



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



PRS
PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ
GRAND EST

PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS AUX SOINS
ET À LA PRÉVENTION DES POPULATIONS VULNÉRABLES

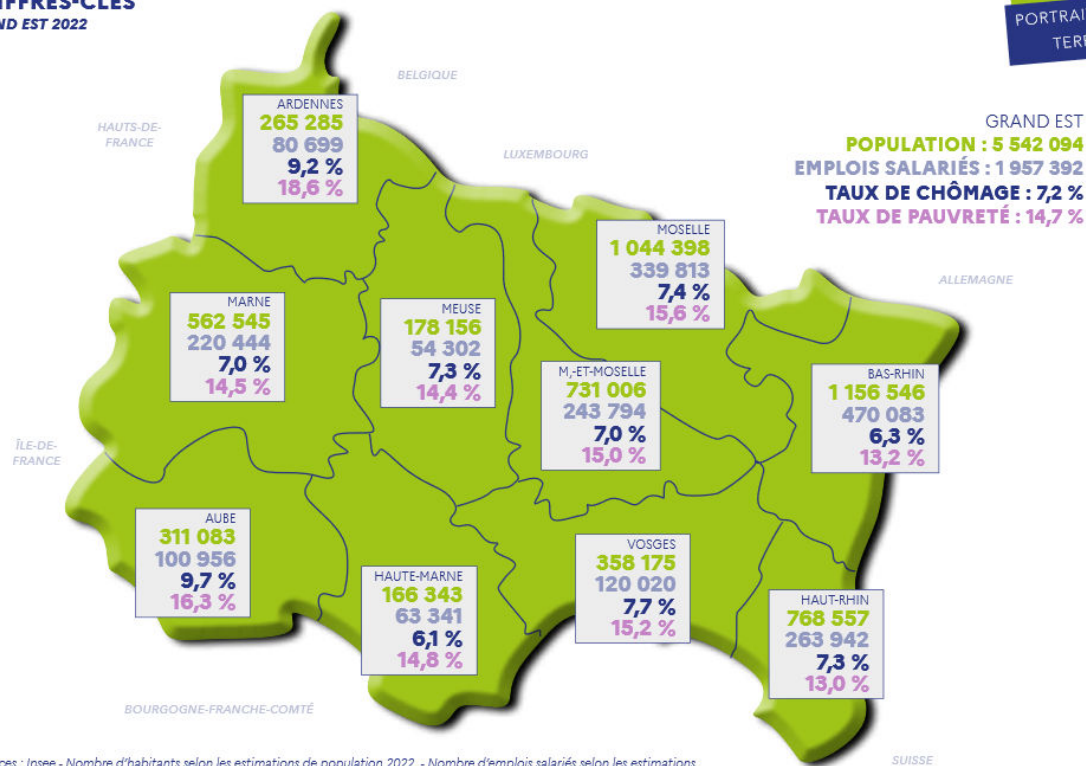
PRAPS 2023-2028

Consultation juillet-octobre 2023

LES CONSTATS

CHIFFRES-CLÉS
GRAND EST 2022

PORTRAIT
DE
TERRITOIRES



Avec un niveau de vie médian de 21 800 € en 2019, le Grand Est (GE) se situe au 5^e rang des régions les plus riches de France métropolitaine. Dans les deux départements de la collectivité européenne d'Alsace, ce niveau de vie médian dépasse 22 000 €, tandis qu'il est inférieur à 20 000 € dans les Ardennes. Après transferts, impôts et prestations sociales, un habitant du Grand Est sur deux vit avec moins de 1 820 € par mois à peine moins qu'au niveau national (1 830 €). Cette même année, 14,7 % des habitants de la région vivaient sous le seuil de pauvreté (le même taux qu'au national). Au niveau départemental, ce taux varie de 18,6 % pour les Ardennes à 13 % pour le Haut-Rhin. Le taux de pauvreté est variable suivant les catégories. Ainsi, il s'élève à 25 % pour les ménages dont le référent fiscal a moins de 30 ans ou dépasse 30 % pour les familles monoparentales.

UNE SITUATION CONTRASTÉE SELON LES DÉPARTEMENTS

Près de 390 000 personnes habitent dans l'un des 116 quartiers politique de la ville (QPV), soit 6,9 % de la population. Cette part varie suivant les départements, et notamment en fonction de leur degré de ruralité. Ainsi, la population habitant en QPV dépasse 8 % dans le Haut-Rhin et la Marne, alors qu'elle est inférieure à 4 % dans les Vosges et la Meuse. L'ensemble des départements du Grand Est affiche un taux de pauvreté en QPV supérieur à la moyenne des taux de pauvreté dans l'ensemble des QPV de France. Le taux de pauvreté en QPV est plus élevé dans l'Aube, les Ardennes, les Vosges et la Marne. Au total, près d'un tiers des QPV dans le Grand Est affiche un taux de pauvreté supérieur à 50 %, tandis qu'au niveau national, 22 % des QPV sont dans ce cas. Cette pauvreté accrue des QPV du Grand Est, par rapport à ceux de la France métropolitaine se retrouve dans le taux d'emploi : celui-ci est inférieur dans le Grand Est, tant pour les hommes que pour les femmes.

Les ménages les plus jeunes et les familles monoparentales sont plus en difficulté dans le Grand Est que dans le reste de la France

	Ensemble des ménages	Ménages dont le référent fiscal a moins de 30 ans	Ménages dont le référent fiscal a 75 ans ou plus	Familles monoparentales
Ardennes	18,6	30,6	11,9	38,8
Aube	16,3	27,8	7,8	36,1
Marne	14,5	26,4	7,4	32,4
Haute-Marne	14,8	22,4	10,7	32,0
Meurthe-et-Moselle	15,0	28,1	8,7	31,1
Meuse	14,4	24,1	10,7	32,3
Moselle	15,6	25,3	9,8	31,1
Bas-Rhin	13,2	22,2	7,3	27,9
Haut-Rhin	13,0	21,1	7,0	27,8
Vosges	15,2	25,5	8,8	33,1
Grand Est	14,7	25,0	8,6	31,1
France métropolitaine	14,5	22,7	9,6	29,0

POLITIQUES DE SOLIDARITE

Pour accompagner les ménages les plus en difficultés, diverses allocations sociales existent comme le revenu de solidarité active (RSA) qui compte 155 280 allocataires dans le Grand Est. Avec la même proportion qu'au niveau national, 5,6 % de la population régionale est couverte par le RSA (allocataire, conjoint et personne à charge). La disparité territoriale est importante, puisque dans les Ardennes, ce taux s'élève à 6,9 % contre 4,7 % dans le Haut-Rhin. L'allocation de solidarité spécifique (ASS), à destination des demandeurs d'emploi ayant épuisé leurs droits ou pour les demandeurs d'emploi de plus de 50 ans sous certaines conditions d'activité, bénéficie à 0,9 % de la population de 15 à 64 ans, un taux légèrement supérieur à celui de la France métropolitaine (0,8 %). Cette part atteint 1,4 % dans les Ardennes et 1,5 % dans les Vosges.

Les allocations de minimum vieillesse (ASPA et AVS) concernent, elles, 2,4 % des 60 ans et plus (contre 3,1 % au national). L'aide sociale à l'enfance concerne de nombreux dispositifs d'accueil. En termes de nombre de places (hors familles d'accueil), les maisons d'enfance à caractère social sont le principal dispositif. Le droit au logement opposable (DALO) a permis à 610 ménages de trouver une solution de logement en 2020. En parallèle, 9 820 décisions d'expulsion locatives ont été prises en 2019. Le surendettement, lui, touche 11 037 personnes dans le Grand Est. Les ressources mensuelles nettes sont inférieures à 972 € pour 43,6 % des ménages surendettés¹.

¹ portraits de territoire 2022 _ DREETS Grand Est

LES ENSEIGNEMENTS DE LA CRISE DE LA COVID

Les inégalités sociales face à l'épidémie durant le premier confinement sont confirmées. Les enfants et les familles ont été confrontés aux inégalités éducatives et à un risque accru des violences intrafamiliales. Comme pour les adultes, on constate une dégradation de leur santé mentale. La période est marquée par une hausse de la précarité, notamment alimentaire. Les jeunes ont été particulièrement fragilisés par la crise (santé mentale, précarité alimentaire, baisses de revenus).

Le comité d'évaluation de la **Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté**² alerte sur le basculement dans la précarité de nouveaux publics qui sollicitent désormais les services sociaux et souligne sur la base d'une analyse synthétique des rapports des grandes associations de lutte contre la pauvreté, un triple mécanisme d'entrave des sorties et de nouvelles entrées dans la pauvreté de personnes qui en étaient plus ou moins proches (autoentrepreneurs, travailleurs indépendants, travailleurs précaires et étudiants par exemple). On constate par ailleurs une hausse du recours à l'aide alimentaire et l'arrivée d'un nouveau public dans les centres de distribution en 2020 qui témoignent d'une augmentation de la précarité alimentaire (...).

Le comité souligne que la reprise économique en cours ne doit pas faire oublier que la crise sanitaire a souligné et accentué des inégalités existantes et renforcé la précarité, que ses effets à moyen et long terme ne sont pas encore connus et que la situation sur le marché du travail en sortie de crise présente des risques potentiels en termes de précarité et de pauvreté.

Il met également l'accent sur l'importance de garantir un accès à leurs droits aux plus démunis et recommande de porter une attention accrue aux publics fragiles, en particulier les enfants, dans la période d'après-crise. Il faut veiller à la mise en œuvre sur tous les territoires de l'obligation de formation et à l'atteinte de ses objectifs.

