



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



PRS
PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ
GRAND EST

PRS 2018-2028

PRAPS 2023-2028

Programme Régional d'Accès à la Prévention et
aux Soins des plus démunis

Publication octobre 2023

SOMMAIRE

LES CONSTATS	3
PRINCIPAUX ENJEUX À L’HORIZON 2028 EN GRAND EST	5
PARTIE INTRODUCTIVE.....	7
CONTEXTE	9
DÉFINITIONS	10
PUBLIC CIBLE	12
ENJEUX.....	12
OBJECTIFS STRATEGIQUES DU PRAPS 2023 – 2028	13
AXE 1 : COORDINATION ET PILOTAGE DU PRAPS.....	15
DÉFINITION	17
ENJEUX DE LA COORDINATION.....	17
OBJECTIFS	18
RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS.....	19
PRINCIPAUX JALONS	19
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.....	21
DÉFINITIONS	23
ENJEUX DE LA VEILLE ET DE L’EVALUATION	23
OBJECTIFS	24
RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS.....	25
PRINCIPAUX JALONS	25
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 LA MISE EN ŒUVRE DES PROJETS	27
DÉFINITIONS	29

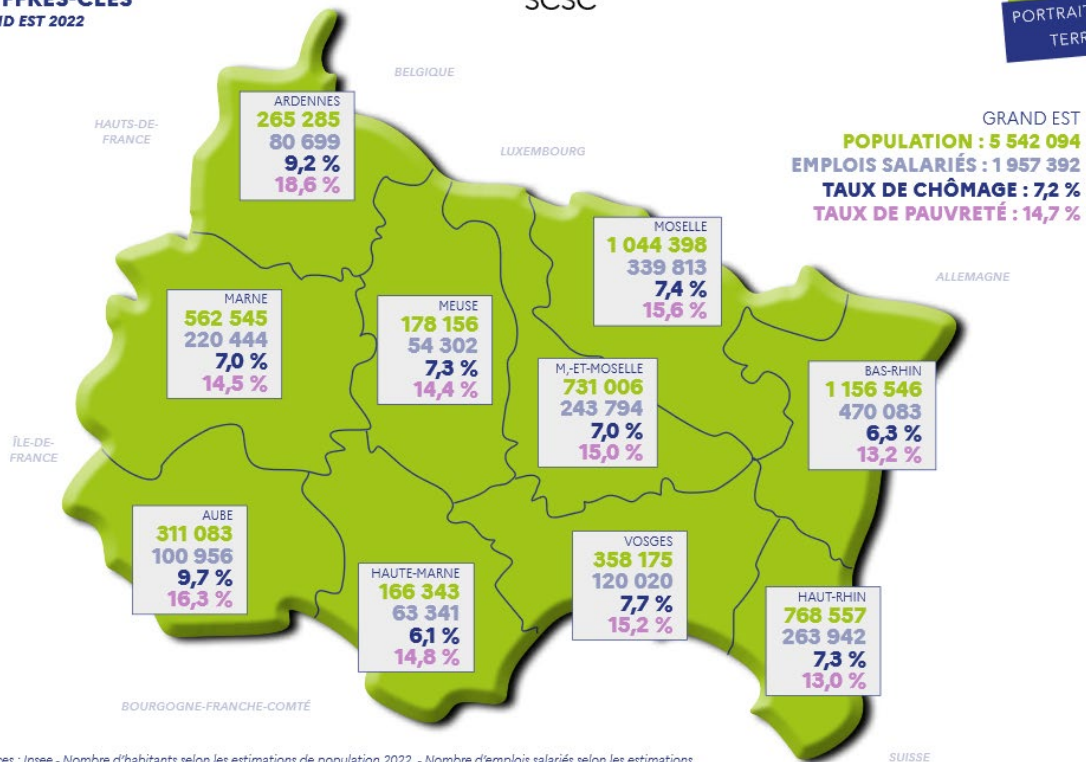
ENJEUX DE LA PARTICIPATION	30
OBJECTIFS	31
RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS.....	32
PRINCIPAUX JALONS	32
AXE 4 : LA MÉDIATION EN SANTÉ, UN LEVIER D’INTERVENTION POUR RÉDUIRE LES ISTS	35
DÉFINITIONS	37
ENJEUX DE LA MEDIATION EN SANTE.....	38
OBJECTIFS	39
RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS.....	40
PRINCIPAUX JALONS	40
AXE 5 : ACCÈS À LA PROMOTION DE LA SANTÉ, À LA PRÉVENTION, AUX DROITS, AUX SOINS, A L’ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET AUX SERVICES DE SANTÉ DES POPULATIONS SPÉCIFIQUES DANS LE CAS DE SITUATIONS COMPLEXES.....	43
ENJEUX.....	45
OBJECTIFS	46
RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS.....	48
PRINCIPAUX JALONS	48
AXE 6 : ACCÈS À LA PROMOTION DE LA SANTE, A LA PRÉVENTION, AUX DROITS, AUX SOINS, A L’EDUCATION POUR LA SANTE ET AUX SERVICES DE SANTÉ DE POPULATIONS SPÉCIFIQUES DANS LE CADRE D’UNE RÉFLEXION TRANSVERSALE	51
OBJECTIFS	53
RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS.....	61
ANNEXES.....	63
ANNEXE 1 : LISTE DES ACTEURS DU PRAPS	65
ANNEXE 2 : INDICATEURS D’EVALUATION PAR AXE DU PRAPS.....	68

LES CONSTATS

CHIFFRES-CLÉS GRAND EST 2022

sese

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.

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 pauvreté² 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 À 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 Grand Est 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

¹ Portraits de territoire 2022 _ DREETS Grand Est

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

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 Grand Est.

PARTIE INTRODUCTIVE

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 quatre 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
- **Le Pacte des Solidarités 2023 – 2027** établi autour de quatre thématiques principales : la prévention de la pauvreté par la lutte contre les inégalités à la racine, l'amplification de la politique d'accès au travail pour tous, la lutte contre la grande exclusion et l'organisation solidaire de la transition écologique

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 ISTS.

9

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 terrain 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

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>

DÉFINITIONS

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. »

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, l'éducation 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,

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

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.

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'ISTS.

Lorsque les conditions de naissance et de vie dans la petite enfance sont défavorables, elles confèrent un « capital santé négatif » susceptible de se cumuler tout au long de la vie et de contribuer à une dégradation de la santé à l'âge adulte supérieure à la moyenne. Les constructions socio-territoriales et les expositions environnementales combinées avec un handicap socio-économique contribuent à la persistance, voire à l'augmentation, des **inégalités sociales et environnementales de santé** sur les territoires.

Il y a une relation étroite entre la position sociale d'une personne, souvent décrite en termes de statut socio-économique (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 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.

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.

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 du 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.

⁹ Cf. définition page 30 du présent document (axe 3 du présent PRAPS)

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 quatre 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, à l'éducation pour la santé 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.

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 coconstruite dans l'intérêt des personnes prises en charge.

DÉFINITION

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 (préventive, 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).

Afin de prendre en compte les spécificités territoriales et en fonction des thématiques, l'instance de coordination départementale doit être a minima composée de représentants du conseil départemental dans le cadre de ses différents champs de compétences, des administrations et services de l'Etat (Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), Education nationale, logement (service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO)...), de la protection sociale (caisse d'allocations familiales (CAF), caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), ...), de collectivités locales, des ordres départementaux, des dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires existants sur le territoire, des usagers.

