux se connaître et se reconnaître pour mieux agir ensemble

Il a été constaté lors des entretiens que des logiques institutionnelles et des cultures différentes s'affrontent dans la mise en œuvre du PRAPS et peuvent constituer un frein à sa gouvernance. C'est pourquoi tant des journées d'échanges que des formations communes seraient envisageables pour un meilleur partage des cultures professionnelles, contribuant à une meilleure connaissance mutuelle. Des « réseaux de santé précarité » plus ou moins informels ont vocation à se créer localement autour du PRAPS, favorisant ainsi des rapprochements entre les partenaires. Pour créer une culture commune entre ces différents acteurs, plusieurs démarches peuvent être initiées notamment via la création d'une

cartographie des acteurs et de leurs liens au sein de l'organigramme de mise en œuvre du PRAPS.

Enfin, la gouvernance passe nécessairement par une meilleure prise en compte de l'utilisateur. La loi du 4 mars 2002⁹ a instauré le principe de démocratie sanitaire, faisant de l'utilisateur un véritable acteur de santé et non plus seulement la cible des politiques sanitaires. La mise en place des ARS a entraîné la création d'instances où l'utilisateur siège et fait entendre sa voix, notamment via la CRSA. Il convient d'offrir des moyens à la hauteur des ambitions portées par la loi précitée, c'est à dire une réelle implication de l'utilisateur. Des initiatives existent et doivent être encouragées car elles visent une appropriation des dispositifs de santé par l'utilisateur, qu'il s'agisse d'actions collectives ou individuelles. L'examen du PRAPS Bretagne laisse apparaître qu'une place centrale est accordée à l'utilisateur mais surtout comme cible du programme. L'utilisateur doit donc se faire une place auprès des autres acteurs intervenants afin de contribuer lui aussi à l'amélioration de la gouvernance du PRAPS. Ainsi en Bretagne, la FNARS a sollicité l'ARS pour siéger en tant que représentant d'utilisateurs au sein du comité de pilotage. Les utilisateurs semblent encore insuffisamment s'approprier les dispositifs du fait de la création récente des ARS. A cette fin, l'utilisateur doit être véritablement partie prenante de l'élaboration des objectifs et des moyens de les atteindre, et pas seulement le porte-parole d'une expression catégorielle (par exemple, associations de patients connaissant une maladie ou un handicap spécifique).

• **Préconisations**

- Créer une Foire Aux Questions permettant de mutualiser les interrogations et les expériences des différents coordonnateurs régionaux du PRAPS et de garder l'historicité de ces échanges
- Associer davantage les différentes directions de l'ARS au sein du comité de pilotage interne et/ou comité de suivi
- Associer plus étroitement les différentes délégations territoriales de l'ARS au sein du comité de pilotage interne et/ou comité de suivi
- Répertorier les différentes actions menées dans chaque DT sur la précarité et définir plus clairement leurs objectifs au sein du PRAPS
- Faire émerger une culture « santé-précarité » au niveau national et accroître la cohérence entre la DGS, la DGOS, la DSS et la DGCS

⁹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

- Etablir des priorités soit thématiques ou populationnelles sur la base d'une planification temporelle adaptée
- ARS doit avoir un rôle d'animation pour créer du lien entre les différents acteurs participant à la prise en charge du PRAPS
- Un renforcement de la communication au sein de l'ARS et en dehors : documentation, newsletter, etc.
- La mobilisation des outils du PRAPS pour créer et pérenniser les liens entre les acteurs : CLS, ASV, LHSS, etc.
- Organisation d'espaces d'échanges : journées, conférences
- Développement de formation commune aboutissant à une culture commune utile à la gouvernance du PRAPS
- Améliorer la démocratie sanitaire en confortant la place de l'utilisateur dans la gouvernance en investissant davantage les instances de représentation

Conclusion :

Élément déterminant du PRS, le PRAPS s'inscrit comme un outil au croisement des politiques sociales et sanitaires menées par les pouvoirs publics. La problématique de l'accès aux soins et à la prévention des plus démunis, par essence transversale à tous les champs, est un défi pour l'ARS Bretagne qui se doit d'assurer un pilotage coordonné pour garantir la gouvernance du programme dit de troisième génération (PRAPS 2012-2016).

Celle-ci s'avère d'autant plus délicate qu'elle s'inscrit dans un contexte de réorganisation institutionnelle (RGPP et création des ARS) et correspond à une nouvelle ère dans le mode de pilotage des dispositifs d'intervention auprès des publics précaires. Ainsi, divers textes réglementaires et législatifs instituent une architecture du PRAPS fondée sur la coopération entre différents acteurs, au premier rang desquels figure l'ARS depuis la loi HPST. On peut supposer que l'efficacité, voire l'efficience du PRAPS reposent en partie sur sa gouvernance.

Or, en Bretagne, le PRAPS apparaît encore trop morcelé entre les différentes parties prenantes, le partage d'informations et d'expériences semble encore trop parcellaire. L'élaboration du programme, ayant subi d'importantes contraintes temporelles, n'a pas permis une pleine implication des partenaires, et sa mise en œuvre souffre encore de la pluralité des intervenants auprès des publics démunis.