PRINCIPAUX ENJEUX A L'HORIZON 2028 EN GRAND EST

L'élaboration du Schéma régional de Santé (SRS) 2023 – 2028 a été resserrée autour de quelques axes et objectifs à atteindre qui engagent l'Agence Régionale de Santé (ARS) du GE et ses partenaires :

1. Renforcer la **prévention** au plus près des **jeunes** (0-16 ans) et de leurs parents
2. Minimiser l'**impact environnemental** sur la santé des populations dans un contexte de changement climatique
3. Optimiser l'**accès aux soins non programmés** dans chaque territoire
4. Encourager un écosystème de la santé favorable à La **préservation de l'autonomie aux différents âges de la vie.**

Il s'agit de réussir à concilier les enseignements tirés du bilan du précédent SRS, mais également ceux de la crise sanitaire liée à la COVID19 et de l'identification des nouveaux besoins afin d'améliorer la prise en charge des personnes et de lutter efficacement contre les inégalités sociales et territoriales en santé (ISTS) sur l'ensemble des territoires du GE.

² <https://www.strategie.gouv.fr/publications/lutte-contre-pauvrete-temps-coronavirus-constats-effets-de-crise-pauvrete-points-de-vigilance>

TABLE DES MATIERES

AXE 1. COORDINATION ET PILOTAGE DU PRAPS.....	10
AXE 2. ADEQUATION DE LA DEMANDE ET DE L'OFFRE SUR CHAQUE TERRITOIRE DANS LE CADRE DE LA LUTTE CONTRE LES ISTS EN DEVELOPPANT LA VEILLE ET L'EVALUATION.....	13
AXE 3. PARTICIPATION DES « EXPERTS DU VECU » DANS LA CONSTRUCTION, LA DECISION, LE SUIVI ET L'EVALUATION DU PRAPS OU D'AUTRES POLITIQUES PUBLIQUES, AINSI QUE LEUR IMPLICATION DANS LA CONSTRUCTION ET MISE EN ŒUVRE DES PROJETS.....	16
AXE 4. LA MEDIATION EN SANTE, UN LEVIER D'INTERVENTION POUR REDUIRE LES ISTS.....	20
AXE 5. ACCES A LA PROMOTION DE LA SANTE, A LA PREVENTION, AUX DROITS, AUX SOINS, A L'EDUCATION POUR LA SANTE ET AUX SERVICES DE SANTE DES POPULATIONS SPECIFIQUES DANS LE CAS DE SITUATIONS COMPLEXES	24
AXE 6. ACCES A LA PROMOTION DE LA SANTE, A LA PREVENTION, AUX DROITS, AUX SOINS ET AUX SERVICES DE SANTE DE POPULATIONS SPECIFIQUES DANS LE CADRE D'UNE REFLEXION TRANSVERSALE.....	28

CONTEXTE

La précarité est un sujet majeur dans la région Grand Est (GE) : 1 habitant sur 7 est en situation de pauvreté³. La situation régionale est très contrastée en fonction des territoires⁴.

La politique nationale en matière de lutte contre la pauvreté émane de trois grands plans d'actions, déclinés au niveau de la région Grand Est :

- **Le Projet Régional de Santé Grand Est 2018-2023 (PRS)** décline les objectifs de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 et ceux de la Stratégie Nationale de lutte contre la Pauvreté au niveau régional.
- **Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins de santé du PRS (PRAPS)**, créé en juillet 1998 et inscrit dans le PRS, vise à accompagner les plus démunis vers l'accès aux droits et aux soins, à la prévention et l'éducation à la santé.
- **La stratégie nationale de prévention et d'action contre la pauvreté**, lancée en septembre 2018, a pour ambition d'agir contre les inégalités et de permettre une égalité des chances réelle.

La réduction des inégalités sociales et territoriales en santé passe obligatoirement par une combinaison des travaux menés dans le cadre de la déclinaison régionale de ces politiques publiques. Depuis 2018, **le PRAPS est conçu comme le « volet santé » de la Stratégie de lutte contre la pauvreté**. Il s'est donné comme objectif principal la réduction des inégalités sociales et territoriales en santé.

Fin 2021, dans le cadre du Ségur de la santé et de la mise en place d'un copilotage ARS – Commissaire à la lutte contre la pauvreté, la **Gouvernance Régionale de réduction des ISTS** a été installée en Grand Est :

- Création des instances de pilotage régional de réduction des ISTS (Comité de pilotage et Comité opérationnel)
- Lancement d'une expérimentation copilotée par la Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DREETS) et l'ARS de coordination départementale de réduction des ISTS impliquant l'ensemble des acteurs de terrains sur la précarité (dans 3 départements 67, 68 et 52 avec pour objectif une extension à l'ensemble des 10 départements de la région GE si l'expérimentation s'avère concluante)
- Intégration du comité de pilotage (COPIL) PRAPS dans les instances ISTS

DEFINITIONS

La **précarité**⁵ est définie comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible. »

³ Au 1^{er} janvier 2020, Préfecture de la région GE : https://www.prefectures-regions.gouv.fr/grand-est/content/download/73723/477525/file/Grands%20indicateurs_Oct%202020%20GE%20d%C3%A9partements.pdf

⁴ Observatoire régional de la santé, Portrait socio-sanitaire Grand Est – 30/08/2019 : <https://ors-ge.org/sites/default/files/inline-files/Portrait%20socio-sanitaire%20Grand%20Est.pdf>

⁵ Wresinski, J. (1987). Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal Officiel de la République Française - Avis et rapports du Conseil économique et social, 104p

L'économiste Amartya Sen a défini, dans les années 1980, **la pauvreté** comme un déficit de « capacités » ou « capacités » de base permettant d'atteindre certains niveaux de minimums acceptables, variables d'une société à une autre : être bien nourri et logé, prendre part à la vie de la communauté, pouvoir se montrer en public sans honte, etc.

Le Conseil Européen a adopté en 1984 la définition suivante de **la pauvreté** : doivent être considérés comme pauvres « les personnes dont les ressources (matérielles, culturelles ou sociales) sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables de l'État membre où elles vivent ». Ces deux définitions viennent enrichir une vision de la pauvreté souvent réduite à son aspect monétaire.

L'exclusion sociale se définit par la marginalisation d'une partie des individus d'une société en raison de différents facteurs et critères sociaux les différenciant du reste de la population.

« Une personne est socialement exclue⁶ si :

- Elle réside géographiquement dans une société,
- Ne peut participer aux activités normales de cette société,
- Et voudrait y participer mais en est empêchée par des facteurs hors de son contrôle.

Par "activité normale", sont entendues la consommation, la contribution à la force productive, la participation politique et les interactions sociales. »

Les inégalités sociales de santé (ISS)⁷ sont des "différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé" observées entre des groupes sociaux. Elles se distinguent des inégalités de santé qui ne relèvent pas de la justice sociale mais d'autres facteurs, pouvant être notamment génétiques ou physiologiques (inégalités liées à l'âge, au sexe, etc.). Elles font référence aux relations entre la santé et l'appartenance à un groupe social, et sont liées à l'inégale répartition des chances au départ. Ces inégalités sont systématiques, importantes et évitables. La condition de « *personne en situation de handicap* » relève également de ces inégalités sociales de santé.

S'agissant des **inégalités territoriales**, on parle d'inégalités issues de l'environnement physique, dans un milieu de vie donné. Ces inégalités territoriales viennent renforcer les inégalités sociales de santé, d'où la notion d'Inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).

Il y a une relation étroite entre la position sociale d'une personne, souvent décrite en termes de statut socioéconomique (SSE), et sa santé : plus le statut social, le revenu ou la scolarité d'une personne sont faibles, plus sa santé le sera aussi. Cette association se nomme le « **gradient social de santé**⁸ ». Le gradient social représente non seulement les effets du revenu sur la santé, mais aussi l'importance du revenu comme moyen d'avoir accès aux autres déterminants sociaux de la santé, comme l'instruction, les aliments, le logement, les activités récréatives et autres ressources sociétales.

Marmot (2010) a développé le principe d'**universalisme proportionné** : « Pour réduire la pente du gradient social de santé, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau

⁶ Richardson, L., & Le Grand, J. (2002). *Outsider and Insider Expertise: The Response of Residents of Deprived Neighbourhoods to an Academic Definition of Social Exclusion*. London: Center for Analysis of Social Exclusion.

⁷ Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir). (2010). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action.

⁸ Black, D., Morris, J., Smith, C. and Townsend, P. (1980). *Inequalities in Health: report of a Research Working Group*. London: Department of Health and Social Security.

de défaveur sociale. C'est ce que nous appelons universalisme proportionné ». Il s'agit donc d'offrir une intervention universelle mais avec une intensité et des modalités qui varient en fonction des différents sous-groupes de la population et de leurs besoins.

L'**aller-vers** est une « démarche qui se situe au-delà de toute intervention sociale, qu'elle soit d'accueil, de diagnostic, de prescription, d'accompagnement. Cette démarche rompt avec l'idée que l'intervention sociale ferait systématiquement suite à une demande exprimée. Elle permet d'intégrer dans les pratiques les situations de non-demande de certains publics (pas seulement des personnes vulnérables) et engage les acteurs à se situer dans une pratique proactive, pour entrer en relation avec ces publics » (Warin, 2016)

Le cœur de l'aller-vers se situe donc dans le changement de posture du professionnel. Il s'agit d'une démarche proactive dans laquelle le professionnel cherche à aller à la rencontre et initier la relation avec la personne, à l'inverse du schéma 'classique' où le professionnel laisse venir la personne à lui, attend d'être sollicité. C'est en cela que cette démarche permet de lutter contre l'isolement, le repli sur soi, ainsi que le non-recours et le renoncement aux droits et aux soins.

PUBLIC CIBLE

Le **public ciblé dans le PRAPS** est celui de toute personne en difficulté dans son parcours de santé du fait d'une situation de précarité.

La mise en œuvre du PRAPS est l'affaire de tous les acteurs de terrain, qu'ils soient institutionnels, associatifs, professionnels ou bénévoles. La liste des acteurs du Grand Est est annexée au présent document.

Sa mise en œuvre doit être également lisible pour les populations en difficulté.