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 cartographier, de savoir qui fait quoi et de pouvoir identifier des manques dans les dispositifs (échanges de pratiques, de partage d'expériences)

OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL

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

OBJECTIFS SPECIFIQUES DECLINES EN OBJECTIFS OPERATIONNELS

Renforcer le pilotage régional des coordinations départementales de réduction des ISTS

- Définir des orientations stratégiques et des cofinancements 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

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 en s'appuyant notamment sur 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, projets territoriaux de santé - PTSM, conseils locaux de santé mentale - CLSM, communautés 360¹¹, territoires d'intervention des Départements etc.)
- Permettre une gestion opérationnelle des situations complexes entre les différents acteurs

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 groupes de travail du PRAPS et des ISTS
- Accompagner les acteurs de terrains dans la prise en main de cet outil cartographique

¹¹Communautés 360 : structuration d'un réseau de professionnels soutenant les parcours de vie des personnes

- 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
- ❖ La coordination mise en place permet la gestion opérationnelle des situations complexes
- ❖ 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 PREMIERE ANNEE

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

A L'ISSUE DE LA DEUXIEME ANNEE

- ❖ 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 TROISIEME ANNEE

- ❖ La participation des experts du vécu dans le cadre de chaque 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 QUATRIEME ANNEE

- ❖ 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 (AM) et la Mutualité Sociale Agricole (MSA) par exemple.

DÉFINITIONS

DANS LE CHAMP DE LA SANTE 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'ÉVALUATION

- 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 GENERAL

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 SPECIFIQUES DECLINES EN OBJECTIFS OPERATIONNELS

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)

24

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
- 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 et en porter les résultats à la connaissance des populations concernées, en amont de la prise de décision
- 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, 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 en charge au mieux sa santé¹²
- Valoriser les pratiques des professionnels en matière de veille - alerte - suivi (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 PREMIERE ANNEE

- ❖ 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 DEUXIEME ANNEE

- ❖ Mise en place effective de la cellule de veille – alerte – suivi
- ❖ Rédaction du Guide des pratiques en matière de veille – alerte-suivi à destination des acteurs de terrain

¹² 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 37 du présent PRAPS

A L'ISSUE DE LA TROISIEME ANNEE

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

A L'ISSUE DE LA QUATRIEME ANNEE

- ❖ Réalisation d'une analyse / bilan des sollicitations réalisées de la cellule, des orientations formulées et des actions mises 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

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 LA MISE EN ŒUVRE DES PROJETS

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

DÉFINITIONS

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 ; et non des professionnels experts de ces situations.

« 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 le reste de 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 »¹³.

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 participation¹⁴:

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.

¹³ <https://reseaunomade.be/repertoire/experts-du-vecu-en-matiere-de-pauvrete-et-dexclusion-sociale/>

¹⁴ 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 **co-construire 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 a 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 A 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
- Lors 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 de santé publique, de 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 GENERAL

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 SPECIFIQUES DECLINES EN OBJECTIFS OPERATIONNELS

Renforcer une politique soutenante (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

- 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 PREMIERE ANNEE

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

A L'ISSUE DE LA DEUXIEME ANNEE

- ❖ 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 groupes de travail du PRAPS

A L'ISSUE DE LA TROISIEME ANNEE

- ❖ 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 QUATRIEME ANNEE

- ❖ 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 MÉDIATION EN SANTÉ, UN LEVIER D'INTERVENTION POUR RÉDUIRE LES ISTS

DÉFINITIONS

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'Éducation 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**¹⁵ 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

¹⁵ 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>

améliorer sa 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 GENERAL

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

OBJECTIFS SPECIFIQUES DECLINES EN OBJECTIFS OPERATIONNELS

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 en situation de précarité 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 (dont certaines en langue maternelle, si possible)

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 PREMIERE ANNEE

- ❖ Rédaction du référentiel / cahier des charges régional de médiation en santé
- ❖ Création et diffusion du fascicule de communication sur la médiation en santé et du 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 DEUXIEME ANNEE

- ❖ Définition des modalités d'organisation du réseau de médiateurs en santé, de ses missions et objectifs
- ❖ Définition des modalités d'organisation de la coordination du réseau de médiateurs en santé
- ❖ Publication de la fiche de poste de coordonnateur et recrutement

A L'ISSUE DE LA TROISIEME ANNEE

- ❖ 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
- ❖ Augmentation du 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 QUATRIEME ANNEE

- ❖ 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 : ACCÈS À LA PROMOTION DE LA SANTÉ, À LA PRÉVENTION, AUX DROITS, AUX SOINS, A L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET AUX SERVICES DE SANTÉ DES POPULATIONS SPÉCIFIQUES 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 en situation de précarité, 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), les centres de santé et les CPTS. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des unités de soins destinées à toute personne malade en situation de précarité. Elles assurent une prise en charge coordonnée : médicale, sociale, infirmière et l'accompagnement dans un parcours de santé.

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.

À ce titre, suite à la parution de la circulaire interministérielle du 2 juillet 2021¹⁶ 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

¹⁶ 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)

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 structures¹⁷.

OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL

Assurer l'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

OBJECTIFS SPECIFIQUES DECLINES EN OBJECTIFS OPERATIONNELS

Mettre à disposition des professionnels des outils et ressources pour agir

- Poursuivre l'action de mise à disposition d'interprétariat professionnel, 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 (notamment avec les CPTS, les MSP) et les Services d'accès aux soins (SAS) pour les soins non programmés
- En fonction des résultats de l'expérimentation article 51 actuellement en cours, développer les maisons de santé participative en Grand Est
- Promouvoir les dispositifs assurance maladie de lutte contre le non recours

¹⁷ [↗ FDR Femmes victimes de violence](#)

- 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
- 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 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 et du respect de critères de qualité des actions
- Déployer les mesures nouvelles octroyées dans le cadre du Pacte des solidarités (axe 3 principalement)

Favoriser l'accès aux rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie

- Intégrer dans la mise en place des rendez-vous de prévention une forte dimension d'aller-vers à destination des publics les plus vulnérables et éloignés du système de soin
- Améliorer significativement les taux de recours des personnes en situation de précarité aux actions de prévention, en particulier la vaccination et les dépistages organisés des cancers
- Favoriser l'empowerment des personnes en situation de précarité, notamment à travers le remplissage d'auto-questionnaire et des entretiens motivationnels

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 interministérielle¹⁸
- 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

- ❖ L'interprétariat professionnel 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 » et par le Pacte des solidarités 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
- ❖ Le dispositif national d'aller-vers « rendez-vous prévention à tous les âges de la vie » est déployé dans l'ensemble des territoires du GE
- ❖ 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 PREMIERE ANNEE

- ❖ 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

¹⁸ 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'ensemble des ESMS ont accès à la banque de ressource portée par AD2S
- ❖ La feuille de route de l'aller-vers « rendez-vous prévention à tous les âges de la vie » est établie

A L'ISSUE DE LA DEUXIEME ANNEE

- ❖ 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
- ❖ L'évaluation finale et les recommandations de l'expérimentation article 51 concernant les maisons de santé participative est prise en compte en Grand Est

A L'ISSUE DE LA TROISIEME ANNEE

- ❖ 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 Ségur de la santé, les dispositifs portés par les préfetures concernant les personnes migrantes
- ❖ Au moins la moitié 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
- ❖ La feuille de route de l'aller-vers « rendez-vous prévention à tous les âges de la vie » est mise en œuvre dans la majorité des territoires du Grand Est

A L'ISSUE DE LA QUATRIEME ANNEE

- ❖ Réalisation du bilan évaluant l'atteinte des objectifs de l'axe 5 du PRAPS en intégrant la participation des experts du vécu
- ❖ Installation des dispositifs alloués par le Pacte des solidarités

AXE 6 : ACCÈS À LA PROMOTION DE LA SANTÉ, A LA PRÉVENTION, AUX DROITS, AUX SOINS, A L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET AUX SERVICES DE SANTÉ DE POPULATIONS SPÉCIFIQUES DANS LE CADRE D'UNE RÉFLEXION TRANSVERSALE

OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL

Assurer l'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 de populations spécifiques dans le cadre d'une réflexion transversale

OBJECTIFS SPECIFIQUES DECLINES 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 points de rupture des parcours de soins des personnes qui entrent en détention sont identifiés au moment **de l'entrée et de la sortie de prison.**

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 1er 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. Il est ainsi proposé de :

- 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.