Des leviers ont pu être identifiés au cours de notre investigation : renforcer la coordination au sein de l'institution ARS, accroître la transversalité et l'inter-sectorialité des dispositifs notamment à travers une communication accentuée, le recours à un ciblage thématique ou populationnel des actions, etc.

Le véritable enjeu pour la gouvernance du PRAPS réside dans la capacité de l'ARS à gérer des relations multiples entre des partenaires aux identités et aux positionnements divers. L'ARS, chef d'orchestre, doit s'efforcer d'assurer la coordination entre les acteurs, c'est-à-dire de canaliser leur force de proposition en fixant un cadre à la construction (permanente) du PRAPS, tout en suscitant leur adhésion et leur participation – conditions essentielles de l'efficacité du programme, du fait de l'expertise de ces partenaires locaux –. Il est préférable de piloter le PRAPS suivant une organisation ascendante, les niveaux locaux contribuant à enrichir le modèle fixé par l'échelon central, plutôt que selon un schéma descendant. Cela favorise des diagnostics partagés et nourrit l'analyse interne à l'ARS d'expertises de terrain, renforcés par le décloisonnement entre les secteurs social, sanitaire et médico-social.

Un fondement de la logique de transversalité et de coordination dans le réseau PRAPS consiste dans l'apport des méthodes de suivi et d'évaluation, qui participent plus généralement des transformations du Nouveau management public.

Bibliographie

Articles

L'ARS : pilote de la politique de santé régionale, Actualité et dossier en santé publique, NABET (Norbert), OLIVIER (Patrick), COURREGES (Cécile), 2011/03, pp. 22-34, [consultable à l'adresse suivante : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/431755/>]

Les ARS, un an après : l'espoir, l'ambition et les vicissitudes de l'action, COURREGES (Cécile), Article, DROIT SOCIAL, n°11, 2011 [consultable à l'adresse suivante : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/443229/>]

Rapports et documents officiels

Évaluation nationale de la première génération des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS 1), Ministère de la Santé, Direction Générale de la Santé, Juillet 2003 – ISRN : SAN-DGS/RE-03-2-FR [consultable à l'adresse suivante : http://pmb.santenpdc.org/doc_num.php?explnum_id=869]

Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, Guide méthodologique, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Mars 2011.

Programme régional d'accès à la prévention et aux soins en Bretagne, PRAPS 1, DRASS de Bretagne, Préfecture de la région Bretagne, juin 2000.

Programme régional d'accès à la prévention et aux soins en Bretagne, PRAPS 2 2003 – 2006, DRASS de Bretagne, Préfecture de la région Bretagne, juillet 2003 [consultable à l'adresse suivante : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drass35/2003/eur56.pdf>]

Programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité, PRAPS de 3^e génération, ARS de Bretagne, octobre 2011 [consultable à l'adresse suivante : http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Espace_consail_surveillance/Actions_agence/PRAPS.pdf]

Projet régional de santé de Bretagne 2012-2016, Agence régionale de santé de Bretagne, 2012 [consultable à l'adresse suivante : http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Concertation_regionale/Projet_regional_sante/Livre/index.html]

La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, Ministère de l'emploi et de la solidarité / Haut Comité de la santé publique, Rennes, éd. ENSP, février 1998.

Dossiers

Former à intervenir en éducation pour la santé dans une démarche de promotion de la santé, Guide du formateur, CRES Bretagne, Juillet 2003, [consultable à l'adresse suivante : http://www.cresbretagne.fr/fichiers_attaches/classeur-gen.pdf]

État des lieux du Programme régional d'Accès à la Prévention et aux soins en faveur des personnes démunies en Bretagne (2003-2006), Docteur DENIS, Mr CLAPPIER, Cabinet Icones, Juin 2008.

Sites internet

www.sante.gouv.fr

www.ars.bretagne.sante.fr

www.bretagne.drjscs.gouv.fr

http://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/

Liste des annexes

| | |
|----------|---|
| Annexe 1 | Méthodologie du groupe |
| Annexe 2 | Synthèse des freins, leviers et préconisations |
| Annexe 3 | Guide d'entretien |
| Annexe 4 | Synthèse des entretiens |
| Annexe 5 | Les 6 objectifs poursuivis par le PRAPS |
| Annexe 6 | Exemple de <i>news letter</i> « Praps Info » |
| Annexe 7 | Proposition de plaquette de présentation du PRAPS aux partenaires |

Annexe 1 - Méthodologie

Le groupe est composé de sept personnes issues de six filières différentes : élève directeur d'hôpital, directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, directeur des soins, attaché d'administration hospitalière, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, médecin inspecteur de santé publique.

Il a été accompagné et encadré tout au long des trois semaines par trois animateurs.

Un important travail préparatoire a été fait par les animateurs en ce qui concerne la recherche documentaire et la prise de rendez-vous.