ENJEUX

L'évaluation du précédent PRAPS et la crise COVID ont mis en évidence le besoin de renforcer voire de développer certaines approches :

Le développement de l'**aller – vers** apparaît comme un véritable levier pour lutter contre le phénomène du renoncement aux droits. Le renforcement de l'interprétariat, de la médiation en santé, ainsi que le déploiement de nouveaux dispositifs d'équipes mobiles notamment permettront de parvenir à un maillage territorial satisfaisant ;

L'absolue nécessité de mettre en adéquation les besoins et l'offre implique le développement d'un axe de **veille – évaluation** au sein de PRAPS. Le ministre des solidarités et de la santé a confirmé dans une circulaire du 8 décembre 2021 le principe de mettre en place dans chaque région une plateforme d'observation sociale, consacrée à l'analyse des questions sociales et médico-sociales, ainsi qu'aux questions de logement, d'intégration des populations immigrées ou issues de l'immigration, et d'insertion des personnes en difficulté ou des personnes handicapées.

L'objectif est de mieux connaître pour agir mieux en donnant aux acteurs de terrain plus de lisibilité et de connaissances sur ce qui existe au niveau de leurs territoires, mais aussi en accentuant les formations des professionnels aux grands principes de lutte contre les ISTS comme l'**universalisme proportionné** ;

La plus-value de la **participation des experts du vécu** à toutes les étapes de la mise en œuvre d'une politique publique ou d'une action a été démontrée à condition que cette participation soit faite dans le respect des personnes

qui y contribuent : définir un cadre de mise en pratique dans le GE permettra notamment d'insister sur des notions comme l'empowerment⁹ ;

Le besoin de **coordination** identifié pour le parcours des personnes en situation de précarité nécessite de pouvoir prendre appui sur l'ensemble des acteurs de terrain et sur l'existant pour assurer la mise en œuvre des axes du PRAPS 2023 – 2028. Il s'agit de favoriser une approche globale dans la prise en charge et l'accompagnement de ces personnes.

L'enjeu de ce programme est de concilier une réflexion adaptée à l'évolution des besoins avec la mise en œuvre d'actions opérationnelles. Il définit pour les 4 prochaines années la feuille de route à décliner sur les territoires du GE. C'est un processus de travail collectif en évolution permanente.

Les groupes de travail issus du PRAPS élaborent les outils nécessaires à l'atteinte des objectifs spécifiques déclinés en objectifs opérationnels.

Les coordinations départementales¹⁰ s'assurent du déploiement effectif des objectifs opérationnels du PRAPS tout en garantissant leur cohérence avec les dynamiques territoriales existantes (communautés professionnelles territoriales de santé - CPTS, contrats locaux de santé - CLS, etc.).

OBJECTIFS STRATEGIQUES DU PRAPS 2023 – 2028

Historiquement, le PRAPS est le programme régional de **lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé en Grand Est**.

La situation de précarité d'une personne ne peut définir à elle seule l'existence d'ISTS. Il est nécessaire de prendre en compte les dimensions bio-psycho-sociales et environnementales des personnes. La structuration du PRAPS s'est construite autour du parcours de la personne, en analysant les différents leviers existants pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité et réduire les inégalités sociales et territoriales en santé :

- **Axe 1** : Coordination et pilotage du PRAPS
- **Axe 2** : Adéquation de la demande et de l'offre sur chaque territoire dans le cadre de la lutte contre les ISTS en développant la veille et l'évaluation
- **Axe 3** : Participation des « experts du vécu » dans la construction, la décision, le suivi et l'évaluation du PRAPS ou d'autres politiques publiques, ainsi que leur implication dans la construction et mise en œuvre des projets
- **Axe 4** : La médiation en santé, un levier d'intervention pour réduire les ISTS
- **Axe 5** : Accès à la promotion de la santé, à la prévention, aux droits, aux soins, à l'éducation pour la santé et aux services de santé des populations spécifiques dans le cas de situations complexes
- **Axe 6** : Accès à la prévention, aux droits, aux soins et aux services de santé de populations spécifiques dans le cadre d'une réflexion transversale

Les objectifs du PRAPS 2018-2023 restent actifs et les actions qui en découlent sont poursuivies.

⁹ Cf. définition page 18 du présent document (axe 3 du présent PRAPS)

¹⁰ Expérimentation d'instances de coordination départementale de réduction des ISTS en cours dans 3 départements (axe 1 du présent PRAPS et annexe **XXX** - cahier des charges de l'expérimentation)

AXE 1. COORDINATION ET PILOTAGE DU PRAPS

Identifiée en santé comme un outil opérationnel permettant d'améliorer l'accessibilité à l'offre de santé pour les personnes, la coordination facilite une approche globale, pluridisciplinaire et co-construite dans l'intérêt des personnes prises en charge.

DEFINITION

La **coordination** se définit comme une action conjointe de l'ensemble des acteurs de terrain et des structures ou dispositifs existants en vue d'organiser la meilleure prise en charge des personnes en situation de précarité, en termes d'orientation et d'organisation.

ENJEUX DE LA COORDINATION

Elle a pour objectif de faire bénéficier les personnes de « la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment » et d'éviter ainsi les ruptures dans le parcours des personnes en situation de précarité.

Pour ce faire, il est important de favoriser le décloisonnement des différents services et dispositifs entre eux, du droit commun et du droit spécifique, entre tous les acteurs de terrain, et de définir un projet partagé sur un territoire autour duquel s'organisera la coordination.

La détermination du territoire de coordination représente également un fort enjeu. Le choix de l'échelon permet de s'appuyer sur deux acteurs institutionnels majeurs : les délégations départementales ARS et les Direction Départementale de l'Emploi, du Travail, des Solidarités et de la Protection des Populations (DDETSPP).

La coordination est à favoriser à deux niveaux et de manière complémentaire :

- Acteurs autour de la coordination du parcours des situations (idée d'approche complémentaire)
- Coordination des acteurs et des dispositifs sur un territoire donné avec l'idée de pouvoir cartographié, de savoir qui fait quoi et de pouvoir identifier des manques dans les dispositifs (échanges de bonnes pratiques, de partage d'expérience)

OBJECTIFS

Objectif général

Renforcer la coordination et le pilotage du PRAPS, particulièrement au niveau départemental

Objectifs spécifiques déclinés en objectifs opérationnels

Renforcer le pilotage régional des coordinations départementales de réduction des ISTS

- Définir des orientations stratégiques et des co-financements pour permettre à l'échelon départemental/local de décliner les politiques au regard des spécificités territoriales (problématiques et ressources disponibles)
- Assurer leur suivi
- Assurer les fonctions de coordination régionale et départementales en prenant appui sur la cellule de veille-alerte-suivi et sur le comité d'évaluation (à préciser dans le cahier des charges de la cellule - lien avec l'axe 2)

Renforcer la coordination départementale des acteurs dans les 10 départements du Grand Est (dont collectivités territoriales : cf. cahier des charges) dans le cadre de la réduction des ISTS

- Mettre en œuvre les orientations stratégiques régionales au regard des besoins et demandes du territoire au regard de l'état des lieux ISTS réalisé par l'Observatoire régional de santé (ORS)
- Expérimenter une coordination départementale de réduction des ISTS dans 3 départements sur la base d'un cahier des charges régional
- Assurer la participation des experts du vécu dans le cadre des coordinations départementales, dans le respect de la charte qui sera rédigée (lien avec axe 3)
- Effectuer le bilan de cette expérimentation en identifiant les critères de réussite et les leviers pour un déploiement de cette coordination dans les 10 départements du Grand Est
- Mettre en œuvre au sein de chaque département une coordination départementale de réduction des ISTS en fonction de l'analyse faite de l'expérimentation et en cohérence avec les dynamiques infra territoriales existantes (CLS, CPTS, etc.)

Rendre visibles/lisibles/compréhensibles l'ensemble des dispositifs de lutte contre les ISTS

- Elaborer une cartographie dynamique issue de l'état des lieux ISTS réalisé par l'ORS en intégrant les travaux effectués par les différents GT PRAPS et ISTS
- Accompagner les acteurs de terrains dans la prise en main de cet outil cartographique
- Assurer l'identification par l'ensemble des dynamiques du territoire (CPTS, CLS, dispositifs d'appui à la coordination - DAC, etc...) des coordinations départementales de réduction des ISTS
- Assurer la lisibilité des dispositifs pour le public-cible

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- L'instance de coordination départementale de réduction des ISTS est déployée à l'ensemble des départements du GE et est fonctionnelle.
- L'ensemble des dispositifs de lutte contre les ISTS sont lisibles, visibles, connus et reconnus sur l'ensemble des territoires du GE par les acteurs de terrain et par le public-cible.
- Des experts du vécu participent aux instances départementales.

PRINCIPAUX JALONS

A l'issue de la première année :

- Réalisation du bilan de l'expérimentation départementale d'instance de coordination ISTS
- Déploiement du livrable de l'état des lieux ISTS : cartographie dynamique en GE

A l'issue de la deuxième année :

- Les instances de coordinations sont ajoutées à la cartographie ISTS et sont lisibles et compréhensibles pour l'ensemble des dynamiques du territoire et pour le public-cible

A l'issue de la troisième année :

- La participation des experts du vécu dans le cadre de l'instance de coordination est effective
- Les fonctions de coordination régionale et départementale prennent appui sur la cellule de veille-alerte-suivi et sur le comité d'évaluation

A l'issue de la quatrième année :

- Réalisation du bilan évaluant l'atteinte des objectifs de l'axe 1 du PRAPS en intégrant la participation des experts du vécu

AXE 2. ADEQUATION DE LA DEMANDE ET DE L'OFFRE SUR CHAQUE TERRITOIRE DANS LE CADRE DE LA LUTTE CONTRE LES ISTS EN DEVELOPPANT LA VEILLE ET L'EVALUATION

Dans le cadre des groupes de travail initiés autour de la lutte contre les ISTS et le PRAPS, il est admis qu'il est particulièrement difficile de mesurer les effets d'une action sur la réduction de ces ISTS, tant les facteurs à prendre en compte sont multiples et pas toujours mesurables. L'évaluation en matière de lutte contre les ISTS n'est donc pas toujours aisée et suffisante. Elle doit s'accompagner par la mise en place d'une mission de veille en lien avec la plateforme d'observation sociale régionale.