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. Il est ainsi proposé de :

- 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 gens du voyage

La loi du 5 juillet 2000 relative à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage prévoit l'élaboration et l'approbation, conjointement par le Préfet et le Président du Conseil départemental, d'un schéma d'accueil des Gens du voyage, dans chaque département et l'obligation des communes (de plus de 5 000 habitants) de réaliser les aires d'accueil prévues par ce schéma.

Globalement, l'état de santé des gens du voyage est beaucoup moins bon que celui de la population générale du fait de conditions de vie plus précaires, auxquelles viennent s'ajouter et se combiner : des expositions environnementales, les aires d'accueil étant souvent situées dans un environnement défavorable ; des mauvaises conditions d'habitat ; des risques liés aux pratiques professionnelles et aux conditions de travail (intoxication aux métaux lourds, accidents de chantier...). Ce cumul de déterminants sociaux, économiques et environnementaux défavorables accroît la vulnérabilité face aux problèmes de santé et d'accès aux soins. Par ailleurs, le rapport du réseau des Villes Santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la santé des gens du voyage souligne que le recours aux soins des gens du voyage est souvent tardif, comme en général pour les personnes en situation de précarité. Ils solliciteraient alors plus fréquemment les services d'urgences, hospitaliers ou ambulatoires.

Les actions de santé existantes s'inscrivent dans des plans régionaux (programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis, programme régional santé environnement, etc.). Les thématiques de santé abordées sont pour la majeure partie : la nutrition, la santé mentale, les conduites addictives, la santé sexuelle, les hépatites, les violences, les vaccinations... Les schémas départementaux d'accueil et d'habitat des Gens du voyage prévoient désormais des préconisations sanitaires en matière d'aménagement et de localisation des futures aires d'accueil et des futurs lieux de vie des gens du voyage, reconnaissant ainsi un lien direct entre condition d'habitat et santé. Certains intègrent un volet santé, mais cela reste peu fréquent. A titre d'exemple, le Schéma départemental d'accueil et d'habitat des gens du voyage 2019-2024 comporte une fiche action intitulée « développer les mesures en faveur de la prévention et de l'accès à la santé ».

Les actions de santé s'inscrivent dans des stratégies particulières permettant souvent, dans un premier temps, une reconnaissance des professionnels par la communauté, notamment par le développement d'actions de proximité sur le terrain (par exemple permanences sociales, consultations de la Protection maternelle et infantile - PMI). Dans un second temps, il est important de permettre aux gens du voyage, comme à tout citoyen, de s'inscrire dans le droit commun et d'accéder aux services dans les mêmes conditions que le reste de la population. Cela implique la formation des professionnels, la négociation de conditions d'accueil à l'hôpital, la médiation entre les gens du voyage et les services sociaux et de santé, la mise en œuvre d'actions de prévention ciblées sur les problèmes de santé prioritaires. Une approche de santé communautaire est facilitatrice, mais il faut prendre garde à ce que la mise en œuvre d'actions spécifiques ne renforce pas leur stigmatisation.

Les objectifs de travail spécifiques retenus sont les suivants :

- Développer l'axe « prévention et accès à la santé des gens du voyages » prenant en compte les besoins spécifiques des territoires en articulation avec les Préfectures et les Conseils départementaux dans le cadre des schémas départementaux d'accueil et d'habitat
- Accompagner les acteurs de santé, favoriser leur mise en réseau et contribuer à une meilleure connaissance des problématiques de santé des gens du voyage
- Développer l'accompagnement des gens du voyage vers un accès au droit commun en toute autonomie
- Mettre en œuvre des actions de santé adaptées aux besoins de cette population
- Renforcer les actions de médiation à destination des gens du voyage
- Réduire les risques sanitaires liés à l'environnement physique et à l'environnement de travail, avec une attention particulière portée vers les enfants (dépistage du saturnisme)

↔ FDR Santé de l'enfant et de l'adolescent - ↔ PRSE4

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 rares¹⁹.

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.

Sur la base d'un état des lieux réalisé avec l'IREPS en 2023, il est proposé de :

- Soutenir l'engagement des missions locales dans des actions de santé, coordonnées par l'association régionale des missions locales (ARML)
- Soutenir l'intégration d'un volet santé dans une prise en charge globale des jeunes en CEJ en rupture dans les CEJ

¹⁹ 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

Résultats attendus à 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 des acteurs de terrains impliqués

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 non-accès 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

57

Promouvoir la mise en place d'un environnement favorable à la santé pour les personnes 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 environnementales²⁰

Le Plan régional santé environnement 4 Grand Est (PRSE 4 GE) a été signé. Le principe de la réduction des inégalités de santé y est intégré et les actions qui en découleront devront s'inscrire dans les démarches de promotion de la santé et le plus possible dans une logique d'universalisme proportionné.

Le PRSE4 est composé de 4 axes et 10 objectifs opérationnels :



Il a été élaboré en cohérence avec le SRS 2023-2028 et notamment sa priorité 1 « minimiser l'impact environnemental sur la santé des populations dans un contexte de changement climatique ».

²⁰ Précarité et santé-environnement : lutter localement contre les inégalités environnementales de santé - Fabriques Santé Territoire - Février 2019

Il est ainsi proposé par exemple de :

- Conduire des actions d'aller vers, comme par exemple la sensibilisation aux enjeux santé environnement pendant la grossesse
- Renforcer le recours des populations à une alimentation saine et durable
- Prévenir les risques d'exposition aux plomb, dans les secteurs confrontés à une pollution des sols et auprès des publics les plus exposés du fait de leur condition d'habitat ou leurs activités de loisir
- Prévenir les risques liés aux changements climatiques, et notamment :
 - Développer des projets d'aménagement et d'urbanisme intégrant les enjeux de santé-environnement (nature en ville, îlots de fraîcheur)
 - Prévenir le risque sanitaire environnemental dans les espaces clos (monoxyde de carbone...)
- Dans le cadre des politiques menées pour la lutte contre l'habitat indigne à l'échelon régional et surtout local, une attention particulière est portée à la précarité énergétique dans un contexte de Changement Climatique et notamment :
 - Adapter les campagnes de prévention des intoxications par le monoxyde de carbone pour tenir compte des publics précarisés par le contexte actuel
 - Accompagner les services dans la gestion pérenne des situations d'incurie qui n'ont de cesse d'augmenter

⇔ PRSE4 - ⇔ SRS Priorité 1 - ⇔ FDR Santé de l'enfant et de l'adolescent

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 Françaises²¹.

Il est ainsi proposé de :

- Instaurer un rattrapage vaccinal aux personnes migrantes lors de leur bilan de santé d'arrivée
- Mettre en place une procédure standardisée encadrant le bilan de santé des personnes migrantes
- Favoriser l'utilisation du passeport santé (page vaccination dédiée)
- Promouvoir la vaccination et le rattrapage vaccinal dans le cadre de l'aller-vers notamment des jeunes en situation de précarité via les missions locales, les Services de Santé Etudiante (SSE, ex-SUMPPS, service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé des étudiants)

Améliorer l'accès au dépistage de l'hépatite C pour les personnes en situation de précarité

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.

60

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 la Coordination 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

Une extension du dépistage à l'ensemble des maladies chroniques du foie (origines : virale, alcoolique et métabolique) et de la fibrose hépatique pour ces populations plus sujettes à ces problématiques de santé, du fait notamment de leur environnement précaire, peut être proposée.