Ce calendrier des rendez-vous nous a permis de nous répartir les entretiens dès la première rencontre (cf. tableau des rendez-vous). Lors du premier après-midi de travail, après le débriefing sur le sujet avec les animateurs, le groupe a réfléchi à son guide d'entretien et l'a formalisé (cf. Annexe 3).

Tous les entretiens se sont faits en présence de deux ou trois élèves (qu'il s'agisse des entretiens téléphoniques ou physiques) et ont donné lieu au rendu d'une synthèse écrite.

A l'issue des premiers entretiens, il nous a semblé important de rencontrer d'autres interlocuteurs : le groupe a donc prévu des entretiens formels avec deux des animateurs et s'est entretenu avec une directrice territoriale pour avoir son éclairage sur le sujet du MIP et sa vision de la gouvernance du PRAPS.

L'ensemble des entretiens ayant lieu à Rennes ou par téléphone, le groupe a pu se rencontrer chaque jour et échanger sur sa vision du sujet et du travail à rendre. Un premier plan a été élaboré à la fin de la première semaine puis enrichi tout au long de la deuxième semaine, à la suite de quoi il fut présenté aux trois animateurs et validé. Le groupe a ainsi pu se répartir le travail d'écriture.

La dernière semaine a permis la mise en commun de tous les écrits et une relecture de groupe afin d'harmoniser l'ensemble ainsi que la préparation de la soutenance.

| Date | Horaire | Nom du référent | Qualité | Adresse du rendez-vous | Coordonnées | Type d'entretien | | coordonnées des d'élèves |
|-----------|-------------|----------------------------------|---|--|--|------------------|--------------|-----------------------------|
| | | | | | | Physique | Téléphonique | |
| 03-mai-12 | 10h00-11h00 | Docteur Claire MAITROT | Médecin Conseiller du Recteur de l'académie de Rennes | 96, rue d'Antrain CS 10503 35705 RENNES CEDEX | Tél : 02.23.21.73.53 claire.maitrot@ac-rennes.fr | x | | Bertrand - Philippe |
| 03-mai-12 | 11h00 | Monsieur Hervé GOBY | Directeur de la Direction de l'offre de soins et accompagnement | ARS Bretagne Depatement offre sociale CS 14253 35042 RENNES CEDEX | 02..22.06.72.12 nora.ouadi@ars.sante.fr | x | | Cyrille - Prunelle - Cédric |
| 03-mai-12 | 10h00 | Docteur GOARIN - Pascale GERAULT | MSA | à l'EHESP | | x | | Thibault - Sophie |
| 03-mai-12 | 14 h 00 | Mme POUPAULT Françoise | Assistante sociale principale | DDCSPP 35 Service des politiques de lutte contre les exclusions 15, Avenue du Cucillé CS90000 35919 RENNES CEDEX 9 | Tél : 02.99.28.36.15 Secrétariat : 02.99.28.36.02 | x | | Philippe - Thibault |
| 04-mai-12 | 10h30-11h30 | Bernard DUPONT | Directeur général | | CHRU de Brest Tél : 02.98.22.33.45 | | X | Thibault - Prunelle |
| 04-mai-12 | 14h00-15h00 | Anne Yvonne EVEN | Directrice Adjoint | ARS Bretagne Depatement offre sociale CS 14253 35042 RENNES CEDEX | 02.22.06.72.17 Anne-Yvonne.EVEN@ars.sante.fr | x | | Philippe - Cédric |
| 04-mai-12 | 9 h 00 | Patrick Ambroise | Chef du Bureau MC 1 | Direction Générale de la Santé 8, Avenue du Ségur 75000 PARIS | 01.40.56.48.41 patrick.ambroise@sante.gouv.fr | | x | Sophie - Thibault - Cyrille |
| 09-mai-12 | Après midi | Christine LE DUGOU | Responsable du service Accès aux soins et Solidarité | CPAM 35 | christine.le-duigou@cpam-rennes.cnamts.fr | x | | Bertrand - Philippe |