Par ailleurs, différents dispositifs de veille et d'alerte existent dans les territoires mais ne sont pas toujours suffisamment identifiés, comme le Point Focal Régional pour l'ARS ou les médiateurs pour l'Assurance Maladie et la Mutualité Sociale Agricole (MSA) par exemple.

DEFINITIONS

Dans le champ de la santé publique :

La **veille** est définie par la collecte, l'analyse et l'interprétation en continu par les structures de santé publique des signaux pouvant représenter un risque pour la santé publique dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce.

Une **alerte** est un signal validé pour lequel il est confirmé après évaluation du risque que l'événement signalé constitue une menace pour la santé de la population et qu'il nécessite une réponse adaptée.

Le **suivi** est la vérification de la prise en compte de l'alerte lancée et de la réponse qui y est apportée.

L'**évaluation** permet de donner des points de repère pour apprécier objectivement si les actions menées ont été réalisées conformément aux objectifs définis au départ. Il s'agit d'apprécier sa cohérence, son efficacité et sa pertinence en s'appuyant sur des indicateurs définis lors de la détermination des objectifs.

Dans le cadre du PRAPS :

Ces définitions visent à promouvoir la santé des personnes en situation de précarité. Le terme risque ou menace évoqué ici fait référence à un risque d'aggravation des ISTS.

ENJEUX DE LA VEILLE ET DE L'EVALUATION

- Rendre lisibles les facteurs conduisant à l'émergence d'ISTS,
- Veiller à l'application des recommandations
- Limiter les dysfonctionnements collectifs / structurels
- Valoriser les pratiques en matière d'accès aux droits, aux soins et à la prévention.
- Réaliser un plaidoyer sur les besoins des publics en situation de précarité

OBJECTIFS

Objectif général

Améliorer l'adéquation des demandes des personnes en situation de précarité et des besoins observés par les professionnels avec l'offre sur chaque territoire

Objectifs spécifiques déclinés en objectifs opérationnels

Renforcer la prise en compte des besoins des publics en situation de précarité pour l'orientation des personnes vers les dispositifs existants et pour les actions à entreprendre

- Instaurer une cellule régionale spécifique reprenant l'ensemble des 3 axes veille – alerte – suivi
- Formaliser le cahier des charges de la cellule régionale de veille – alerte – suivi (composition, organisation, fonctionnement, procédure de signalement et d'alerte...)
- Mettre en place et communiquer sur la cellule régionale de veille – alerte – suivi
- Compléter l'état des lieux ISTS réalisé par l'ORS avec les dispositifs d'alerte existants sur le territoire du Grand Est
- Mettre en place un outil de veille et une procédure de remontées des données qualitatives des inégalités sociales et territoriales de santé à destination des acteurs
- Mettre ce dispositif en cohérence avec la plateforme de l'observation sociale en cours d'installation par la DREETS et avec l'étude des trajectoires de la pauvreté (outil de diffusion créé par l'ORS)

Renforcer les compétences et connaissances des acteurs du Grand Est sur les dispositifs existants d'alerte

- Mettre en place des temps d'information sur les dispositifs existants de droit commun (rappel de leur cadre réglementaire : cahier des charges, référentiel, etc.) et de signalement de dysfonctionnements pour les acteurs de la cellule
- Mettre en place des temps de présentation sur les dispositifs d'alerte existants auprès des acteurs du Grand Est (via notamment les comités départementaux ISTS)
- Mettre en place des temps de formation et d'information sur la lutte contre le non recours auprès des acteurs de terrain en lien avec l'expérimentation qui va être lancée sur « territoire zéro non recours » si des départements du Grand Est sont retenus dans l'expérimentation

Renforcer l'évaluation de la réduction des facteurs d'inégalités sociales et territoriales de santé sur le territoire du Grand Est

- Instaurer un comité d'évaluation ISTS issu du comité opérationnel ISTS et définir ses missions
- Intégrer les experts du vécu dans la démarche d'évaluation
- Construire le protocole d'évaluation des actions visant à réduire les ISTS, comprenant les indicateurs de résultats (objectifs spécifiques et stratégiques) et les indicateurs de processus (objectifs opérationnels)
- Communiquer sur les résultats d'évaluation
- Définir des perspectives d'amélioration ou d'ajustements et les proposer aux coordinations départementales et régionale
- Intégrer l'étude annuelle de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)

Renforcer les connaissances et compétences des acteurs du terrain sur les ISTS et la veille

- Mettre en place des temps de formation pluriprofessionnels à destination des acteurs sur les ISTS et leurs facteurs et la collecte de données
- Développer et améliorer la littératie en santé, enjeu majeur de santé publique pour que la population en situation de précarité soit en capacité de prendre au charge au mieux sa santé¹¹.
- Valoriser les pratiques en matière de veille – évaluation des professionnels (réflexes à renforcer en terme de veille dans l'exercice de leurs pratiques professionnelles)

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- La cellule régionale veille – alerte – suivi est identifiée par l'ensemble des acteurs de terrain et permet l'identification et la résolution de dysfonctionnements rencontrés par les publics en situation de précarité
- Le Comité d'évaluation effectue un suivi et une analyse des indicateurs de réduction des ISTS
- Le Comité d'évaluation préconise et diffuse des orientations en matière de prises en charge et de déclinaisons des politiques publiques sur le territoire du Grand Est.
- Des experts du vécu participent au comité d'évaluation et à la cellule régionale veille – alerte – suivi

PRINCIPAUX JALONS

A l'issue de la première année :

- Réalisation du complément de l'état des lieux ISTS avec les dispositifs d'alerte existants
- Rédaction du cahier des charges de la cellule de veille – alerte – suivi
- Mise en place du Comité d'évaluation de réduction des ISTS et définition des indicateurs d'évaluation

A l'issue de la deuxième année :

- Mise en place effective de la cellule de veille – alerte – suivi
- Rédaction du Guide des pratiques en matière de veille – évaluation

A l'issue de la troisième année :

- Capacité pour le Comité d'évaluation d'effectuer des préconisations et de les diffuser

A l'issue de la quatrième année :

- Réalisation d'une analyse / bilan des sollicitations réalisées de la cellule et des orientations formulées et des actions mise en place pour prendre en compte les besoins du public
- Réalisation du bilan évaluant l'atteinte des objectifs de l'axe 2 veille – évaluation du PRAPS en intégrant la participation des experts du vécu

¹¹ La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique – Santé Publique France – MAJ 22 mai 2019 : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-litteratie-en-sante-un-concept-critique-pour-la-sante-publique>
Cf. définition notion de « littératie en santé » axe 4 page 23 du présent PRAPS

AXE 3. PARTICIPATION DES « EXPERTS DU VECU » DANS LA CONSTRUCTION, LA DECISION, LE SUIVI ET L’EVALUATION DU PRAPS OU D’AUTRES POLITIQUES PUBLIQUES, AINSI QUE LEUR IMPLICATION DANS LA CONSTRUCTION ET MISE EN ŒUVRE DES PROJETS

« Tout ce qui est fait pour moi, sans moi, est fait contre moi » : Gandhi, Mandela

DEFINITIONS

Dans le cadre du PRAPS, les **experts du vécu** sont entendus comme étant des personnes ayant une expérience de la précarité, de la pauvreté et de l’exclusion sociale.

« Il existe un fossé profond entre les personnes vivant en pauvreté et le reste de la société. La législation est généralement conçue pour et par la classe moyenne, ce qui constitue un obstacle pour l’accès des pauvres à leurs droits fondamentaux. Les citoyens pauvres ne peuvent pas combler ces fossés à partir de leurs seules ressources ce qui les empêche de participer à la dynamique sociale et donc maintient, voire creuse, l’écart entre eux et la société. Si, en tant que services publics, nous voulons combler ces fossés, nous ne pouvons le faire sans la participation des personnes ayant vécu ou vivant cette expérience de pauvreté. Celles-ci sont les mieux placées pour inventorier les écueils, les effets pervers des dispositifs. Elles sont aussi les seules qui peuvent se prévaloir d’une expérience transversale avec différents services et ainsi, les plus à même d’évaluer les mesures efficaces ou non dans l’approche de la pauvreté »¹².

Selon l’OMS, la **participation** de la population dans une optique de promotion de la santé est un « processus selon lequel les personnes sont en mesure d’être impliquées de manière active et véritable dans la définition de points les concernant, dans la prise de décisions sur des facteurs affectant leur vie, dans la formulation et la mise en œuvre de politiques, dans la planification, le développement et la prestation de services ainsi que dans le processus d’actions visant à un changement ».

Patrick Ischer et Chloé Saas ont défini différents niveaux de participation¹³ :

TABLEAU 1

Description des quatre types de participation des acteurs

Type de participation	Description
Information	Les participant-e-s sont informé-e-s (ou s’informent) au sujet des enjeux liés à un problème à résoudre ou à un projet. Il est donc indispensable de leur donner accès à l’information et de leur permettre de poser des questions afin de s’assurer que tout le monde partage la même compréhension de la problématique.
Consultation	Les participant-e-s sont invité-e-s à donner leur avis pour nourrir le processus, par exemple à travers des enquêtes d’opinion, des auditions publiques, des entretiens de groupes, etc. En échange, l’animateur et l’animatrice ou le modérateur et la modératrice se met en situation d’écoute. Cette consultation n’assure toutefois pas aux groupes de population concernés que leurs préoccupations et leurs idées seront prises en compte.
[Co-]construction	Les participant-e-s co-élaborent le plan d’action, le projet ou les activités, mais ils/elles ne détiennent pas le pouvoir de l’adopter. Le plan d’action ainsi élaboré pourrait être par la suite soumis à un comité de pilotage qui détient ce pouvoir de décider.
[Co-]décision	Les participant-e-s travaillent dans une relation d’équivalence au pouvoir. La gestion se fait par consentement et toutes les étapes du projet sont inscrites dans un processus de co-décision. Cette co-décision est surtout possible à une échelle réduite (quartier, école, etc.). Il convient d’opérer une distinction entre la décision politique d’octroyer un financement, un terrain, un soutien matériel ou en ressources humaines, et les décisions plus opérationnelles prises par les parties prenantes durant la démarche.