²¹ BEH vaccination, Santé Publique France, avril 2023

⇒ 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 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

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

L'accès à la santé, à la prévention, à un environnement favorable à la santé, à la vaccination, aux dépistages, aux soins palliatifs des populations spécifiques citées dans les objectifs ci-dessus est facilité et coordonné avec l'ensemble des acteurs de terrain sur le territoire du Grand Est.

ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE DES ACTEURS DU PRAPS

ANNEXE 1 : ACTEURS DU PRAPS	
LISTE GÉNÉRIQUE NON EXHAUSTIVE DES ACTEURS	Acronyme
Accueil de jour	Accueil de jour
Agence régionale de santé	ARS
Aide sociale à l'enfance	ASE
Appartement de Coordination Thérapeutique	ACT
Appartement de Coordination Thérapeutique hors les murs	ACT HLM
Association	
Banque alimentaire	Banque alimentaire
Caisse d'allocations familiales	CAF
Caisse primaire d'assurance maladie	CPAM
Centre communal d'action sociale	CCAS
Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues	CAARUD
Centre d'accueil pour demandeurs d'asile	CADA
Centre de lutte antituberculeuse	CLAT
Centre de santé	Centre de santé
Centre de santé sexuelle anciennement Centre de planification ou d'éducation familiale	Centre de santé sexuelle (ancien CPEF)
Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	CSAPA
Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ambulatoire	CSAPA ambulatoire
Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie hébergement	CSAPA hébergement
Centre de vaccination	CV
Centre d'hébergement	CHE
Centre d'hébergement d'urgence	CHU
Centre d'hébergement et de réinsertion sociale	CHRS
Centre d'information sur les droits des femmes et des familles	CIDFF
Centre gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic	CEGIDD
Centre régional information jeunesse	CRIJ
Centres d'accueil et d'étude de situations	CAES
Chantier d'insertion	CH
Commissaire à la lutte contre la pauvreté	CLP
Communauté professionnelle territoriale de santé	CPTS
Conférence territoriale en santé	CTS

ANNEXE 1 : ACTEURS DU PRAPS	
LISTE GÉNÉRIQUE NON EXHAUSTIVE DES ACTEURS	Acronyme
Conseil départemental	CD
Conseil régional	CR
Contrat local de santé	CLS
Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports	DRAJES
Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités	DDETS
Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt	DRAAF
Direction Régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités	DREETS
Dispositif d'appui à la coordination	DAC
Education nationale	EN
Epicerie sociale et solidaire	Epicerie sociale et solidaire
Equipe mobile	Equipe mobile
Equipe mobile psychiatrie-précarité	EMPP
Equipe mobile santé précarité	EMSP
Equipe Spécialisée de Soins Infirmiers Précarité	ESSIP
Etablissement d'accueil mère-enfant	EAME
Fédération	
Foyer de travailleurs migrants	FTM
Foyer départemental de l'enfance	FDE
Foyer jeunes travailleurs	FJT
Hébergement d'urgence	HU
Hébergement social	HS
Insertion par l'activité économique	IAE
Intermédiation locative	IML
Lit d'accueil médicalisés	LAM
Lit halte soins santé	LHSS
Lit halte soins santé mobile et de jour	LHSS mobiles et de jour
Maison de santé pluriprofessionnelle	MSP
Maison départementale des solidarités	MDS
Maison départementale des solidarités participatif	MDS participatif
Maison des adolescents	MDA
Médiation en santé (acteurs de la)	Médiation en santé
Mission locale	MILO
Mutualité sociale agricole	MSA
Pension de famille/Maisons relais	Pensions de famille/Maisons relais
Permanence d'accès aux soins de santé	PASS
Permanence d'accès aux soins de santé dentaire	PASS dentaire
Permanence d'accès aux soins de santé en milieu psychiatrique	PASS psychiatrique

ANNEXE 1 : ACTEURS DU PRAPS	
LISTE GÉNÉRIQUE NON EXHAUSTIVE DES ACTEURS	Acronyme
Permanence d'accès aux soins de santé maternité	PASS Maternité/Périnatalité
Programme d'accompagnement et d'hébergement de demandeur d'asile	PRAHDA
Protection judiciaire de la jeunesse	PJJ
Protection maternelle infantile	PMI
Régime local Alsace Moselle	RL
Résidence d'accueil	RA
Résidence sociale	RS
Samu social	Samu social
Service intégré d'accueil et d'orientation	SIAO

ANNEXE 2 : INDICATEURS D'ÉVALUATION PAR AXE DU PRAPS

ANNEXE 2 : INDICATEURS D'ÉVALUATION PAR AXE DU PRAPS			
AXE 1 : COORDINATION	Indicateurs de résultats	Indicateurs de processus	Modalités de recueil
objectif général renforcer la coordination et le pilotage du PRAPS			
objectifs spécifique déclinés en objectifs opérationnels			
Renforcer le pilotage régional des coordinations départementales de réduction des ISTS	Nombre de partenaires ayant intégré la coordination régionale		
Définir des orientations stratégiques et financements pour permettre à l'échelon départemental/local de décliner les politiques au regard des spécificités territoriales (problématiques et ressources disponibles)			CDC et plan du CDC
Assurer leur suivi		Nombre de réunion de suivi	Feuille d'émargement Tableau de suivi de la mise en œuvre
Assurer les fonctions de coordination régionale et départementale en prenant appui sur la cellule de veille-alerte-suivi et sur le comité d'évaluation		Existence d'une procédure d'échanges entre la cellule veille alerte suivi, le comité d'évaluation et la coordination régionale	Fiche de procédure Relevé de décisions
Renforcer la coordination départementale des acteurs dans les 10 départements du Grand Est (dont collectivités territoriales) dans le cadre de la réduction des ISTS	Nombre de partenaires ayant intégré la coordination départementale		
Mettre en œuvre les orientations stratégiques régionales au regard des besoins et demandes du territoire en s'appuyant notamment sur l'état des lieux ISTS réalisés par l'ORS		Nombre de coordination départementale mis en place Nombre de réunion organisée	Relevé de décisions des réunions organisées Feuille d'émargement Tableau de suivi des coordinations
Expérimenter une coordination départementale dans 3 départements sur ma base d'un cahier des charges régional		Réception et analyse des bilans afin de déterminer les axes d'amélioration et les bonnes pratiques	Documents de bilan
Assurer la participation des experts du vécu dans le cadre de ces coordinations, dans le respect de la charte qui sera rédigée		Rédaction du CDC Typologie et nombre d'acteurs impliqués dans la rédaction	Feuille d'émargement
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 GE		Rédaction du CDC à la lumière de l'expérimentation départementale	Documents de bilan CDC et plan du CDC
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, projets territoriaux de santé - PTSM, conseils locaux de santé mentale - CLSM, communautés 360(1), territoires d'intervention des Départements, etc.)		Nombre de CLS, CPTS, PTSM, etc. intégrés au sein de la coordination départementale Nombre de territoires concernés et identification	Tableau de suivi de la coordination départementale Feuille d'émargement
Permettre une gestion opérationnelle des situations complexes entre les différents acteurs		Existence d'une commission de gestion des situations complexes Procédure de fonctionnement de la commission Nombre de situations examinées Typologie des situations examinées et des acteurs mobilisées Typologie des solutions trouvées	Relevé de décision Tableau de suivi du fonctionnement de la commission
Rendre visibles/lisibles/compréhensibles l'ensemble des dispositifs de lutte contre les ISTS	Existence de l'outil cartographique régional		
Elaborer une cartographie dynamique issue de l'état des lieux ISTS réalisés par l'ORS en intégrant les travaux effectués par les différents groupes de travail du PRAPS et des ISTS		Existence d'un CDC Nombre de "dispositifs" recensés au sein de la cartographie Nombre de connexion par jour à l'outil cartographique Taux de complétude de l'ensemble des items de recensement Typologie des acteurs de terrain qui utilisent l'outil cartographique Nombre d'acteurs de terrain qui utilisent l'outil cartographique Nature des éléments de satisfaction	CDC et plan du CDC Données collectées via la plateforme Questionnaire de satisfaction
Accompagner les acteurs de terrain dans la prise en main de cet outil cartographique		Existence de Webinaire Existence d'un CDC du contenu des webinaire Nombre de webinaire réalisés Nombre de participants aux webinaires Typologie des participants Nature des éléments de satisfaction	CDC et plan du CDC Feuilles d'émargement Questionnaire de satisfaction
Assurer l'identification par l'ensemble des dynamiques du territoire (CPTS, CLS, CLSM, PTSM, dispositifs d'appui à la coordination - DAC, etc...) des coordinations départementales de réduction des ISTS		Existence d'outils communication	Documents de communication
Assurer la lisibilité des dispositifs pour le public-cible		Existence d'outils communication	Documents de communication