| | | | | | | | | |
|-----------|-----------------------|--|--|---|--|--|---|------------------------------------|
| 09-mai-12 | 15h00 | Docteur Martine BORNE | Directeur adjoint de la protection maternelle et infantile et des actions de santé | Conseil général du Morbihan DGISS 32, bd de la Résistance 56035 VANNES CEDEX | matine.borne@cg56.fr | | x | Prunelle - Sophie |
| 09-mai-12 | 14h | M. LECLANCH E | AIDES Haute bretagne | avenue Saint- Hélie 35000 RENNES | - | | x | Cédric-Thibault |
| 09-mai-12 | 10h30 | M. MOHANU | ARS Bretagne - Coordonnate ur PRAPS | ARS Bretagne CS 14253 35042 RENNES CEDEX | - | | x | Bertrand- Philippe- Thibault |
| 09-mai | | M. GUINCHE | Chargée de mission | FNARS Bretagne 11, rue de la Trinité Au Pays de Guingamp 22200 GUINGAMP | Tél : 02.96.40.23.87 fnars.bretagne.wanad oo.fr | | x | Cyrille - Cédric |
| 10-mai | 14h30- 15h30 | Nicole DUPUIS BELAIR et Mr Jean Luc PRIGENT | Conseillère technique régionale en travail social Directeur adjoint de la DRJSCS | DRJSCS de Bretagne | 02.23.48.24.16 nicole.dupuisbelair@ drjscs.gouv.fr | | x | Cyrille - Cédric |
| 10-mai | 10 H 00 - 11H00 | Gabriel PROUVEUR | Directeur Territorial Adjoint | DTPJJ 35-22 19 A, rue de Châtillon (bâtiment derrière la gare SNSF) BP 73172 35031 RENNES CEDEX | 02.99.31.36.37 gabriel.prouveur@ju stice.fr | | x | Sophie - Bertrand |
| 11-mai | 9h | M. DOKI THONON | Directeur de la Santé Publique à l'ARS | ARS Bretagne CS 14253 35042 RENNES CEDEX | | | x | tous avec nos référénts |
| 11-mai | 11h30 | Mme GUYADER | Directrice DT ARS 35 | | | | x | Bertrand- Prunelle |

Annexe 2 – synthèse des freins, leviers et préconisations

Freins

- Des champs de compétences respectifs et communs non clairement définis entre les partenaires
- Des cultures et logiques différentes (professionnelles, administratives) qui génèrent un cloisonnement nuisible à la gouvernance
- Contraintes calendaires laissant peu de temps pour l'élaboration du PRAPS
- Des difficultés de positionnement de certains partenaires au niveau du comité de pilotage
- Diagnostic reposant sur la pauvreté des données ORS dans le domaine de la précarité
- Diversité des systèmes de financement des PRAPS et absence de financement propre
- Populations cibles par le PRAPS sont trop larges et absence de priorisations réelles
- Fonctionnement des dispositifs en tuyaux d'orgue qui freine la gouvernance du PRAPS

Leviers

- Une volonté affirmée de simplifier les relations intersectorielles
- Un bilan du PRAPS 2
- Désignation d'un référent PRAPS
- La création d'une équipe projet en appui sur le PRAPS
- Mise en place d'un guide méthodologique d'aide à la rédaction du PRAPS

Préconisations

- Créer une Foire Aux Questions permettant de mutualiser les interrogations et les expériences des différents coordonnateurs régionaux du PRAPS et de garder l'historicité de ces échanges
- Associer plus étroitement les différentes directions de l'ARS au sein du comité de pilotage interne et/ou comité de suivi
- Associer plus étroitement les différentes délégations territoriales de l'ARS au sein du comité de pilotage interne et/ou comité de suivi
- Répertoire les différentes actions menées dans chaque DT sur la précarité et définir plus clairement leurs objectifs au sein du PRAPS
- Faire émerger une culture « santé-précarité » au niveau national et accroître la cohérence entre la DGS, la DGOS, la DSS et la DGCS
- Etablir des priorités soit thématiques ou populationnelles sur la base d'une planification temporelle adaptée
- ARS doit avoir un rôle d'animation pour créer du lien entre les différents acteurs participant à la prise en charge du PRAPS
- Un renforcement de la communication au sein de l'ARS et en dehors : documentation, newsletter, etc.
- La mobilisation des outils du PRAPS pour créer et pérenniser les liens entre les acteurs : CLS, ASV, LHSS, etc.
- Organisation d'espaces d'échanges : journées, conférences
- Développement de formation commune aboutissant à une culture commune utile à la gouvernance du PRAPS
- Améliorer la démocratie sanitaire en confortant la place de l'utilisateur dans la gouvernance en investissant davantage les instances de représentation

Annexe 3 - Grille d'entretien

QUI ?

- Qui est la personne interrogée ?
- Quel est son rôle ? ses responsabilités ? sa formation ? Positionnement dans l'organigramme ? Expérience professionnelle ?

Votre vision du PRAPS ?

- Quelles implications dans le PRAPS (champ d'intervention)
- C'est quoi le PRAPS ?
- C'est quoi la gouvernance ?
- Quels sont les publics identifiés comme fragiles ?
- Partage de compétences avec autres personnes, institutions ?
- Interlocuteurs dans la conduite du PRAPS ?
- Est-ce que les publics fragiles sont une priorité dans vos missions ? Quelle est votre population cible ?
- Vos partenaires connaissent-ils votre champ d'intervention ?

Évolution dans la gouvernance du PRAPS ?

- La mise en place des ARS et DRJSCS /DDCS a-t-elle favorisé la gouvernance du PRAPS ?
- Comparatif avec d'autres régions ?

Enjeux de la gouvernance du PRAPS ?