¹² <https://reseauunomade.be/repertoire/experts-du-vecu-en-matiere-de-pauvrete-et-dexclusion-sociale/>

¹³ Ischer, P. & Saas, C. (2019): La participation en matière de promotion de la santé. Document de travail 48. Berne et Lausanne: Promotion Sante Suisse.

La **participation** donne ainsi la parole aux individus dans la prise de décisions affectant la communauté ou l'organisation dont ils font partie.

Pour les personnes en situation de pauvreté ou d'exclusion sociale, participer représente **une occasion de donner son avis, de faire connaître ses conditions de vie, de témoigner de son expérience.**

Pour les acteurs professionnels, la participation des « experts du vécu » peut conduire à **une amélioration de la mise en œuvre des politiques et des lois conduites** en se rapprochant au plus près des besoins et des attentes de la population concernée.

La participation part des expériences individuelles pour **coconstruire un projet collectif et commun.**

Il importe donc que **l'ensemble des participants soient informés du cadre et des enjeux de ce à quoi ils sont associés et qu'ils en connaissent ensuite les résultats justifiés.**

L'empowerment, appliqué au domaine de la santé, est le processus par lequel un individu ou un groupe développe son pouvoir d'agir sur les facteurs déterminants de sa santé.

Ce processus peut se concevoir à différents niveaux : individuel, communautaire et collectif, organisationnel et politique.

L'enjeu est que soit intégré dans les projets au moins un de ces niveaux.

Dans la pratique, cela impliquerait :

- Une élaboration des projets et des actions à partir de et avec les personnes et/ou groupes ou communautés ;
- Une participation effective des personnes concernées à la mise en œuvre et au suivi des projets ;
- Le soutien à la création d'espaces d'échanges et d'élaboration d'une parole collective

ENJEUX DE LA PARTICIPATION :

Constats :

Il est nécessaire d'arrêter les participations alibis : ce genre de participation à un effet inverse dès le court terme, avec une mauvaise acceptation des changements et une perte de confiance envers les institutions publiques, ce qui entraîne un refus d'apporter à nouveau son expérience de la part des participants.

Il n'est pas utile de viser la représentativité des populations concernées ou des problématiques rencontrées, de fait inatteignable.

Pourquoi cette participation ?

La participation a un effet bénéfique tant pour les experts du vécu eux-mêmes que pour les professionnels puisqu'elle permet une **écoute réciproque** et un **croisement des savoirs.**

Elle permet une amélioration de la mise en œuvre des politiques et des lois conduites en se rapprochant au plus près des besoins et des attentes de la population concernée.

Quand fait-on appel à la participation ?

- Lors de la définition, mise en œuvre et évaluation d'une politique publique – déclinaison d'une politique publique nationale au niveau des territoires

Dès le départ, lors de l'établissement du constat initial ; puis à chaque étape de la **co-construction** du projet de la mise en œuvre de la politique publique ; Participation aussi lors de l'évaluation et des bilans de la mise en œuvre des politiques

- Lors de la définition, mise en œuvre et évaluation d'un projet porté par une structure ou un territoire
- Mors de la définition, mise en œuvre et évaluation de l'organisation, fonctionnement ou politique d'une structure

On ne doit pas y avoir recours dans les cas suivants :

- ? jamais !?
- Dans des cas d'extrême urgence, en cas de risque pour la sécurité, de question santé publique risque imminent (ex de la crise COVID) : il demeure **important**, dans ce cas, **d'informer les personnes** de ce qui se met en place

OBJECTIFS

Objectif général

Renforcer la participation des « experts du vécu » dans la construction, la décision, le suivi et l'évaluation du PRAPS ou d'autres politiques publiques, ainsi que leur implication dans la construction et mise en œuvre des projets

Objectifs spécifiques déclinés en objectifs opérationnels

Renforcer une politique soutenance (notion de temporalité, financière, organisationnelle, etc.) aux démarches participatives en Grand Est

- Co-construire et partager une charte sur la participation, ses facteurs clés de mise en œuvre et d'évaluation en Grand Est avec la participation des experts du vécu (socle de ce que doit être la participation)
- Intégrer les facteurs de réussite (moyens financiers, temporels, organisationnels, humains...) d'une démarche participative dans les cahiers des charges d'appel à projets

Renforcer les démarches participatives des experts du vécu dans les structures, projets, gouvernances en Grand Est

- Mettre en place des actions d'accompagnement en amont à une démarche participative à destination des experts du vécu et des professionnels
- Veiller à inclure des membres maîtrisant la notion de participation au sein des instances départementales et régionales de réduction des ISTS en capacité de faire respecter la charte
- Intégrer des experts du vécu dans les groupes de travail du PRAPS

Renforcer la lisibilité des démarches participatives de personnes en situation de précarité en Grand Est

- Capitaliser les démarches participatives existantes menées par des acteurs sur le Grand Est
- Mettre en œuvre une évaluation en Grand Est des démarches participatives

Renforcer les connaissances et compétences des personnes en situation de précarité et des professionnels sur la participation, ses modalités de mise en œuvre, son intérêt et sur les sujets travaillés

- Mettre en place une communication sur la charte de la participation à destination des personnes en situation de précarité et des acteurs de terrain
- Mettre en place un accompagnement des acteurs à l'appropriation de la charte sur la participation
- Mettre en place des actions d'accompagnement en amont à une démarche participative à destination des experts du vécu et des professionnels
- Mettre en place des formations à destination des professionnels sur la participation
- Mettre en place des formations croisées à destination des professionnels et des experts du vécu

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- La charte sur la participation est diffusée et appliquée par l'ensemble des acteurs du territoire en Grand Est, y compris par les instances de gouvernance institutionnelles
- Les cahiers des charges d'appels à projets intègrent les critères qualité de la participation
- Les experts du vécu sont intégrés effectivement au sein des instances de gouvernance institutionnelles
- Les experts du vécu participent au suivi, au bilan du PRAPS 2023-2028 et à l'élaboration du PRAPS suivant
- Dans le cadre du PRAPS en Grand Est, les projets ou structures financés intègrent la participation des experts du vécu dans les équipes projets, la construction, le suivi et l'évaluation

PRINCIPAUX JALONS

A l'issue de la première année :

- Intégration des experts du vécu dans le GT PRAPS Participation
- Rédaction de la charte sur la participation
- Capitalisation des démarches participatives en Grand Est

A l'issue de la deuxième année :

- Diffusion de la charte et actions d'accompagnements des professionnels et des experts du vécu
- Intégration des experts du vécu dans les instances régionale et départementales de réduction des ISTS et dans les GT du PRAPS

A l'issue de la troisième année :

- Intégrer le recours à la participation dans la réalisation des actions financées dans le cadre du PRAPS sur le territoire du Grand Est

A l'issue de la quatrième année :

- Analyse de l'évolution de la part des projets/structures intégrant la participation des experts du vécu
- Réalisation du bilan évaluant l'atteinte des objectifs de l'axe 3 « participation » du PRAPS en intégrant la participation des experts du vécu

AXE 4. LA MEDIATION EN SANTE, UN LEVIER D'INTERVENTION POUR REDUIRE LES ISTS

DEFINITIONS

Selon l'article D. 1110-5 du Code de la santé publique « La médiation sanitaire, ou **médiation en santé**, désigne la fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins. Elle vise à favoriser leur autonomie dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités. »

Les axes d'intervention des médiateurs en santé décrits par le référentiel de l'HAS sont de « (...)»

- Recréer la rencontre avec les populations concernées, à savoir les populations vulnérables et les professionnels de santé / institutions
- Faciliter la coordination du parcours de soins
- Proposer des actions collectives de promotion de la santé
- Participer aux actions structurantes au projet (...) »

Selon l'Instance Régionale d'Education et de Promotion Santé (IREPS) Grand Est, la **médiation en santé** vise à mettre en relation les publics avec les acteurs du système de santé permettant ainsi l'accès aux droits, à la prévention et aux soins.

La médiation en santé s'adresse à toute personne, éloignée du système de santé et/ou en situation de vulnérabilité sociale (sans cibler un type de population en particulier), mais aussi aux professionnels. Il s'agit de permettre une **connaissance et une compréhension réciproques des difficultés de chacun**.

Dans le cadre du PRAPS, les médiateurs en santé sont entendus comme étant à la fois des professionnels mais également comme pouvant être des médiateurs en santé « pairs » ayant suivi une formation spécifique.

La **médiation en santé par les pairs** est exercée par des personnes devenues professionnelles (parce que recrutées par une structure) et dont les compétences reposent sur un savoir expérientiel, et non acquis dans le cadre d'une formation académique. Le médiateur de santé pair se distingue par une posture à l'interface des deux groupes sociaux. Il incarne une forme de rétablissement dans lequel les publics peuvent se projeter, et sa présence aux côtés des professionnels de santé et des institutions vise aussi à modifier les représentations de ces derniers à l'égard des usagers.

Les profils et parcours des médiateurs sont nécessairement très divers, qu'ils soient issus des professions médico-sociales au sens large, ou des groupes concernés, ou qu'ils partagent une même expérience de vie (maladie, usage de produits psychoactifs), ou d'appartenance sociale et culturelle, ou vivant sur un même territoire.

La **littératie en santé**¹⁴ implique « les connaissances, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, accéder, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins de santé, de la prévention et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer sa

¹⁴ Sorensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z. et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 2012, vol. 12, no 80. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3292515/pdf/1471-2458-12-80.pdf>

qualité de la vie tout au long de son existence ». La littératie en santé est reconnue être un élément déterminant de la santé publique.



ENJEUX DE LA MEDIATION EN SANTE

- Garantir la mise en œuvre de la médiation en santé et l'accès à cette médiation sur l'ensemble du territoire du Grand Est dans le respect des recommandations de l'HAS.
- Encourager des démarches s'inscrivant dans « l'aller vers » et le « faire avec »
- Outiller le professionnel et le patient pour atteindre une **autonomisation des personnes et des professionnels**
- Renforcer un environnement soutenant à la mise en œuvre de la médiation en santé
- Reconnaître le métier de médiateur en santé
- Renforcer l'accès à des formations ou des valorisation d'acquis de l'expérience pour de futurs médiateurs en santé
- Renforcer une démarche pluridisciplinaire puisque l'action de médiation en santé ne se réduit pas au seul médiateur
- Accompagner en tant que facilitateur les autres structures d'« aller vers »
- Permettre l'accès aux droits, à la prévention et aux soins dans les structures de droit commun
- Lutter contre le non recours et les ruptures de prise en charge

OBJECTIFS

Objectif général

Promouvoir et développer la médiation en santé comme un levier d'intervention de réduction des ISTS

Objectifs spécifiques déclinés en objectifs opérationnels

Rendre visibles, lisibles et compréhensibles les actions de médiation en santé

- Compléter l'état des lieux des actions sur la médiation en santé à destination des publics réalisé dans le cadre des ISTS

Garantir la mise en œuvre de la médiation en santé dans le respect des recommandations de l'HAS

- Créer un référentiel / cahier des charges régional de ce que doit être la médiation en santé en Grand Est (socle minimal) au regard du référentiel HAS
- Diffuser une communication sur la médiation en santé, les recommandations de l'HAS et le cahier des charges opérationnel à destination des acteurs du Grand Est
- Accompagner les acteurs sur les attendus en médiation en santé à la suite de l'analyse de pratiques

Renforcer les connaissances et compétences du public en matière d'accès aux droits et aux soins

- Favoriser la mise en œuvre par les médiateurs d'actions de promotion de la santé auprès des publics en situation de précarité

Renforcer les échanges de pratiques entre médiateurs en santé en Grand Est

- Créer un réseau de médiateurs en santé sur le territoire
- Définir les missions, objectifs et modalités d'organisation et d'animation du réseau de médiateurs en santé et notamment les modalités d'accompagnement et de soutien sont à réfléchir dans le cadre de la mise en œuvre du PRAPS
- S'assurer de l'adéquation des formations et actions de sensibilisation suivies par les médiateurs au regard des besoins
- Animer le réseau des médiateurs en santé
- Permettre la mutualisation des outils entre médiateurs, que le réseau soit entendu aussi comme un centre de ressources
- Mettre en place des temps d'échanges de pratiques entre médiateurs en santé

Renforcer la couverture territoriale des médiateurs en santé sur l'ensemble du territoire du Grand Est

- Identifier les zones géographiques non couvertes par des actions de médiation en santé au regard de l'état des lieux ISTS
- Mettre en place des actions de sensibilisation des acteurs de terrain à la médiation en santé dans les zones non couvertes
- Définir les territoires prioritaires d'intervention de médiateurs en santé au regard des besoins identifiés dans le cadre de la veille ou dans le cadre du réseau
- Implanter des médiateurs en santé dans les territoires prioritaires

Intégrer un rôle de veille dans l'activité des médiateurs en santé

- Etablir des liens entre le réseau des médiateurs en santé et la cellule régionale veille – alerte – suivi (cf. axe 2)
- Intégrer dans la formation des médiateurs en santé un axe sur le recueil de données (enjeux, méthodologie, indicateurs, etc.)

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- La médiation en santé mise en place sur l'ensemble du territoire en Grand Est respecte les principes éthiques et d'interventions recommandés par l'HAS
- Le réseau coordonné et opérationnel de médiateurs en santé est connu, reconnu et intégré dans les pratiques des professionnels sur l'ensemble du territoire du Grand Est
- La médiation en santé est accessible à toute personne qui en a besoin sur le territoire du Grand Est

PRINCIPAUX JALONS

A l'issue de la première année :

- Rédaction du référentiel / cahier des charges régional de médiation en santé
- Créer et diffuser le fascicule de communication sur la médiation en santé et le cahier des charges opérationnel
- Analyse des pratiques suite à l'état des lieux des actions de médiation en santé au regard du référentiel de la HAS

A l'issue de la deuxième année :

- Définir les modalités d'organisation du réseau de médiateurs en santé, ses missions et objectifs (seulement dans cette temporalité en raison de l'attente des travaux au niveau national)
- Définir les modalités d'organisation de la coordination du réseau de médiateurs en santé
- Publication fiche de poste de coordonnateur et recrutement

A l'issue de la troisième année :

- Mise en place du réseau coordonné de médiateurs en santé sur l'ensemble du territoire en santé du Grand Est et fonctionnement effectif
- Diffusion du guide à destination des acteurs de terrains définissant les compétences pré-requises pour les accompagner dans le recrutement des médiateurs en santé
- Augmenter le nombre de médiateurs en santé sur le territoire en fonction de la planification de l'offre en médiation en santé sur les territoires

A l'issue de la quatrième année :

- Réalisation du bilan évaluant l'atteinte des objectifs de l'axe 4 médiation en santé du PRAPS en intégrant la participation des experts du vécu

AXE 5. ACCES A LA PROMOTION DE LA SANTE, A LA PREVENTION, AUX DROITS, AUX SOINS, A L'EDUCATION POUR LA SANTE ET AUX SERVICES DE SANTE DES POPULATIONS SPECIFIQUES DANS LE CAS DE SITUATIONS COMPLEXES

ENJEUX

Les causes de non recours aux soins sont multiples : manque d'accessibilité géographique, faible disponibilité des professionnels de santé, distance socio-culturelle entre les professionnels de santé et les personnes précaires, manque de connaissance du système de santé lié en partie à sa grande complexité, raisons financières, difficultés face au développement des démarches dématérialisées.

La place du médecin généraliste est fondamentale dans le parcours de soins. Lorsque le processus de réinsertion vers le droit commun est bien engagé, celui-ci peut assurer le rôle pivot du parcours, en particulier pour orienter la personne dans l'offre de soins spécialisée et l'accompagner, tout comme les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les centres de santé ; les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des dispositifs d'amont à vocation de trait d'union avec le système de santé de droit commun, en particulier avec la médecine de ville.

Toutefois, le parcours de soins coordonné sera fragilisé si les personnes n'utilisent pas les droits auxquels elles peuvent prétendre et n'ont pas de médecin traitant. Des outils existent pour accompagner les personnes sans accès à leurs droits, mais ils ne sont pas toujours connus des professionnels ni des personnes elles-mêmes.

Pour parvenir à un état de complet bien-être tel que le préconise le concept de « promotion de la santé », l'individu doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et s'adapter à son environnement. Dans cette optique, la santé devient une ressource de la vie quotidienne, un concept positif qui met l'accent sur les ressources sociales et personnelles, ainsi que sur les capacités physiques, mentales et sociétales de la personne. Ainsi, l'accès à la santé va bien au-delà de la simple question de l'accès aux droits et aux soins, et intègre un colloque singulier de qualité.

La nécessité de recourir à un interprète peut être un frein à l'accès à la prévention ou aux actions de promotion de la santé, auxquelles peuvent s'ajouter des freins culturels ou sociaux. Une fois les droits ouverts, d'autres freins liés à l'accès à un professionnel de santé peuvent être la cause de renoncement aux soins. Au-delà des problèmes de démographie médicale, les professionnels de santé peuvent être mis en difficulté pour établir un lien soignant-soigné de qualité : communication et prise en compte des spécificités liées à la précarité.

115 000 femmes sont sans domicile et exposées à la violence et aux risques prostitutionnels, et pour beaucoup avec un état de santé physique et psychologique très dégradé. En raison du cumul des vulnérabilités, les femmes sans domicile nécessitent une prise en charge adaptée à leurs besoins. Cela est d'autant plus vrai lorsqu'elles sont enceintes, souffrent d'addictions ou sont victimes de violence.

A ce titre, suite à la parution de la circulaire interministérielle du 2 juillet 2021¹⁵ relative à la mise en place de référents sur les violences faites aux femmes dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et centres d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages (CAARUD), la liste des référents pour les structures du GE est mise à jour annuellement.

Cela permet également d'en informer la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) qui propose depuis deux ans, une journée de formation spécifique sur les violences faites aux femmes aux personnels médicaux, sociaux ou médico-sociaux de ces structures¹⁶.

OBJECTIFS

Objectif général

Assurer l'accès à la promotion de la sante, à la prévention, aux droits, aux soins, à l'éducation pour la santé et aux services de santé des populations spécifiques dans le cas de situations complexes

Objectifs spécifiques déclinés en objectifs opérationnels

Mettre à disposition des professionnels des outils et ressources pour agir

- Poursuivre l'action de mise à disposition d'interprétariat, notamment d'interprétariat téléphonique pour les professionnels libéraux tout en l'ouvrant à de nouveaux professionnels
- Poursuivre la mise à disposition de Passeport santé
- Communiquer autour du téléservice ADRI (Acquisition des droits intégrée) et de l'outil CDRI (Consultation des droits intégrée) de l'Assurance Maladie
- Poursuivre le déploiement des formations premiers secours en santé mentale (PSSM), financées par l'ARS, l'Assurance Maladie et la Commissaire à la Lutte contre la Pauvreté
- Permettre l'accès des professionnels à des formations visant à lutter contre les ISTS (cf. axe 2 du présent PRAPS)

Faire évoluer les dispositifs spécifiques existants pour répondre au mieux aux besoins des personnes en situation de précarité tout en les orientant vers le droit commun

- Mettre en conformité les activités des PASS avec le cahier des charges national
- Réviser le financement et le maillage des PASS
- Développer le conventionnement des PASS avec la médecine de ville
- Promouvoir les dispositifs assurance maladie de lutte contre le non recours
- Poursuivre le soutien à l'association Accès Droits Santé Solidarités (AD2S)
- Favoriser l'accès aux soins palliatifs pour les populations en situation de précarité, comme prévu dans le 5° plan Soins Palliatifs

15 Circulaire interministérielle N° DGS/SP3/MIPROF/2021/146 du 2 juillet 2021 relative à la mise en place de référents sur les violences faites aux femmes dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et centres d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages (CAARUD)

16 #FDR Femmes victimes de violence

- Faire le lien avec le dispositif AGIR (accompagnement global et individualisé des réfugiés et bénéficiaire de la protection subsidiaire, visant à les intégrer dans le droit commun, pas uniquement sur le plan sanitaire) et par exemple le réseau à venir des médiateurs en santé

Mettre en place les mesures nouvelles octroyées en ESMS, notamment les dispositifs d'aller-vers tout en positionnant le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) dans le réseau des acteurs

- Préciser le lien des SIAO dans l'orientation des personnes vers les différents dispositifs avec hébergement
- Poursuivre le développement et le renforcement de dispositifs visant à lutter contre les inégalités de santé
- Veiller à l'existence de dispositifs d'aller vers dans tous les territoires

Améliorer l'accès à la santé des femmes en situation de précarité

- Améliorer le repérage et la prise en charge des besoins en santé des femmes à la rue et hébergées
- Développer des Lits Haltes Soins Santé (LHSS) périnatalité pour les femmes et les nourrissons qui nécessitent un accueil médicalisé
- Maintenir des places d'hébergement d'urgence pour les femmes en pré et post maternité
- Déployer des solutions adaptées pour les femmes sans domicile qui souffrent d'addictions.

Ces actions sont extraites du Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023 / 2027.

Améliorer l'accès à la santé mentale, en déployant la mesure 9 des assises de la Santé Mentale et en confortant les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)

- Favoriser l'intervention de psychologues dans les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) dans le respect de l'instruction interministérielle¹⁷
- Favoriser l'implication des SIAO dans le déploiement des psychologues dans le cadre de la mesure 9
- Conforter le fonctionnement des EMPP en GE
- Renforcer l'offre en installant au moins une EMPP par département

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Interprétariat téléphonique ouvert à l'ensemble des professionnels libéraux, qui en ont une large connaissance
- L'ensemble des PASS sont en conformité avec le cahier des charges et leur financement a été révisé
- L'ensemble des dispositifs alloués par le « Ségur de la santé » sont installés, avec une vigilance particulière pour la mission d'« aller-vers »
- Chaque département dispose d'une EMPP en activité
- L'ensemble des territoires du GE propose un accès à un psychologue ou un IPA en santé mentale dans le cadre de la mise en œuvre de la mesure 9 des assises de la santé mentale
- Des formations PSSM sont proposées sur l'ensemble des territoires du GE
- La garantie santé est déployée sur l'ensemble des territoires du GE et est connue de tous

¹⁷ instruction interministérielle n° DIPLP/DGOS/DIHAL/2022/96 du 1er avril 2022 relative au soutien psychologique des personnes en situation de grande précarité dans les centres d'hébergement et lieux d'accueil : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2022/2022.10.sante.pdf>

- L'accès aux soins des femmes en situation de précarité est facilité sur l'ensemble du territoire du GE
- Le 5° du plan Soins Palliatifs est mis en œuvre sur l'ensemble du territoire du GE

PRINCIPAUX JALONS

A l'issue de la première année :

- L'interprétariat téléphonique est ouvert à tous les professionnels libéraux
- Le cahier des charges de mise en œuvre de la mesure 9 des assises de la santé mentale est diffusé et le recrutement des psychologues et IPA a débuté
- La réflexion relative à la modélisation économique des PASS et à leur maillage territorial est finalisée et diffusée à l'ensemble des acteurs concernés pour mise en œuvre
- Mise en place de formations PSSM à destination des étudiants et des professionnels de l'éducation nationale et des missions locales
- L'ensemble des ESMS ont accès à la banque de ressource portée par AD2S

A l'issue de la deuxième année :

- Installation des dispositifs alloués par le « Ségur de la santé »
- L'ensemble des PASS sont en conformité avec le cahier des charges finalisé, la réorganisation est effective et la modélisation économique est appliquée
- 50% des CHRS disposent d'un accès à un psychologue
- Déploiement de l'offre de formation PSSM à destination des professionnels au sens large
- La garantie santé est déployée sur l'ensemble des territoires du Grand Est.

A l'issue de la troisième année :

- Chaque département dispose d'une EMPP en activité
- Dans le cadre de la coordination départementale de réduction des ISTS, les professionnels connaissent et utilisent les applicatifs existants développés par l'assurance maladie, les dispositifs relevant du SEGUR de la santé, les dispositifs portés par les préfetures concernant les personnes migrantes
- L'ensemble des PASS a conventionné avec la médecine de ville
- L'accès aux soins des femmes en situation de précarité est facilité sur l'ensemble du territoire du Grand Est
- L'accès aux soins palliatifs pour les personnes en situation de précarité est effectif.

A l'issue de la quatrième année :

Réalisation du bilan évaluant l'atteinte des objectifs de l'axe 5 du PRAPS en intégrant la participation des experts du vécu

AXE 6. ACCES A LA PROMOTION DE LA SANTE, A LA PREVENTION, AUX DROITS, AUX SOINS ET AUX SERVICES DE SANTE DE POPULATIONS SPECIFIQUES DANS LE CADRE D'UNE REFLEXION TRANSVERSALE

OBJECTIFS

Objectif général

Assurer l'accès à la promotion de la santé, à la prévention, aux droits, aux soins et aux services de santé de populations spécifiques dans le cadre d'une réflexion transversale

Objectifs spécifiques déclinés par population

Améliorer l'accès à la santé et à la prévention des personnes placées sous-main de justice (PPSMJ)

La population incarcérée est caractérisée par une surreprésentation d'usagers de drogues, des prévalences élevées de troubles psychiatriques et une précarité sociale marquée. Elle a la particularité d'avoir eu rarement accès aux dispositifs d'éducation sanitaire et de soins avant son incarcération et de méconnaître ses droits sociaux, alors qu'elle présente des pathologies lourdes de conséquences pour elle-même et pour son environnement.

Le contexte même de l'incarcération réunit à la fois le stress de l'isolement, la rupture des liens, les tensions sécuritaires et renforcés par la surpopulation carcérale, et peut générer ou aggraver certaines pathologies

Les objectifs de travail retenus pour le prochain SRS – PRAPS portent donc sur :

- **Mettre en place des comités de pilotage de la prévention promotion de la santé (PPS) dans les établissements pénitentiaires de la région afin que chaque unité sanitaire puisse proposer un programme pluriannuel d'actions de PPS.**
- **La télémédecine : poursuivre le déploiement dans les établissements pénitentiaires de la région 11 des 16 établissements qui peuvent l'être le sont.**
- **L'attractivité de l'exercice médical et paramédical en milieu carcéral : communiquer autour de l'exercice en détention auprès des futurs professionnels**
- **L'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) : diversification de l'offre de soins (soins palliatifs, soins médicaux et de réadaptation...) »**

➤ Focus sur la prévention du suicide en milieu carcéral

Au 1^{er} décembre 2022, on déplorait 18 suicides en 11 mois parmi les PPSMJ en GE contre 135 au niveau national (dont 122 en détention). Un élément principal de la prévention réside en la formation des professionnels :

- **Proposer des modules évaluation-orientation (EO) et intervention de crise (IC) de la formation du Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide (GEPS) pour les professionnels de santé des unités sanitaires intervenant en milieu pénitentiaire :**

- **Promouvoir les formations PSSM (plus larges que la prévention du suicide) comme un outil de sensibilisation et d'initiation à la santé mentale globale en articulation avec les autres modules de formation en prévention du suicide.**

Le Grand Est a été la région première équipée en téléphone dans les cellules de détention, et donc prêt pour développer les projets Vigilans (dispositif de re-contact téléphonique destiné à rappeler les personnes après la crise suicidaire, pour prévenir la récurrence) et 3114 (numéro d'appel national de prévention du suicide) lorsque la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) le jugera pertinent.

#FDR Personnes placées sous-main de justice

Améliorer l'accès à la santé et à la prévention des femmes victimes de violences

Les violences faites aux femmes ne concernent évidemment pas uniquement les femmes en situation de précarité, celle-ci entre en jeu, comme le montrent ces données de la Police et de la Gendarmerie Nationale : Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple – 2020.

La répartition des victimes par catégories socio-professionnelles permet de constater que :

- 64 % n'exercent pas ou plus d'activité professionnelle (49 d'entre elles étaient sans emploi et 31 à la retraite)
- 27 % relèvent des catégories socio-professionnelles des employés et ouvriers (34 victimes parmi lesquelles 29 femmes et 5 hommes)
- 9 % relèvent des catégories socio-professionnelles des professions intermédiaires, supérieures et des artisans, commerçants et chefs d'entreprise, sachant que les cadres et professions intellectuelles supérieures représentent 2 % de l'ensemble des victimes.

Aucune victime n'a été recensée dans la catégorie « agriculteurs/exploitants » sans que cela exclu la possibilité que des victimes relèvent de cette catégorie.

Pour la première fois en 2023, la problématique des violences faites aux femmes fait partie à part entière du PRS ; la feuille de route proposée vise dans la mesure du possible à réduire les ISTS :

- **Doter a minima chaque département d'une structure médicosociale de prise en charge globale des femmes victimes de tout type de violences, adossée à un centre hospitalier**
- **Développer l'aller-vers**
- **S'assurer de la désignation d'un référent violences au sein de chaque service des urgences**

#FDR Femmes victimes de violence

Améliorer l'accès à la santé et à la prévention des jeunes en situation de précarité

Dans le Grand Est comme ailleurs, les jeunes de 18 à 29 ans se concentrent dans les plus grands pôles urbains. Dans ceux de Strasbourg, Nancy et Reims, les jeunes sont nettement surreprésentés et majoritairement étudiants. Ils représentent 27 % de l'ensemble des 18 – 29 ans du Grand Est. Les plus jeunes, âgés de 18 à 24 ans, y sont particulièrement nombreux.

Les autres pôles urbains du Grand Est rassemblent 310 000 personnes âgées de 18 à 29 ans, soit quatre jeunes sur dix vivant dans la région. Les chômeurs et les inactifs (hors étudiants) y sont particulièrement surreprésentés, notamment dans les grands pôles de Forbach, Mulhouse ou Troyes.

Lorsqu'ils exercent un emploi, les jeunes vivant dans ces territoires occupent plus rarement un poste de cadre qu'à Strasbourg, Nancy et Reims, et tendent à l'être d'autant moins que le pôle dans lequel ils habitent est de taille modeste. Les jeunes sont en effet très souvent employés ou ouvriers dans des pôles moins peuplés, comme à Sarrebourg ou Chaumont. Les emplois sans limite de durée (CDI, fonctionnaires) y sont aussi plus rares¹⁸.

Conformément aux objectifs de la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté visant un parcours de formation garanti pour tous les jeunes pour ne pas laisser ces derniers sans solution et prévenir tout abandon de parcours, le Gouvernement a souhaité engager des moyens spécifiques afin de mieux repérer, remobiliser et accompagner ces jeunes par des voies qui leur sont adaptées.

Les parcours proposés dans le cadre du **Contrat Engagement Jeune (CEJ) « Jeunes en rupture »** ont vocation à répondre à l'ensemble des freins que rencontrent ces jeunes, en leur offrant un accompagnement global, pouvant intégrer la santé, une aide au logement ou à la mobilité, avec un référent unique et une mise en place progressive. Le service public de l'emploi s'appuie sur des associations déjà en contact avec une partie de ces jeunes en situation de rupture, en leur proposant un accompagnement sur-mesure et des solutions adaptées à leur situation.

Améliorer l'accès à la santé et à la prévention des personnes isolées en situation de handicap :

L'inégalité d'accès aux soins des personnes en situation de handicap (population fragile) est une constante objectivée depuis plusieurs décennies. Cette difficulté d'accès à la santé et à la prévention est corrélée à la lourdeur du handicap et aggravée par la démographie actuelle des médecins et des autres professionnels de santé du territoire Grand Est. Elle génère très souvent un renoncement aux soins. Le nonaccès aux soins concernerait plus de 55 000 personnes à l'échelle du Grand Est (*source FHF, 2023*).

Il s'agit de :

- **Développer et soutenir des dispositifs innovants en renforçant et facilitant l'accès à la santé et à la prévention pour les personnes vivant avec un handicap**
- **Limiter les ruptures de parcours et les pertes de chances des personnes vivant avec un handicap,**
- **Activer les filières handicap des établissements de santé du territoire**
- **Veiller à l'opérationnalité et la montée en compétence des référents handicap des établissements de santé.**

Objectifs spécifiques

Sur la base d'un état des lieux réalisé avec l'IREPS en 2023, soutenir l'engagement des missions locales dans des actions de santé, coordonnées par l'association régionale des missions locales (ARML)

¹⁸ INSEE Grand Est, Les jeunes du Grand Est : une multitude de profils et des conditions de logement hétérogènes selon les territoires – Analyses n°114 – Juillet 2020

Soutenir l'intégration d'un volet santé dans une prise en charge globale des jeunes en CEJ en rupture dans les CEJ

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Renforcement du partenariat de proximité entre les structures porteuses des CEJ en rupture et les Missions Locales
- Désignation d'un référent santé dans chaque mission locale
- Chaque jeune en CEJ en rupture bénéficie d'un accompagnement global intégrant la santé et adapté à ses besoins
- Mise en place d'actions de médiation en santé pour accompagner les jeunes en CEJ en rupture vers l'accès aux droits et aux soins
- Chaque jeune en CEJ en rupture bénéficie d'un suivi dans sa prise en charge en coordination avec l'ensemble les acteurs de terrains impliqués

Favoriser un environnement favorable à la santé pour les jeunes en situation de précarité

On peut définir les inégalités environnementales comme « les inégalités d'exposition aux risques environnementaux, exposition qui est jugée disproportionnée quand certains groupes sociaux ou certaines catégories sociales en souffrent plus que d'autres de façon significative ». Deux mécanismes doivent être distingués: d'une part, le différentiel d'exposition, c'est-à-dire le fait que les populations socio économiquement défavorisées peuvent être davantage exposées à un plus grand nombre de nuisances et/ou à des niveaux d'expositions plus élevées; d'autre part, le différentiel de vulnérabilité qui montre qu'à niveau semblable d'exposition, le risque sanitaire encouru par les populations défavorisées est plus élevé en raison d'un état de santé plus dégradé ou d'un moindre accès aux soins.

Au-delà de l'exposition aux risques, c'est aussi la capacité à réagir et de résilience qui crée des inégalités : « À danger égal, les plus pauvres, les plus défavorisés sont plus exposés : ils sont plus fragiles, ils ont moins de solutions de rechange, ils ont plus de difficultés à se reconstruire ». Ainsi à des inégalités sociales, se cumulent des inégalités environnementales¹⁹

A titre d'exemple, on peut citer l'exposition au plomb, génératrice de saturnisme, essentiellement chez des enfants vivant en logement insalubre.

#FDR Santé de l'enfant et de l'adolescent - #PRSE3

¹⁹ précarité et santé-environnement : lutter localement contre les inégalités environnementales de santé - Fabriques Santé Territoire - Février 2019

Améliorer l'accès à la vaccination pour les personnes en situation de précarité

L'amélioration de la couverture vaccinale des personnes en situation de précarité fait l'objet d'un objectif spécifique de l'axe « Prévention » du SRS 2023 – 2028. En effet, la couverture vaccinale est dépendante des inégalités sociales.

Par exemple, dans le cas de la vaccination contre la rougeole, les couvertures vaccinales en population générale dans le Grand-Est sont élevées mais restent inférieures aux objectifs de vaccination (rougeole : 95%) et **marquées par les inégalités de santé**. En France métropolitaine, la couverture vaccinale ROR (rougeole, oreillons, rubéole) des 18-35 ans est plus élevée chez les femmes (93,9% [92,7- 95,0]) que chez les hommes (86,9% [85,1-88,5]). Pour les hommes, la couverture est **plus élevée pour les plus diplômés** et les professionnels de la santé et du soin, et inférieure pour les étrangers en comparaison aux personnes nées Françaises.

Pour les femmes, la couverture augmente avec l'âge. Elle est plus élevée chez celles ayant au moins un enfant de moins de 5 ans en comparaison avec celles n'en ayant pas et **inférieure pour les étrangères** en comparaison avec les femmes nées Françaises²⁰.

L'hépatite C

Du fait du mode de transmission sanguin de l'hépatite C, les vecteurs d'infection les plus représentés sont les dispositifs médicaux incomplètement stérilisés avant réutilisation, et le partage de matériel d'injection dans le cadre de la consommation de drogues.

De fait, les populations les plus vulnérables identifiées sont les usagers de drogues, les personnes migrantes, les patients avec une pathologie psychiatrique, les personnes précaires socialement et/ou incarcérées.

Afin de réduire les taux d'incidence et de prévalence de l'hépatite C au sein des populations les plus vulnérables, il est proposé de :

- **Former les équipes des PASS et des équipes mobiles au dépistage de l'hépatite C**
- **Mettre en place une coordination avec le Coordonation Régionale de Lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) concernant le dépistage (virus Hépatite B – VHB / virus Hépatite C – VHC / VIH) chez les détenus**
- **Mettre en place une coordination avec les Service de Santé Etudiante (SSE, ex-SUMPPS, service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé des étudiants) concernant la proposition systématique du dépistage aux étudiants migrants**

#AXE prioritaire Prévention

Améliorer l'accès aux soins palliatifs pour les personnes en situation de précarité

L'objectif opérationnel n°3 de la thématique soins palliatifs : « garantir l'offre de soins palliatifs quel que soit l'âge, la situation ou le contexte », pose que (...) les équipes doivent être particulièrement vigilantes à adapter les

20 BEH vaccination, Santé Publique France, avril 2023

pratiques selon les spécificités, les vulnérabilités et les précarités rencontrées, de sorte à développer et à renforcer les prises en charge en proximité, à adapter les modalités d'information et de mobilisation des ressources, les temps d'écoute et à associer et accompagner les aidants. Des freins structurels à la réalisation de soins palliatifs dans les établissements médico sociaux et sociaux ont pu être identifiés dans le cadre d'un groupe de travail du 5° Plan Soins Palliatifs associant acteurs des soins palliatifs, du secteur médicosocial et de l'hébergement.

Il est ainsi proposé de :

- **Capitaliser sur les travaux déjà réalisés autour des EHPAD**
- **Prévoir un renforcement de type expert ou réassurance par les EMSP, sans forcément assurer les soins de base**
- **Proposer un dossier type DLU pour documenter les situations en prévision des éventuelles décompensations, identifier pour chaque résident en situation palliative les coordonnées des référents médicaux et les appuis possibles 24h/24**
- **Mobiliser les nouvelles équipes mobiles de précarité portées par le « Ségur »**
- **Améliorer les conventions avec les officines pour garantir la bonne distribution des médicaments et leur gestion**
- **Diffuser les recommandations existantes pour améliorer l'accessibilité, la qualité et la sécurité dans la gestion des traitements médicamenteux**
- **Former ensemble aux soins palliatifs les personnels de garde et sociaux (écoute active, mort possible, ressources mobilisables...)**

#Offre de soins spécifique / Soins Palliatifs