ANNEXE 2 : INDICATEURS D'EVALUATION PAR AXE DU PRAPS (SUITE)			
AXE 2 : VEILLE - EVALUATION	Indicateurs de résultats	Indicateurs de processus	Modalités de recueil
objectif général			
Améliorer l'adéquation des demandes des personnes en situation de précarité et des besoins observés par les professionnels avec l'offre dans chaque territoire			
objectifs spécifiques déclinés en objectifs opérationnels			
Rendre lisibles et visibles les facteurs d'inégalités sociales et territoriales de santé des publics précaires	Nature des facteurs d'inégalités sociales et territoriales de santé des publics précaires identifiés en Grand Est Nombre de politiques publiques ajustées au vu des facteurs d'inégalités sociales et territoriales des publics précaires identifiés en Grand Est Nature des ajustements mis en place au sein des politiques publiques au regard des facteurs d'inégalités sociales et territoriales de santé des publics précaires en Grand Est		
Instaurer une cellule régionale spécifique reprenant l'ensemble des 3 axes veille - alerte- suivi		Effectivité du cahier des charges Typologie des éléments du cahier des charges Typologie et nombre de personne qui ont participé à la construction du cahier des charges	CDC et plan du CDC, feuille d'émargement des participants
Formaliser le cahier des charges (composition, organisation, fonctionnement, procédure de signalement et d'alerte...) de la cellule régionale de veille – alerte – suivi		Effectivité du cahier des charges Typologie des éléments du cahier des charges Typologie et nombre de personne qui ont participé à la construction du cahier des charges	CDC et plan du CDC, feuille d'émargement des participants
Mettre en place et communiquer sur la cellule régionale de veille – alerte – suivi		Existence d'un coordonnateur Typologie des compétences du coordonnateur Temps dédié au coordonnateur pour les missions de la cellule Nombre de réunions préparatoires Nombre et typologie des acteurs de la cellule Nombre et typologie de partenaires mobilisés par la cellule Rôle des acteurs dans la cellule Nombre et typologie de support créés pour la communication Nombre et typologie des acteurs ciblés par la communication Nombre et typologie des signalements reçus Nombre et typologie de signalements orientés Nature des orientations faites Nombre et typologie de signalement traités Nature des éléments de réponses apportées Production de documents/ temps dédiés à la production Diffusion aux acteurs de la cellule Nombre de réunion/ temps d'échange auprès des politiques Nombre de documents produits pour les plaidoyers Nature des recommandations faites au regard de l'analyse des données sur les inégalités sociales et territoriales de santé	Fichier de suivi du fonctionnement de la cellule Plan de communication et éléments de langage Production des documents
Compléter l'état des lieux ISTS réalisés par l'ORS avec les dispositifs d'alerte existants sur le territoire du Grand Est		Nombre de réunions de concertation sur l'état des lieux et sur les dispositifs manquants Typologie des éléments remontés manquants dans l'état des lieux Outils type questionnaire à destination des acteurs sur les dispositifs	Enquête via un questionnaire en ligne (pour identifier) Cartographie ISTS Feuille d'émargement du GT
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		Existence d'une procédure de veille Nombre et typologie des acteurs qui ont contribué à la création de la procédure de veille Nombre et typologie d'acteurs qui ont fait remonter des données Nature des données remontées	Feuilles d'émargements Tableau de suivi du fonctionnement de la cellule
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)		Nombre de réunions de concertation DREETS / ARS / ORS et AM visant à harmoniser les outils (cible deux/an) Existence de la plateforme d'observation sociale Absence de redondance entre les dispositifs en ce qui concerne les données récoltées et les sollicitations des professionnels / acteurs	CR de réunion
Renforcer les compétences et connaissances des acteurs du Grand Est sur les dispositifs existants d'alerte	Nombre et typologie de professionnels déclarant avoir une meilleure connaissance des dispositifs d'alerte existants en Grand Est Nature des connaissances renforcées Evaluation du développement de compétences avant/après la sensibilisation (questionnaire) Evolution des pratiques des acteurs (à 6 mois, à 2 ans, questionnaire)	Existence d'un " formateur" régional ou de personnes en capacités de réaliser des temps d'information	Grille d'entretien Questionnaires
Mettre en place des temps d'information sur les dispositifs existants de droits commun (rappel de leur cadre réglementaire : cahier des charges, référentiel, etc.) et de signalement de dysfonctionnements pour les acteurs de la cellule		Nombre et typologie de temps d'information réalisés Nombre et typologie d'acteurs sensibilisés	Feuilles d'émargements
Mettre en place des temps de présentation sur les dispositifs d'alerte existants auprès des acteurs du Grand Est		Nombre et typologie des temps mis en place Nombre et typologie des participants aux temps de formation ou d'informations Nombre de professionnels satisfaits Nature des éléments de satisfaction	Feuilles d'émargements Grilles de satisfaction
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		Nombre de temps d'information réalisés Nombre d'acteurs sensibilisés et typologie	Feuilles d'émargements