- Les avez-vous identifiés ?
- Avez-vous identifié des problématiques liées à la gouvernance du PRAPS ?
- Usagers ? CRSA, Commissions de coordination ?
- Démocratie sanitaire ?
- Évaluation du PRAPS ? vient d'être voté, quid de son suivi ? calendrier ? outils ? indicateurs ?
- Les moyens alloués ? Les modalités de mise en œuvre sont-elles différentes d'un département de Bretagne à l'autre ?
- Comment est mis en œuvre le PRAPS dans l'institution ?

Freins identifiés ?

- Communication suffisante ?
- Moyens financiers ?
- Acteurs trop nombreux ?
- Professionnels libéraux ? Usagers ? associations ? collectivités ?

Leviers, solutions identifiées pour améliorer la gouvernance du PRAPS ?

Perspectives ?

Autres commentaires ?

Annexe 4 – Analyse des entretiens

| QUI | OU | PUBLIC/DOMAINE D'INTERVENTION | PRAPS ? | FREINS | LEVIERS | GOVERNANCE | OUTIL COORDINATION | CE QUI RESTE A FAIRE | ROLE ARS |
|---|----------|---|--|--|--|--|---|---|--|
| Docteur MAITROT | Rectorat | enfants, élèves fragilisés soins, prestations sociales, accompagnement éducatif | trop dense pas assez lisible | manque de lisibilité à travers les dispositifs existants. démotivation des acteurs exhaustivité est très chronophage | ARS = acteur unique de pilotage priorisation et planification des actions connaissance des acteurs formation commune | | | | |
| Madame POUPAULT | DDCSPP | population démunie, jeunes hébergement, prévention référénte PRAPS | | social et prévention ne sont pas domaines prioritaires des dirigeants de la DDCSPP (services vétérinaires). manque de coordination nationale notamment entre DGS et DGCS pas de portage régional du PRAPS, logique de pilotage départemental mille feuille institutionnel trop de réunions sur le même thème gestion en tuyau d'orgue --> manque de transversalité | conférence de territoire: renforcer le pilotage du président et amplifier le rôle d'animation de réseau amplifier le rôle des animateurs de territoire de santé forte implication des collectivités territoriales formation commune | | convention ARS/DDCS comité départemental d'accès aux droits et soins des publics précaires (pilote CPAM) | mise en place d'indicateurs communs. Les constats fait s par l'ORS sont trop généralistes. réfléchir sur les complémentarités entre dispositifs et financement (ex: point d'accueil écoute jeune et maison des ado). | |
| Madame PARIS | CAF 35 | bénéficiaire des allocations familiales | nivelle les différences infra-régionales | mauvaise connaissance du réseau par l'ARS (ne s'est pas adressé au bon interlocuteur CAF) PRAPS suit une logique descendante et ne part pas du terrain cloisonnement CAF/CPAM n'est pas supprimé avec le PRAPS risque de voir le partenariat comme chronophage identité de chaque organisme. | formation des professionnels pour les sensibiliser et les informer sur l'action sociale | "impulser des choses, fixer des orientations, vérifier ce qui a été impulsé" | lutter contre les blocages institutionnels | enjeu : question de l'organisation, de l'articulation aura effet sur lisibilité et efficacité. il faut éviter de créer un nouveau dispositif pour chaque problématique. | |
| Madame GERAULT Madame RICHARD Dr GOARIN | MSA | population agricole | parler ensemble des gens précaires outil interne de l'ARS | identité de chaque organisme les personnes se connaissaient peu auparavant --> temps de latence et d'adaptation est nécessaire. trop de réunions problème de communication deficit d'évaluation qualitative | temps d'évaluation collectif permet les échanges | quelle place du PRAPS par rapport aux autres commissions de coordination de l'ARS? | | | évite la dispersion des financements, le saupoudrage. favorise la collaboration problème de cohésion intra ARS. |
| Monsieur LECLANCHE | AIDES | personnes très éloignées du soin et de la prévention. | document joli sur le papier mais pas lisible ni appropriable par les usagers et les professionnels | pas assez de temps pour la rédaction trop éloigné du terrain diagnostic ORS trop large. | | | ne savait pas qu'il faisait partie du COPIL. Pas assez sollicité à son avis relancer les anciens groupes de travail qui ont été suspendu | complexité de la place donnée aux usagers dans le cadre du PRAPS souhaite déclinaison territoriale par le biais des DTARS auparavant il existait des groupes qui ont disparu --> plus de contact avec ces partenaires. | |
| | | | | | | | | enjeux du | |