ANNEXE 2 : INDICATEURS D'EVALUATION PAR AXE DU PRAPS (SUITE)			
AXE 2 : VEILLE - EVALUATION (SUITE)	Indicateurs de résultats	Indicateurs de processus	Modalités de recueil
Renforcer l'évaluation de la réduction des facteurs d'inégalités sociales et territoriales de santé sur le territoire du Grand Est	Nature des éléments d'évaluation de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé des publics précaires en Grand Est Nature des données qualitatives sur les inégalités sociales et territoriales de santé remontées ou collectées auprès des acteurs de terrain Nombre d'indicateurs de résultats validés par le GT Nombre d'indicateurs de processus validés par le GT Protocole d'évaluation finalisé		Outil de suivi et d'analyse de la cellule
Instaurer un comité d'évaluation ISTS issu du comité opérationnel ISTS et définir ses missions		Nombre de réunions du comité d'évaluations Nombre et typologie des membres Identification d'un animateur/pilote Identification précise des missions et rôle du comité d'évaluation nature des décisions prises Nature des pistes d'ajustements ou perspectives d'amélioration proposées Assurer les liens entre la cellule veille et le comité d'évaluation Nombre de réunions de concertation Nombre de productions réalisées Typologie des outils permettant de recueillir les données qualitatives Nature des données qualitatives recueillies	Feuilles d'émergence Relevés de décisions Rapports d'activité
Intégrer des experts du vécu dans la démarche d'évaluation et en porter les résultats à la connaissance des populations concernées, en amont de la prise de décision		Nombre d'experts sollicités Nombre et typologie d'experts participants Nature de leur participation	Feuilles d'émergence Invitations Observation de la participation par l'animateur de la réunion
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)		Nombre d'indicateurs proposés au GT Nombre de réunions nécessaires à l'élaboration du protocole Pourcentage d'indicateurs pouvant être recueillis en routine (RA...)	CR de réunions relevés de décisions
Communiquer sur les résultats d'évaluation		Typologie de la communication réalisée Typologie et nombre d'acteurs ciblés par la communication	Plan de communication Éléments de langage
Définir des perspectives d'amélioration ou d'ajustements et les proposer aux coordinations départementales et régionale		Nature des axes de travail identifiés au regard des données de la cellule de veille Nombre de réunions d'élaboration des axes Acteurs et experts mobilisés sur les axes Nature et nombre de productions/ outils proposés aux acteurs	Feuilles d'émergence Relevés de décisions
Intégrer l'étude annuelle de la CRSA		Nombre de pistes d'amélioration portées par le rapport et reprises par le comité d'évaluation Présentation de l'étude de la CRSA à chaque parution au comité d'évaluation	CR de réunion
Renforcer les connaissances et compétences des acteurs du terrain sur les ISTS et la veille	Nombre et typologie d'acteurs qui ont renforcés leurs connaissances sur les ISTS et la veille Nature des connaissances renforcées Nombre de professionnels qui ont fait évoluer leur pratiques professionnelles au regard des connaissances acquises Typologie des évolutions des pratiques Nombre de rapports d'évaluation des actions étudiés par le comité d'évaluation Nombre de pistes d'amélioration apportées par le comité d'évaluation Conception d'une politique territoriale d'amélioration de la littératie en santé		Grille d'entretien post action
Mettre en place des temps de formation à destination des acteurs sur les ISTS et leurs facteurs		Nombre et typologie des formations mis en place Typologie des formateurs Nombre et typologie des participants aux formations Nombre de professionnels satisfaits de la formation Nature des éléments de satisfaction	Enquête de satisfaction Feuilles d'émergence
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 en charge au mieux sa santé		Nombre et typologie des actions mises en place Nombre d'actions co construites avec les personnes concernées Nombre et typologie des participants aux formations Nombre d'actions évaluées	Feuilles d'émergence Relevé de décisions des réunions visant à concevoir les actions
Valoriser les pratiques en matière de veille – alerte – suivi des professionnels (réflexes à renforcer en terme de veille dans l'exercice de leurs pratiques professionnelles)		Existence d'un guide à destination des acteurs de terrain	Tableau de suivi du fonctionnement de la cellule Guide

ANNEXE 2 : INDICATEURS D'EVALUATION PAR AXE DU PRAPS (SUITE)			
AXE 3 : PARTICIPATION	Indicateurs de résultats	Indicateurs de processus	Modalités de recueil
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	Evolution du nombre de projets / structures / gouvernances intégrant une démarche participative avec des personnes en situation de précarité entre 2023 et 2028 Degré du niveau de participation mis en place Evolution du nombre de personnes en situation de précarité déclarant avoir le sentiment que leur parole est prise en compte dans les décisions prises dans les structures, projets et/ou gouvernances entre 2023 et 2028 Evolution du nombre de personnes en situation de précarité déclarant avoir le sentiment de pouvoir agir sur les décisions prises dans les structures, projets et/ou gouvernances entre 2023 et 2028		Grille d'entretien sur un échantillon de personnes qui ont participé à des instances/projets/structures
objectifs spécifiques déclinés en objectifs opérationnels			
Renforcer une politique soutenance (notion de temporalité, financière, organisationnelle, etc.) aux démarches participatives en Grand Est	Typologie des ajustements politiques mis en place entre 2023 et 2028 pour renforcer les démarches participatives		
Co-construire 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)		Existence d'une charte Nombre et typologie de professionnels et experts du vécu qui ont participé à la rédaction de la charte Typologie des éléments principaux de la charte sur la participation	Feuille d'émergence plan de la charte
Intégrer les facteurs de réussite (moyens financiers, temporels, organisationnels, humains...) d'une démarche participative dans les cahiers des charges d'appel à projets		Nature des éléments financiers soutenant les démarches participatives Typologie des acteurs/structures qui ont bénéficié de l'enveloppe financière Nombre et nature des cahiers des charges d'appels à projets qui intègrent les facteurs de réussite d'une démarche participative	Observation des cahiers des charges
Renforcer les démarches participatives des experts du vécu dans les structures, projets, gouvernances en Grand Est	Evolution du niveau de participation des personnes en situation de précarité au sein des projets / structures / gouvernances en Grand Est entre 2023 et 2028		
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		Nombre et typologie d'experts du vécu inclus dans les instances départementales et régionales des ISTS Nature de leur participation dans ces instances	Feuille d'émergence / grille d'observation
Intégrer des experts du vécu dans les groupes de travail du PRAPS		Nombre et typologie d'experts du vécu inclus dans les groupes de travail du PRAPS Nature de leur participation dans ces instances	Feuille d'émergence / grille d'observation
Renforcer la lisibilité des démarches participatives de personnes en situation de précarité en Grand Est	Nombre et typologie d'acteurs qui connaissent des démarches participatives Nature des démarches participatives cités Nombre et typologie d'acteurs qui sont capable de citer pourquoi ce sont des démarches participatives Nature des éléments d'explications de la démarche participative		
Capitaliser les démarches participatives existantes menées par des acteurs sur le Grand Est		Nombre et nature des démarches participatives capitalisées Typologie du support permettant la visibilité de ces démarches participatives aux acteurs	Outil de recueil des démarches et le support de com
Mettre en œuvre une évaluation des démarches participatives en Grand Est		Nombre de démarches participatives évaluées en Grand Est Nature des indicateurs d'évaluation des démarches participatives (processus et bénéfiques) Typologie de la communication des résultats de cette évaluation Typologie des acteurs ayant bénéficié des résultats de cette évaluation	
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	Nombre et typologie de professionnels et des publics qui ont renforcé leurs connaissances sur les démarches participatives et ses critères de qualité/ Nature des connaissances renforcées		Grille d'entretien
Mettre en place une communication sur la charte de la participation à destination des personnes en situation de précarité et des acteurs de terrain		Typologie des supports de communication créés Typologie des acteurs ciblés par la communication	
Mettre en place un accompagnement des acteurs à l'appropriation de la charte sur la participation		Nombre et typologie d'actions d'accompagnement mis en place pour une démarche participative Nombre et typologie de professionnels accompagnés Nombre et typologie d'experts du vécu accompagnés Nombre de publics satisfaits des accompagnements mis en place Typologie des éléments justifiant la satisfaction	Fiche d'accompagnement Grille de satisfaction
Mettre en place des actions d'accompagnement en amont à une démarche participative à destination des experts du vécu et des professionnels		Nombre et typologie des actions d'accompagnement d'une démarche participative Nombre et typologie de professionnels accompagnés Nombre et typologie d'experts du vécu accompagnés Nombre de publics satisfaits des accompagnements mis en place Typologie des éléments justifiant la satisfaction	Fiche d'accompagnement Grille de satisfaction
Mettre en place des formations à destination des professionnels sur la participation		Nombre et typologie des formations mises en place Nombre et typologie des formateurs Nombre et typologie des participants aux formations Nombre de professionnels satisfaits de la formation Nature des éléments de satisfaction	
Mettre en place des formations croisées à destination des professionnels et des experts du vécu		Nombre et typologie des formations mises en place Nombre et typologie des formateurs Nombre et typologie des participants aux formations Nombre de professionnels et experts du vécu satisfaits de la formation Nature des éléments de satisfaction	

ANNEXE 2 : INDICATEURS D'EVALUATION PAR AXE DU PRAPS (SUITE)			
AXE 4 : MEDIATION EN SANTE	Indicateurs de résultats	Indicateurs de processus	Modalités de recueil
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	Evolution du nombre de médiateurs en santé formés en Grand Est entre 2023 et 2028 Evolution du nombre de dispositifs de médiation en santé en Grand Est entre 2023 et 2028 Proportion et typologie de professionnels déclarant avoir renforcé leurs compétences sur la médiation en santé/ Nature des compétences renforcées		
Compléter l'état des lieux des actions sur la médiation en santé à destination des publics en situation de précarité réalisé dans le cadre des ISTs		Nombre de réunion de concertation sur l'état des lieux et sur les dispositifs manquants typologie des éléments remontés manquants dans l'état des lieux concernant la médiation Outils type questionnaire à destination des acteurs sur la médiation	Questionnaire Enquête harmonisée
Garantir la mise en œuvre de la médiation en santé dans le respect des recommandations de la HAS	Evolution du nombre de dispositifs de médiation en santé et ou de médiateurs s'inscrivant dans le référentiel de la HAS en Grand Est entre 2023 et 2028		Le processus opérationnel permettra d'avoir l'indicateur de résultat
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		Existence d'un cahier des charges sur la médiation Nature des éléments du cahier des charges Typologie et nombre de personne qui ont participé à la construction du cahier des charges	Feuilles d'émargement CDC et plan du CDC
Diffuser une communication sur la médiation en santé, les recommandations de la HAS et le cahier des charges opérationnel à destination des acteurs du Grand Est		Nombre et typologie des supports de communication créés Typologie des publics ciblés par la communication	Plan de communication Eléments de langage
Accompagner les acteurs sur les attendus en médiation en santé à la suite de l'analyse de pratiques		Nombre et typologie des actions d'accompagnement sur la médiation mis en place Nombre et typologie d'acteurs accompagnés Nombre de publics satisfaits des accompagnements mis en place Typologie des éléments justifiant la satisfaction Nature des éléments ressortis suite à l'analyse entre le référentiel et la pratique sur le terrain Typologie des recommandations	Grille d'accompagnement Grille de satisfaction Etat des lieux des actions et analyse faite via les questionnaires recueillis
Renforcer les connaissances et compétences du public en matière d'accès aux droits et aux soins	Evolution du nombre de personnes en situation de précarité satisfaites de l'offre de médiation en santé en Grand Est entre 2023 et 2028 Nature des bénéfices identifiés par les personnes en situation de précarité ayant accédé à l'offre de médiation en santé Nombre et typologie du public qui a renforcé ses connaissances en matière d'accès aux droits Nature des connaissances renforcées		Enquête / questionnaire
Favoriser la mise en œuvre par les médiateurs d'actions de promotion de la santé auprès des publics en situation de précarité (dont certaines en langue maternelle, si possible)		Nombre et typologie d'actions développées par les médiateurs à destination des publics précaires Nombre et typologie des publics participants aux actions Nombre de médiateurs animant ces actions Nombre de personnes satisfaites de ces actions Nature des éléments de satisfaction	Feuille d'émargement Grille de satisfaction

ANNEXE 2 : INDICATEURS D'EVALUATION PAR AXE DU PRAPS (SUITE)			
AXE 4 : MEDIATION EN SANTE (SUITE)	Indicateurs de résultats	Indicateurs de processus	Modalités de recueil
Renforcer les échanges de pratiques entre médiateurs en santé en Grand Est	Nombre et typologie de médiateurs qui ont renforcé leurs outils, leurs connaissances et leurs pratiques en médiation / nature des éléments renforcés entre 2023 et 2028		Enquête / questionnaire
Créer un réseau de médiateurs en santé sur le territoire		Existence d'un réseau de médiateur sur le Grand Est Nature des sollicitations des médiateurs typologie du public sollicitant les médiateurs Existence d'une fiche de poste et recruter une personne chargée de l'animation du réseau Typologie des compétences attendus pour l'animateur du réseau Temps dédié à l'animateur pour ces missions	Fiche de poste
Définir les missions, objectifs et modalités d'organisation et d'animation du réseau de médiateurs en santé (pools de médiateurs en santé, médiateurs en santé recrutés dans une structure, etc.) et notamment les modalités d'accompagnement et de soutien sont à réfléchir dans le cadre de la mise en œuvre du PRAPS		Nature des missions et objectifs du réseau Nombre et typologie de médiateurs au sein du réseau Existence d'une charte de fonctionnement du réseau Nombre et typologie des missions effectuées par les médiateurs	Charte de fonctionnement
S'assurer de l'adéquation des formations / sensibilisations suivies par les médiateurs au regard des besoins			
Animer le réseau des médiateurs en santé		Nombre et typologie de réunions du réseau de médiateurs Nombre et typologie de médiateurs présents dans le réseau Existence d'un animateur du réseau Nature de son rôle d'animation	Feuille d'émargement Relevé de décisions du réseau (ODJ des réunions, etc.)
Permettre la mutualisation des outils entre médiateurs, que le réseau soit entendu aussi comme un centre de ressources		Nombre d'outils partagés entre professionnels Nombre d'outils élaborés entre professionnels du réseau Nombre de réunions d'échange de pratique entre médiateur par an (cible : 2) Nombre de médiateurs participant aux temps d'échange	Relevé de décisions des réunions
Mettre en place des temps d'échanges de pratiques entre médiateurs en santé		Nombre et typologie des temps d'échanges de pratiques mis en place entre médiateurs Nombre et typologie des participants aux temps d'échanges de pratiques Nombre de médiateurs satisfaits des temps d'échanges de pratiques Nature des éléments de satisfaction Nombre et typologie d'outils de process échangés ou créés entre médiateurs	3
Renforcer la couverture territoriale des médiateurs en santé sur l'ensemble du territoire du Grand Est	Evolution du nombre de personnes en situation de précarité accédant à l'offre de médiation en santé en Grand Est entre 2023 et 2028		
Identifier les zones géographiques non couvertes par des actions de médiation en santé au regard de l'état des lieux ISTS		Nombre et zone géographique non couvertes par des actions de médiation	Etat des lieux des actions
Mettre en place des actions de sensibilisation des acteurs de terrain à la médiation en santé dans les zones non couvertes		Nombre et typologie d'actions de sensibilisation sur la médiation mis en place Nombre et typologie des participants aux actions de sensibilisation Nombre de professionnels satisfaits des actions Nature des éléments de satisfaction Territoire couvert par les actions de sensibilisation	Feuilles d'émargement et grille de satisfaction
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		Nombre et situation des territoires prioritaires d'intervention en médiation Nature des éléments justifiant l'intervention prioritaire	Relevé de décisions du réseau de médiateur
Implanter des médiateurs en santé dans les territoires prioritaires		Nombre de médiateurs implantés dans le territoire prioritaire au regard du nombre de médiateur déployés Nombre de médiateurs intervenants sur les territoires prioritaires Nombre et nature des sollicitations des médiateurs sur le territoire	Feuille d'activité Rapport d'activité des médiateurs
Intégrer un rôle de veille dans l'activité des médiateurs en santé	Nature des éléments remontés par les médiateurs		Données de la cellule de veille (fichier de suivi de fonctionnement de la cellule de veille)
Etablir des liens entre le réseau des médiateurs en santé et la cellule régionale veille – alerte – suivi (axe 2 du présent PRAPS)		Nature des liens entre la cellule et les médiateurs et nombres d'échanges officiels	
Intégrer dans la formation des médiateurs en santé un axe sur le recueil de données (enjeux, méthodologie, indicateurs, etc.)		Nombre de formation réalisée en direction des médiateurs qui ont intégré le recueil de données Nature des éléments vus dans la formation sur le recueil de données	Contenu des formations dispensées

ANNEXE 2 : INDICATEURS D'EVALUATION PAR AXE DU PRAPS (SUITE)			
AXE 5 : ACCES DES POPULATIONS SPECIFIQUES DANS LES SITUATIONS COMPLEXES	Indicateurs de résultats	Indicateurs de processus	Modalités de recueil
objectif général			
Assurer l'accès à la promotion de la sante, à la prévention, aux soins 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	Type de professionnels ayant nouvellement recours au dispositif (IDEL, MKL...) Nombre de professionnels différents utilisateurs du dispositif, typologie des utilisateurs Evaluation des modes d'utilisation des passeports (quels acteurs? Quelle finalité?) Nombre d'évolutions proposées Impact de la formation sur les pratiques de professionnels Amélioration de la PEC et de l'orientation des personnes (enquêtes) Nombre de formateurs PSSM formés Proposition et diffusion d'une offre de formation sur les ISTS		
Poursuivre l'action de mise à disposition d'interprétariat professionnel, notamment d'interprétariat téléphonique pour les professionnels libéraux tout en ouvrant à de nouveaux professionnels		Réception et analyse des bilans, afin de déterminer les freins et leviers à ce dispositif Evolution de l'utilisation du dispositif Satisfaction des professionnels Nombre d'actions de communication sur le dispositif et typologie des actions	Rapport d'activité CODAGE Bilans ISM Enquête de satisfaction
Poursuivre la mise à disposition de Passeport santé		Nombre de réimpressions demandées par an	Factures du prestataire
Communiquer autour du téléservice ADRI (Acquisition des droits intégrée) et de l'outil CDR (Consultation des droits intégrée) de l'Assurance Maladie		Nombre de recours à ces téléservices Typologie des publics sur lesquels porte l'utilisation de ces téléservices	Données des plateformes de téléservices
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		Nombre et typologie des acteurs ayant bénéficié de la formation	Liste d'émargement Enquêtes rétrospectives à distance des formations
Permettre l'accès des professionnels à des formations visant à lutter contre les ISTS (cf. axe 2 du présent PRAPS)		Déterminer s'il existe des formations adaptées Nombre de formations réalisées Typologie et nombre de professionnels formés	Listes d'émargement
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	Nombre de PASS "transversales" persistant dans les territoires Stabilisation et utilisation du modèle de financement à l'activité à horizon 2028 Nombre de filières SP ayant intégré la thématique "précarité" dans leurs réflexions		
Mettre en conformité les activités des PASS avec le cahier des charges national		Nombre de réunions PASS / DT ARS et coordination par département	CR de réunions
Réviser le financement et le maillage des PASS		Application du modèle économique transitoire pendant 3 ans	CR de réunions Tableaux de financement de 2023 à 2027
Développer le conventionnement des PASS avec la médecine de ville		Nombre de conventions entre PASS et médecine de ville	Conventions
En fonction des résultats de l'expérimentation article 51 actuellement en cours, développer les maisons de santé participative en GE		Nombre de MSP participatives / département (cible : 1 par département)	Conventions
Promouvoir les dispositifs assurance maladie de lutte contre le non recours			
Poursuivre le soutien à l'association Accès Droits Santé Solidarités (AD2S)		Nombre de réunions de suivi de la convention Nombre de personnes ayant recours à la mutuelle Nombre de structures / dispositifs adhérent à la banque de données	CR de réunions RA annuel
Favoriser l'accès aux soins palliatifs pour les populations en situation de précarité, comme prévu dans le 5 ^e plan Soins Palliatifs		Nombre de dispositifs à destination des personnes en situation de précarité	RA Conventions constitutives des filières Soins Palliatifs Données de la CARGEST
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		Nombre de réunion dans lesquelles le dispositif AGIR a été associé Existence de réunion spécifique sur cette thématique	ODJ des réunions CR réunions

ANNEXE 2 : INDICATEURS D'EVALUATION PAR AXE DU PRAPS (SUITE)			
AXE 5 : ACCES DES POPULATIONS SPECIFIQUES DANS LES SITUATIONS COMPLEXES (SUITE)	Indicateurs de résultats	Indicateurs de processus	Modalités de recueil
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	Nombre de SIAO participant à la coordination départementale de lutte contre les ISTS Typologie et nombre de mesures nouvelles mises en place en GE		
Préciser le lien des SIAO dans l'orientation des personnes vers les différents dispositifs avec hébergement		Nombre de SIAO porteurs de psychologues, dans le cadre de la mesure 9 des assises de la santé mentale	Conventions
Poursuivre le développement et le renforcement de dispositifs visant à lutter contre les inégalités de santé		Nombre et typologie des dispositifs déployés	Arrêté de création / d'extension
Veiller à l'existence de dispositifs d'aller vers dans tous les territoires et du respect de critères de qualité des actions		Nombre de département couverts par ce type de dispositifs Nombre et typologie de ces dispositifs par département	Arrêté de création / d'extension Tableau de suivi des dispositifs
Déployer les mesures nouvelles octroyées dans le cadre du Pacte des solidarités (axe 3 principalement)	Nombre de places hors les murs installées Nombre d'équipes mobiles installées et/ou restructurées	Nombre de territoires "zéro non recours" déployés en GE (dispositif social) Nombre de dispositifs d'aller-vers mis en place	En lien avec la DREETS et les DDETSPP (dispositif social) Arrêté ARS de création / d'extension Tableau de suivi des dispositifs
Favoriser l'accès aux rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie	Nombre de départements ayant mis en place ces rendez-vous		
Intégrer dans la mise en place des rendez-vous de prévention une forte dimension d'aller-vers à destination des publics les plus vulnérables et éloignés du système de soin			
Améliorer significativement les taux de recours des personnes en situation de précarité aux actions de prévention, en particulier la vaccination et les dépistages organisés des cancers		Taux de vaccination et de participation aux dépistages organisés des populations en situation de précarité	Données études DQPI 2024 et suivantes
Favoriser l'empowerment des personnes en situation de précarité, notamment à travers le remplissage d'auto-questionnaire et des entretiens motivationnels proposés lors du RV prévention		Accessibilité de l'auto questionnaire (nombre de questionnaires remplis via la plateforme versus nombre de questionnaires papier)	Auto-questionnaire
Améliorer l'accès à la santé des femmes en situation de précarité	Réalisation d'une feuille de route issue des constats de l'état des lieux		
Améliorer le repérage et la prise en charge des besoins en santé des femmes à la rue et hébergées		Réalisation d'un état des lieux, identification des besoins	Données de l'état des lieux
Développer des Lits Haltes Soins Santé (LHSS) périnatalité pour les femmes et les nourrissons qui nécessitent un accueil médicalisé		Nombre de LHSS périnatalité installés (ou dispositifs comparables) en fonction des mesures nouvelles octroyées	Arrêtés de création / d'extension
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.			
Améliorer l'accès à la santé mentale, en déployant la mesure 9 des assises de la Santé Mentale et en confortant les EMPP	Nombre de départements ayant déployés la mesure 9 Nombre de poste (ETP) déployés sur la région GE Nombre de département couvert par une EMPP		
Favoriser l'intervention de psychologues dans les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) dans le respect de l'instruction interministérielle		Existence de fiche de poste Nombre de structures bénéficiant de l'intervention des psychologues/PA de la mesure 9	Rapport d'activité Fiche de poste
Favoriser l'implication des SIAO dans le déploiement des psychologues dans le cadre de la mesure 9		Nombre de SIAO porteur des ETP de la mesure 9	Convention de financement ETP psychologue entre SIAO/ARS
Conforter le fonctionnement des EMPP en GE		Nombre d'EMPP déployées en GE Existence d'un CDC Existence de convention de partenariat / d'intervention	CDC Convention de partenariat / d'intervention
Renforcer l'offre en installant au moins une EMPP par département		Nombre de département couvert par une EMPP	Arrêté de création / d'extension

/// ARS Grand Est

Siège régional : 3 boulevard Joffre – CS 80071
54036 Nancy Cedex
Standard régional : 03 83 39 30 30

www.grand-est.ars.sante.fr