| | | | | | | | | | |
|--------------------|---|--|--|---|--|---|---|---|---|
| Monsieur LECLANCHE | AIDES | personnes très éloignées du soin et de la prévention. | document joli sur le papier mais pas lisible ni appropriable par les usagers et les professionnels | pas assez de temps pour la rédaction | | | ne savait pas qu'il faisait partie du COFIL. Pas assez sollicité à son avis | complexité de la place donnée aux usagers dans le cadre du PRAPS | |
| | | | | trop éloigné du terrain | | | relancer les anciens groupes de travail qui ont été suspendu | souhaite déclinaison territoriale par le biais des DTARS auparavant il existait des groupes qui ont disparu --> plus de contact avec ces partenaires. | |
| Monsieur DUPONT | DG CHRU Brest | participe à la réduction des inégalités sociales de santé | "un document dont on connaît l'existence" | | | | | enjeux du PRAPS : lisibilité, définition des publics cibles, participation des acteurs en amont | devrait mettre autant d'énergie dans la coordination du PRAPS que celle mise pour les problématiques économiques. |
| | | rôle social des CHU | pas de sollicitation pour l'élaboration. | | | pas de participation à la gouvernance mais à la mise en place (PASS, maintien du tissu médical) | | | |
| Docteur BORNE | DA PMI et action de santé CG 56 | précarité, lutte contre les IST, lutte contre la tuberculose | "très loin de nous". On ne s'est pas servi du PRAPS pour construire le projet de service. | niveau trop organisationnel, pas de déclinaison territoriale | se saisir du PRAPS pour des actions futures | | le PRAPS doit être présenté au niveau du département. | | |
| | | bénéficiaire RSA, personnes en insertion. | "beau cahier des charges" | manque de connaissance des acteurs entre eux | bonne volonté de tout le monde mais on ne connaît pas le mode d'emploi | | | | |
| Madame LE DUIGOUJ | responsable accès aux soins et solidarité CPAM 35 | | participation à deux réunions de travail | flottement pendant plusieurs années | mise en lien des acteurs mais pas de connaissance encore | | | | |
| | | | | délais trop contraints | pas de déclinaison concrète | | | | |
| | | | | cloisonnement des institutions | faire vivre deux niveaux de pilotage : un stratégique/des groupes thématiques. | | | | |
| | | | | priorité des différents acteurs | mettre en place des animations sur les compétences partagées des différents acteurs. | | | | |
| | | | | difficulté de collecter des données sur les populations ciblées | réaliser enquête auprès des usagers | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------|--|--|------------------|--|--|--|--|--|---------------------------------------|
| Madame EVEN | DA ARS Médico-social | | | culture et passé professionnel différents manque de légitimité des usagers | culture et passé professionnel différents | pas nécessaire d'avoir une gouvernance car c'est réglementaire. Nécessite juste une coordination. | | | |
| Monsieur GOBY | Directeur offre de soins et accompagnement ARS bretagne | | programme du PRS | programme national en tuyau d'orgue. La précarité est une thématique transversale mais quel dispositif de PEC. bonne volonté ne suffit pas | | rôle des institutions : rendre accessible le système. comment prioriser les actions? | nécessité d'une instance de suivi | question des champs de compétence respectivement ARS/DRJSCS question de la source de légitimité (politique/administratif) | |
| Monsieur COUVREUR | DT PJJ | | | trop de réunions et multitudes d'acteur : manque de connaissance pas assez de priorisation pas assez opérationnel | | ARS doit être chef d'orchestre et doit faire appel aux autres en tant qu'expert | besoin d'un comité de pilotage restreint | faire des commissions thématiques, cerles plus resserés. priorité temporelle plus courte | chef d'orchestre qui donne la mesure. |
| Madame DUPUY BELAIR | DRJSCS s'occupait du PRAPS participe à la CRSA | | | dispersion des acteurs : perte d'efficacité (auparavant binome avec médecins qui sont partis en DT) réorganisation de l'Etat au niveau régional, création des DDI, avis du Préfet de région | initiative locale : convention DT/DDCS volonté des acteurs qui attendent impulsion de l'ARS | | | | donner l'impulsion aux acteurs. |
| Monsieur MOHANU | coordonnateur PRAPS | | | trop individu-dépendant faiblesse du réseau PRAPS au niveau national + manque de coordination nationale délai de réalisation trop contraint manque de représentants professionnels cloisonnement direction des ARS | intégrer d'autres représentants diversifier l'animation optimiser les productions de l'équipe projet et des groupes thématiques travail sur la méthodologie et le calendrier. | ARS responsable de l'animation stratégique, animation du travail commun des acteurs COPIL a émergé des commissions de coordination où il n'y a pas d'acteurs de terrain | transformation du comité de pilotage en comité de suivi modalité de suivi du PRS pas encore définie | fixation d'objectif prioritaire annuel constitution de groupe thématique | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|---|---|--|--|--|---|
| <p>Madame GUYADER</p> | <p>DT 35 ARS</p> <p>a été coordinatrice PRAPS 1 dans le Nord Pas de Calais</p> | | <p>la réduction des inégalités est un principe structurant de l'ARS mais n'irrigue pas encore l'ensemble des actions.</p> <p>les dispositifs existent mais pas d'appropriation du PRAPS en terme de politiques et de leviers.</p> <p>PRAPS en mode ARS n'a pas encore pris sa dimension transversale</p> | <p>manque d'appropriation des outils.</p> <p>décloisonnement est encore très progressif</p> <p>populations concernées par le PRAPS sont très hétérogènes : pas les mêmes besoins donc pas les mêmes réponses.</p> <p>difficulté d'évaluer des politiques de prévention.</p> | <p>mise en place des équipes de territoire et du projet territorial de santé (si intégration de la dimension prévention)</p> <p>Contrat local de santé passé avec les villes.</p> <p>conventionnement DT/DDCSPP : identification de sujets communs sur réduction des inégalités, détermination des référents.</p> | | <p>conférence de territoire va être sensibilisée à la notion de déterminants de la santé afin que les groupes de travail prennent en compte cette notion et la question de la prévention</p> <p>réunion mensuelle entre les 4 DT (directeur et coordonnateur) et les directios métiers de l'ARS. Ces réunions auront une thématique, il y en aura une sur le PPS.</p> <p>rencontre tous les deux mois entre les deux institutions pour travailler sur sujet commun</p> <p>mise en place d'un tableau de bord des indicateurs de suivi du PRS</p> | <p>appropriation du PRS par les agents</p> <p>arriver à faire connaître le programme.</p> | <p>trois enjeux : politiques prioritaires/populations prioritaires/territoires prioritaires. Il faut arriver à trouver le bon équilibre entre ces trois enjeux.</p> |
| <p>Monsieur DOKI THONON</p> | <p>Directeur santé public</p> <p>ARS Bretagne</p> | | <p>PRAPS apparaît en construction mais c'est volontaire. Il doit être enrichi au fur et à mesure.</p> | <p>temps d'adaptation du coordonnateur PRAPS</p> | <p>déclinaison territoriale du PRAPS doit se mettre en place. ARS doit épauler initiatives.</p> | | | <p>associer les établissements hospitaliers et les professionnels libéraux au comité de pilotage</p> | <p>ARS à un rôle de régulateur.</p> |

Annexe 5

Les six objectifs poursuivis par le PRAPS Bretagne sont :

- redynamiser le pilotage régional du PRAPS ;
- améliorer le système régional d'information
- favoriser la synergie entre les acteurs du soin hospitalier, de la prévention et du champ de la précarité
- mieux cibler les publics et les territoires
- conforter les actions de promotion et d'éducation pour la santé en vue d'une prise en charge globale et pluri-professionnelle du patient
- favoriser l'accès des publics précaires aux soins de premiers recours.

Annexe 6

PRA PS Info N° 1

La lettre d'information trimestrielle
du programme régional d'accès à la
prévention et aux soins des plus
démunis

ZOOM sur un acteur du PRAPS

**La FNARS Bretagne organise une
commission santé usager le 19 juin.**

**La FNARS : un réseau associatif au
service des plus démunis**

Depuis plus de 50 ans, la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale regroupe des associations de solidarité et des organismes qui sont au service des plus démunis. **La FNARS est un réseau généraliste** qui lutte contre les exclusions, promeut le travail social et ouvre des espaces d'échanges entre tous les acteurs du secteur social.

Petite définition :

Précarité : « absence d'une ou plusieurs sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations [...] et de jouir de leurs droits fondamentaux ». La précarité est liée notamment à la dégradation du marché du travail. Notion d'instabilité et d'insécurité pouvant mener à la pauvreté.

Au niveau national :

- La rencontre des référents PRAPS du 18 juin - Ministère de la Santé : retour d'expériences, perspectives des PASS et EMPP, favoriser l'accès aux soins....

Les actions régionales du trimestre :

- 19 juin 2012 : Commission santé usager FNARS
- 22 juin 2012 : Première journée régionale des PASS et EMPP de Bretagne (CHRU Brest)

Votre correspondant :
ARS Bretagne : Adrian Mohanu

Liens utiles :

<http://www.cnle.gouv.fr/Les-Programmes-regionaux-pour-l.html>

http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Espace_conseil_surveillance/Actions_agence/PRAPS.pdf

Annexe 7

Comment améliorer la gouvernance du PRAPS ?



Quelques pistes...

- ⇒ Faire connaître le PRAPS à chacun des acteurs concernés par la santé des personnes les plus démunies apparaît comme une condition essentielle.
- ⇒ Favoriser le rapprochement et la connaissance mutuelle des cultures des différents partenaires impliqués, au travers de travaux de groupes ciblant des thématiques précises, de formations communes.
- ⇒ Associer davantage les usagers aux instances de pilotage.
- ⇒ Prendre en compte les projets des acteurs locaux comme les délégations territoriales...
- ⇒ Améliorer les modalités d'évaluation du PRAPS au travers de bilans à mi-parcours, et l'élaboration d'indicateurs de suivi et de mesure de la qualité des actions entreprises.

L'objectif de cette plaquette est...

... de favoriser la compréhension et l'appropriation du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) par les différents acteurs intervenants dans le champ de la santé des populations concernées de la région Bretagne.

... d'améliorer l'efficacité du programme, son pilotage et sa gouvernance par la connaissance et la maîtrise de tous les mécanismes induits par ce programme.



EHESP

Plaquette réalisée dans le cadre du Module interprofessionnel de santé publique 2012

Prunelle BLOCH - Thibault CHEVALARD -
Sophie GRIENENBERGER - Bertrand JOLY
- Cyrille MAUGE - Cédric RABERIN -
Philippe RACON

Le PRAPS 2012-2016

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS)



Le PRAPS.... De quoi s'agit-il ?

Le PRAPS vise à réduire les inégalités de santé en proposant des actions à destination des personnes en situation de précarité.

Ce programme existe depuis la loi relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998. La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009 en a fait l'un des programmes obligatoires du Projet Régional de santé sous l'égide des Agences Régionales de Santé (ARS).



Ce Programme s'inscrit dans le cadre des 3 grandes priorités fixées par le Projet Régional de Santé (PRS) de Bretagne que sont la prévention des atteintes prématurées à la santé et à la qualité de la vie, l'amélioration de l'accompagnement du handicap, de la perte d'autonomie, des dépendances et du vieillissement, le développement de l'accès à des soins de qualité sur tout le territoire.

LE PRAPS.... AVEC QUI ? AU PROFIT DE QUI ? COMMENT ?



Les acteurs du PRAPS.....

- L'assurance maladie (Régime général, MSA, RSI et les centres d'examen de santé) ;
- Les Caisses d'Allocations Familiales ;
- Les Conseils Généraux ;
- Les communes, en particulier celles ayant mis en place un ASV, les CCAS ;
- Les établissements de santé ;
- Les établissements médico-sociaux ;
- Les établissements et services sociaux et d'insertion sociale et professionnelle (CHRS, CADA, maisons-relais, résidences sociales, missions locales...) ;
- Les professionnels de santé, les structures d'exercice coordonné, les réseaux de santé... ;
- Les associations de quartier, les associations caritatives ;
- Les services de l'État : DRJSCS, DDOS (PP), DIRECCTE...

A qui s'adresse le PRAPS ?

Aux jeunes en situation de précarité et...

.... sous l'emprise d'addictions, en errance, souffrant de maladies mentales, en difficulté d'insertion, etc.

Aux adultes en situation de précarité et...

.... Aux chômeurs de longue durée, aux travailleurs saisonniers du secteur de l'agro-alimentaire, aux employés précaires, aux familles monoparentales en difficulté sociale, etc.

Mais aussi....

.... Aux personnes âgées isolées, aux personnes sous main de justice, détenues, aux étrangers en situation de précarité.



Qui pilote ?

Au sein de chaque ARS, un référent PRAPS est chargé d'assurer le suivi du programme. Il est aidé d'un comité régional de pilotage, instances rassemblant les différents partenaires concernés.



Les outils

Un certain nombre d'outils peuvent être mobilisés pour mener à bien les actions comme les ateliers santé ville (ASV), les lits halte soins santé (LHSS), les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), les contrats locaux de santé (CLS), les permanences d'accès aux soins de santé (PASS).



Thème n°6

Animé par : RAISSIGUIER Yvette – Professeur EHESP département SHS-CS, DOKI THONON Jean-Michel – Directeur de la Santé Publique, ARS Bretagne, MOHANU Adrian – IASS, coordonnateur du PRAPS à l'ARS Bretagne.

La gouvernance du PRAPS en Bretagne : Freins et Leviers

*BLOCH Prunelle (DESSMS), CHEVALARD Thibault (EDH), JOLY Bertrand (MISP),
GRIENENBERGER Sophie (IASS), MAUGE Cyrille (DS), RABERIN Cédric (AAH),
RACON Philippe (DESSMS)*

Résumé :

L'analyse du PRAPS doit reposer sur une étude de sa gouvernance. L'efficacité de la mise en œuvre du PRAPS dépend étroitement de sa bonne gouvernance. Ainsi, la coordination des différents acteurs intervenant dans le champ de la santé des populations précaires s'avère nécessaire mais constitue un défi majeur pour les ARS. En effet, la multiplicité des populations ciblées et des acteurs, l'interaction des différents niveaux d'intervention et des dispositifs de financement, l'insuffisance du diagnostic sur les questions de santé et de précarité, ainsi que la dynamique de la réorganisation institutionnelle sont autant d'obstacles susceptibles d'entraver le pilotage du PRAPS.

Au regard de ces éléments, plusieurs leviers d'action ont été identifiés. D'abord, l'ARS doit réaffirmer son rôle de « chef d'orchestre » dans la gouvernance du programme. Ensuite, le réseau PRAPS doit être redynamisé à différents échelons, ce qui passe par le développement d'outils de partenariat entre les multiples acteurs et instances.

Une bonne gouvernance doit reposer sur un équilibre : l'ARS doit maintenir sa position de chef de file impulsant l'élaboration et la mise en œuvre du PRAPS, tout en recherchant l'adhésion et l'implication de ses partenaires. La démarche doit favoriser la participation de chaque partie prenante, à l'inverse d'un schéma directif. Dès lors, le PRAPS s'avère en co-construction permanente par l'interaction entre tous les partenaires.

Mots clés : PRAPS, ARS, santé, précarité, cohésion sociale, populations, décroissement, gouvernance, coordination, transversalité.

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs