



L'expertise collective d'actions probantes dans le parcours de santé des personnes en précarité

***Projet porté par l'URIOPSS Champagne-Ardenne
dans le cadre de l'appel à projets
Démocratie Sanitaire***

Décembre 2014

URIOPSS CHAMPAGNE-ARDENNE
14, avenue Hoche - 51100 REIMS
Tél : 03.26.85.14.51 – Fax : 03.26.49.06.71
E-mail : accueil@uriopss-ca.asso.fr

Sommaire

PREAMBULE	4
I- LE PROJET	5
A. La genèse du projet	5
B. Les objectifs poursuivis.....	5
C. Le contenu.....	6
1. La Gouvernance du projet.....	6
2. Les entretiens avec les porteurs d'action.....	6
3. La restitution des travaux	7
D. L'échéancier du projet	7
II- LA METHODOLOGIE DU PROJET	8
A. Le choix des catégories	8
B. Le choix des actions	10
C. Le recueil des données	16
1. La démarche d'investigation	16
2. Les outils de recueil de données.....	17
III- ANALYSES SPECIFIQUES et TRANSVERSALES des ACTIONS	18
A. Présentation et analyse des actions.....	18
1. UDAF de la Marne « Accès personnalisé à la santé ».....	18
2. CSI CHAPELAINS « Le Camion qui roule ».....	20
3. JAMAIS SEUL – « Lits Halte Soins Santé -LHSS »	22
4. FOYER AUBOIS – REVIVRE « Mouvement d'entraide »	24
5. CAARUD « Aller vers en milieu rural »	26
6. MISSION LOCALE « Temps d'Ecoute »	28
B. Analyse transversale des actions	30
1. Quelques précautions méthodologiques	30
2. Une vue d'ensemble des projets	30
3. Des apports et des questionnements transversaux.....	33
IV- QUELLE TRANSFERABILITE DES ACTIONS ?.....	38
A. Eléments de contexte	38
B. Transférabilité et/ou bonnes pratiques ?	40
C. Action par action : qu'est-ce qui est transférable ?	43
D. Qualité relationnelle, « Aller vers » : facteur de transférabilité.....	45

V- PERSPECTIVES 2015 : UN PROJET QUI CONTINUE A VIVRE	47
A. Restituer pour valoriser et essaimer	48
B. Poursuivre la dynamique au travers d'un groupe de travail régional permanent	48
C. Poursuivre l'analyse d'autres actions : expertise à préciser	48
D. Recherche d'autres expériences : croisement des approches	49
REMERCIEMENTS	52
Bibliographie.....	53
ANNEXES	54
Annexe 1 : Echancier 2014 : Projet URIOPSS – ARS « Démocratie sanitaire » ..	55
Annexe 2 : Les outils utilisés	56
Outil n°1 : Fiche de suivi récapitulative des entretiens.....	56
Outil n° 2 : Présentation des personnes rencontrées	57
Outil n° 3 - A : Entretien des Personnes accompagnées ou accueillies	58
Outil n°3 - B : Entretien des acteurs sociaux (équipe)	59
Outil n°3 - C : Entretien des Directeurs et responsables bénévoles	62
Annexe 3 : Echancier 2015 : Projet URIOPSS – ARS « Démocratie sanitaire » ..	64
Annexe 4 : Textes de référence	65
Annexe 5 : Liste des sigles utilisés	67
Annexe 6 : Pour aller plus loin.....	69

PREAMBULE

Ce rapport s'inscrit dans le cadre de l'appel à projets Démocratie sanitaire de l'ARS ¹ : **actions de recueil des besoins des acteurs de santé, organisation de débat public, actions de formation des représentants des usagers.**

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2012 a créé le Fonds d'Intervention Régional (FIR) visant à renforcer la capacité d'action transversale des Agences Régionales de Santé (ARS) et la fongibilité des crédits. La thématique « **démocratie sanitaire** » vient s'ajouter à la liste des champs soutenus par ce fonds.

La Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Madame TOURAINE, a décidé d'inscrire cinq millions d'euros supplémentaires à ce volet démocratie sanitaire, attribués aux ARS pour l'année 2013.

Dans un contexte de transparence, le Président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et le Directeur général de l'ARS ont convenu :

- D'organiser un appel à projets adressé à toutes les **associations d'usagers agréées** (en région ou au niveau national, mais représentées en région), aux **organismes, structures et bureaux d'études** impliqués dans **le domaine de la santé publique** et de la **démocratie sanitaire**, aux **universités** de Reims et de Troyes, à **Reims Management School (RMS)**, au **Collège universitaire-Campus euro-américain Sciences Po de Reims**, ainsi qu'aux **présidents de conférences de territoire**, ouvert du **15 juillet au 6 septembre 2013** ;
- De confier à l'ARS l'analyse des projets ;
- De confier à la Commission permanente de la CRSA la sélection des projets retenus, basée sur les critères ci-après, définis en commun.

Dans ce cadre, l'URIOPSS a souhaité répondre à cet appel à projets en menant un travail d'études dont l'objectif est d'améliorer de manière concrète l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité.

¹ - Les sigles utilisés sont repris dans l'annexe 5.

I- LE PROJET

A. La genèse du projet

Même si sur le plan des soins, le système de santé français est réputé pour sa qualité et ses performances, il n'apporte pas toujours les réponses appropriées aux besoins spécifiques des personnes les plus démunies. Plusieurs lois² (Loi du 29 juillet 1998, Loi 2002-02, Loi HPST- Hôpital, Patients, Santé et Territoires-, ...) et dispositifs (PRAPS, PASS, Plan quinquennal de Lutte contre les exclusions, CMU, CMU-C, AME, etc.) proposent un cadre législatif et des outils aux acteurs institutionnels et aux associations du secteur sanitaire, social et médico-social afin de permettre à ces personnes fragiles un accès aux droits, un accès aux soins et un accès à la prévention.

Cependant, les études régulières (Secours Catholique, Fondation Abbé Pierre, etc.) et les constats des réseaux nationaux et locaux (UNIOPSS/URIOPSS, FNARS, Réseau Santé précarité, Collectif ALERTE, etc.) démontrent qu'un nombre conséquent de personnes en précarité n'accèdent pas à ces droits, faute d'accompagnement adapté. Le non-recours aux soins par les publics fragiles doit être analysé avec l'ensemble des parties prenantes y compris les personnes elles-mêmes afin d'apporter des réponses adaptées et efficaces : notamment les initiatives territoriales de bonnes pratiques de prévention, d'éducation à la santé, de prise en charge et d'accompagnement mis en place sur le territoire de Champagne-Ardenne.

B. Les objectifs poursuivis

L'URIOPSS propose à travers son projet de :

- Recenser, en Champagne-Ardenne, 5-6 actions (expériences pertinentes et pratiques innovantes) d'accès aux soins, de prévention, d'éducation à la santé, dans le cadre de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes en précarité dans leur parcours de santé ;
- Analyser ces pratiques afin d'étudier les principes d'intervention et les résultats obtenus au travers d'un collectif d'acteurs (personnes en précarité et usagers du CCRPA, professionnels/bénévoles des secteurs sanitaire, médico-social et social, représentants de l'Etat et des collectivités, institutionnels, chercheurs) : *Co-construction avec les usagers* ;
- Proposer une méthode d'évaluation, mesurer scientifiquement et collectivement, au travers de groupes de travail, ces actions probantes ;
- Restituer ces recherches et outils d'évaluation dans une logique de transférabilité et de diffusion sur le territoire champardennais en tenant compte des spécificités locales ;
- Contribuer aux travaux nationaux et valoriser les expériences régionales ;
- Rechercher et comprendre les initiatives similaires dans d'autres régions de France (ARS, Réseaux, acteurs de santé et/ou associatifs, ...) et auprès d'autres pays.

² - Les principaux textes cités sont repris dans l'annexe 6.

De par ces objectifs poursuivis, ce projet :

- S'inscrit dans la *Stratégie Nationale de Santé* (faire le choix de la prévention, organiser les soins autour du patient et en garantir l'égal accès, développer les droits du patient en approfondissant la démocratie sanitaire) ;
- Propose un *caractère innovant* (droits des usagers et nouvelle dimension des actions engagées), un *caractère transversal* (groupe de travail intégrant les personnes fragiles, les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social), un *caractère modélisable* (suite à cette 1^{ère} année d'étude, proposition d'outils d'évaluation et de transférabilité) ;
- Pourra s'articuler en complémentarité des travaux du PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins) : groupe de travail acteurs de 1^{ère} ligne et groupe de travail PASS.

C. Le contenu

1. La Gouvernance du projet

- Un **Comité de Pilotage** chargé d'élaborer les critères d'évaluation, de créer les outils de diagnostic pour les entretiens avec les 5-6 porteurs d'actions, de faire le lien entre les actions, d'informer le groupe Projet et de préparer ses réunions
 - ⇒ 10 personnes maximum : URIOPSS (salariés et administrateurs), Union Locale des Centres de Soins Infirmiers, IREPS, sociologue
 - ⇒ Rencontres régulières de février à décembre 2014
- Un **Groupe Projet** chargé d'élaborer les critères (public, territoire, pathologies, prise en charge, dispositifs, pluralité d'acteurs) et la nature de l'activité, de valider le choix des actions et des outils d'analyse. Ce groupe projet est aussi garant du déroulement de cette action, de son suivi et de l'avancée du projet (définition des axes, recensement des actions pertinentes, validation des outils d'évaluation et de recherche, vigilance de l'échéancier)
 - ⇒ 25 personnes maximum, composé de l'ensemble des parties prenantes : URIOPSS et autres Unions régionales, ARS, CRSA, IREPS, CPAM, DRJSCS, professionnels de santé (médecin, urgence, ...) et du social (travailleurs sociaux, bénévoles associatifs), personnes fragiles et usagers du CCRPA (Conseil Consultatif Régional des Personnes Accompagnées), etc.
 - ⇒ 4-5 rencontres de juin à décembre 2014

2. Les entretiens avec les porteurs d'action

Afin d'analyser scientifiquement la pertinence des actions, des **Groupes Recherche** ont été constitués :

- ⇒ Personnes issues de l'URIOPSS CA (salariés, administrateurs, stagiaire) :
 - . Thomas DUBOIS, Directeur de l'URIOPSS Champagne-Ardenne
 - . Jérôme BUISSON, conseiller technique
 - . Julie SIMON, assistante de coordination et de développement des Centres de Soins Infirmiers de Reims
 - . Jacqueline IBRAHIM, administratrice URIOPSS Champagne-Ardenne
 - . Sophie THEVENET, stagiaire Master II Intervention Sanitaire et Sociale
- ⇒ Membres du groupe projet (professionnels de santé et du social) :
 - . Danielle QUANTINET, Présidente de l'UDAF 51
 - . Frédérique BIENAIME et Sabrina LEQUEUX salariées de la PASS de Reims
 - . Anne PATRIS, Directrice de l'IREPS
 - . Stéphanie SCHMITT, Directrice adjointe du Foyer Aubois.

Une rencontre d'une journée dans chaque structure a été réalisée durant le mois de novembre 2014 :

- ⇒ En entretien individuel ou collectif
- ⇒ Auprès de l'ensemble des personnes impactées par l'action : usagers ou bénéficiaires, salariés, directeur et cadres, bénévoles

3. La restitution des travaux

- Un temps de restitution par chaque groupe recherche lors de la dernière réunion du groupe projet le **Vendredi 12 décembre 2014** de 14h30 à 17h à la Maison de la Vie Associative de REIMS
 - ⇒ Présentation de chaque action par les groupes recherche
 - ⇒ Présence des porteurs d'action pour apporter un éclairage supplémentaire
 - ⇒ Analyse des actions et 1^{ères} réflexions par le sociologue
- Un temps de restitution à l'attention des acteurs locaux (secteur sanitaire et médico-social) lors d'une **Journée Régionale** (colloque, ...) :
 - ⇒ Au cours du 1^{er} semestre 2015
 - ⇒ Restitution présentant l'ensemble de la démarche, les outils de diagnostic et les critères d'évaluation transférables, les résultats des rencontres avec les porteurs de projet
 - ⇒ Tables rondes, débats, poursuite des travaux (transférabilité) et pistes d'actions 2015-2016

D. L'échéancier du projet

Phase 1 : De janvier à septembre 2014, le projet et la démarche ont été co-construits par les membres du groupe projet. Il a fallu procéder à un recensement d'actions pertinentes puis définir des critères précis pour affiner cette présélection.

D'autre part, un travail a été mené pour construire la démarche d'investigation, son organisation temporelle et matérielle, notamment grâce à des grilles d'entretiens qui permettent une analyse approfondie des dispositifs étudiés.

Phase 2 : De septembre à novembre 2014, les investigations ont été organisées. Les actions sélectionnées ont été pré-étudiées puis des entretiens ont eu lieu, menés par des groupes recherche constitués de représentants de l'URIOPSS pour le versant social, et d'une personne issue du secteur sanitaire. Il était important d'avoir ce double éclairage pour permettre une approche complète lors des différentes rencontres. Lors de cette phase, nous avons pu rencontrer toutes les parties prenantes de chaque action (usagers/bénéficiaires, salariés et cadres, bénévoles/administrateurs).

Phase 3 : De novembre à décembre 2014, les entretiens ont été intégralement retranscrits et soumis à analyse. Les premiers résultats ont été présentés aux porteurs des actions lors d'une journée de restitution le vendredi 12 décembre 2014. Les échanges permettent ainsi l'enrichissement des premières analyses et apportent de nouveaux éclairages aux résultats.

Phase 4 : La communication des travaux se réalisera en deux temps. Tout d'abord, une rencontre avec les représentants de l'ARS et de la CRSA suite au rendu du rapport final le Mardi 27 janvier 2015. Puis ensuite, une journée de travail sera organisée avec les acteurs locaux pour présenter la démarche et ses résultats. Ces derniers

constitueront le point de départ d'ateliers de travail et de réflexions menés durant l'année 2015³.

II- LA METHODOLOGIE DU PROJET

Pour faciliter et orienter le choix des actions à « expertiser », il est nécessaire de définir des catégories.

A. Le choix des catégories

- ✓ Une première liste de six catégories, a été proposée :
 1. **La nature de l'activité** : au moins une action dans chacun des 4 axes suivants : 1^{er} Accès aux soins (1), Prévention (2), Education (3), Parcours de santé (4) + *Lits Halte Soins Santé* (action du dispositif) et *Troubles psychiques/ Mal être*.
 2. **Les territoires d'action** : un équilibre entre le secteur rural/urbain et prenant en compte les quatre départements de la région.
 3. **Les publics spécifiques** : NON ... mais au moins une des 5 actions devra correspondre à la prise en charge des personnes en précarité avec un trouble psychique, mal être ou troubles associés.
 4. **Les porteurs** : tous les statuts (public, libéral, associatif) sont possibles.
 5. **Les acteurs** : un projet qui est porté par des salariés et qui peut associer des bénévoles, des salariés du champ médical et/ou paramédical et/ou social.
 6. **Action pertinente** Action qui a démontrée qu'elle facilite l'accès aux soins, l'éducation à la santé et la prévention des personnes en précarité et qu'elle améliore la santé des personnes de façon pérenne. (définition de l'OMS)
- ✓ Discussion, apport de précision puis validation des catégories par les membres du groupe projet lors de la réunion du Lundi 30 juin 2014 :

Pour la catégorie 1 : nature des activités

Elle mêle à la fois des activités de nature distincte et des dispositifs. Cela a permis de préciser qu'il s'agit bien d'identifier des actions et non des dispositifs. Pour autant, certaines actions peuvent s'inscrire dans tel ou tel dispositif. Il a donc été validé de ne retenir que les axes 1^{er} accès aux soins + prévention + éducation + parcours de santé.

Pour la catégorie 2 : les territoires d'action

Elle peut être posée a priori pour chaque action. Il s'agit bien de trouver une répartition équitable entre les territoires urbains et ruraux. De plus, le territoire des actions peut être à géométrie variable selon les porteurs d'actions (quartier, ville, agglomération, département).

Pour la catégorie 3 : les publics spécifiques

Il s'agit, comme pour la précédente catégorie, d'appréhender les différents publics susceptibles d'être concernés par les questions relatives à la santé et à la précarité. Par exemple, les publics rencontrant des « troubles psychiques » ne sont pas écartés mais un

³ - L'échéancier 2015 est repris dans un diagramme en annexe 3.

travail préalable de clarification est nécessaire au préalable pour recentrer la réflexion : troubles psychiques, mal être, souffrance, handicap psychique, maladie mentale, etc.

Pour la catégorie 4 : les porteurs

Pour les porteurs, là aussi, la diversité (privé, public, ...) est posée comme principe et doit être vérifiée avant l'analyse des actions.

Pour la catégorie 5 : les acteurs

Pour les acteurs, la question est plus complexe. Initialement l'accent a été mis sur la présence de salariés mais des initiatives bénévoles sont pour autant recevables. Il est proposé de ne pas tenir compte de cette distinction partant du fait que les personnes ont de plus en plus de « casquettes » : nous serons amenés à retrouver dans les bénévoles des salariés en activité ou en retraite.

Il faudra donc bien distinguer la question des compétences mobilisées de celles des ressources mobilisées en termes de ressource bénévole ou de ressource salariée ...

Une autre distinction est apparue qui concerne la place des usagers dans l'action. Cela se décline de deux manières : est-ce que l'action est centrée sur les usagers ? Ce n'est pas toujours le cas. Certains réseaux ou certaines modalités de travail sont d'abord des ressources pour les professionnels. A un deuxième niveau, il s'agit de voir la place qu'occupent les usagers dans l'action : représentation directe ou collective dans les instances de pilotage de l'action par exemple. Nous sommes là sur le volet de la représentation.

Ce critère peut donc se formuler comme une action à destination directe des usagers. Cela laisse de côté les actions ayant essentiellement une mission de coordination.

Pour la catégorie 6 : action pertinente

La notion d'action pertinente ou probante porte aussi à discussion. En effet, dans l'absolu une action est probante si elle est terminée, évaluée et si on a pu mesurer l'impact positif en termes de santé publique. Nous devons mettre ici deux bémols : le premier est que le travail mené ne vise pas à évaluer les actions menées mais à les décrire et à les analyser. Le second est que l'action doit avoir un minimum d'antériorité.

Nous parlerons donc d'actions **pertinentes** à étudier.

A partir de ces 6 catégories, de la connaissance des membres du groupe projet et du réseau URIOPSS, 17 actions menées dans la région ont d'abord été identifiées.

Des contacts ont été pris avec les porteurs actions, des recherches complémentaires ont été réalisées, la pertinence et la faisabilité de l'analyse par action ont été étudiés.

Il en est ressorti que pour certaines d'entre elles, plusieurs facteurs n'en permettant l'étude : disponibilité des équipes, temporalité de l'analyse, proposition de l'étude du dispositif et non d'une action dans ce dispositif,

Finalement, 6 actions ont été retenues, celles-ci figurent en vert dans le tableau ci-dessous. Nous avons souhaité, en toute transparence, y ajouter l'ensemble des actions identifiées au début de nos travaux (celles-ci pouvant faire l'étude de travaux dans un second temps !)

B. Le choix des actions

Tableau 1 : Récapitulatif des actions

	Les ACTIONS ↓	Définition rapide de l'action	Nature de l'activité 1 ^{er} accès – Prévention Education – Parcours de santé	Territoire	Les publics concernés	Le porteur Les acteurs	Antériorité de l'action Pérennité de l'action
1	Accès Personnalisé à la Santé Accompagnement Personnalisé aux Soins de personnes en précarité isolée	Accompagnement moral et physique des personnes Mise en place d'un parcours individuel (1, 2, 3)	1 ^{er} Accès Parcours de Santé Prévention	MARNE Zones rurales	Tous publics	UDAF 51 <u>Contact</u> : Mme AMIOUR	<u>Début action</u> : Réflexion depuis 2009 En place depuis 2013 Actuellement CPOM sur 3 ans
2	Centre de Soins Infirmiers (CSI) La Chapelle St luc	Bus info santé « qui roule » S'installe aux pieds des immeubles Diabète, hypertension, information nutrition, suicide adolescents, etc.	Prévention 1 ^{er} accès (MSP)	La Chapelle St Luc Quartiers difficiles	Tous types de publics	CSI La Chapelle St Luc Jean-Louis DEFONTAINE	
3	Lits Halte Soins Santé (LHSS) Hébergement et Accueil santé/précarité	Analyser une action probante au sein du dispositif et non le fonctionnement du dispositif Dispositif d'accueil/hébergement des personnes précaires Chambres et lits médicalisés dans les locaux d'un CHRS	1 ^{er} accès Parcours de Santé Prévention	MARNE Reims	Tous publics en grande précarité	JAMAIS SEUL <u>Contact</u> : P. PELATAN	

	Les ACTIONS ↓	Définition rapide de l'action	Nature de l'activité 1 ^{er} accès – Prévention Education – Parcours de santé	Territoire	Les publics concernés	Le porteur Les acteurs	Antériorité de l'action Pérennité de l'action
		Equipe sociale et médicale complémentaire					
4	REVIVRE Mouvement d'entraide pour personne rencontrant des problèmes d'alcool	Revivre est un mouvement d'entraide associé à un centre de soins en alcoologie et tabacologie, qui prend en charge, dans le département de l'Aube, les personnes en situation de dépendance. Résoudre sa problématique d'alcool en appui sur son expérience pour soi et au service des autres : outil thérapeutique, valorisation d'une expertise, considération de l'utilisateur	1 ^{er} accès Parcours de Santé	AUBE Troyes et agglomération troyenne	Tous publics	FOYER AUBOIS REVIVRE <u>Contact :</u> B.DEBELLE	<u>Début action :</u> Depuis 1960, l'association propose un parcours individualisé de remise en route, destiné à un public fragilisé par une conduite de dépendance, en particulier par l'alcool. Revivre est à l'origine de la création du Kiwi Bar, lieu d'accueil convivial ouvert 7 jours sur 7
5	Centre d'Aide et d'Accompagnement à la Réduction des Risques (CAARUD) « Aller vers » en milieu rural	Intervention d'une équipe pluridisciplinaire en milieu rural en Haute-Marne Véhicule itinérant Intervention « Aller vers » PEKO (Programme d'Echange de Kit en	Prévention	HAUTE MARNE Permanence rural à Chateaufvillain PEKO : Chalindrey, Fayl Billot, Longeau, Rolampont, etc.	Tous publics usagers de drogues	CAARUD L'ESCALE <u>Contact :</u> C. CHAUMONT BARCHAIN	<u>Début action :</u> Chateaufvillain : depuis 2011 PEKO : depuis 2012

	Les ACTIONS ↓	Définition rapide de l'action	Nature de l'activité 1 ^{er} accès – Prévention Education – Parcours de santé	Territoire	Les publics concernés	Le porteur Les acteurs	Antériorité de l'action Pérennité de l'action
		Officine) : travail avec les officines					
6	Mission Locale Charleville-Mézières Education santé auprès d'un public jeune et jeunes adultes	Donner aux jeunes les moyens de prendre en compte leur santé , c'est participer de façon indissociable à la démarche d'insertion : groupe Santé Jeunes autour de 3 axes (information, prévention primaire, accès aux soins et suivi médical, démarche santé insertion)	Education Prévention 1 ^{er} accès	ARDENNES Charleville- Mézières et alentours	Publics jeunes en précarité	MISSION LOCALE Charleville- Mézières <u>Contact</u> : D.JONVAL L. STOUPI	<u>Début action</u> : 2009
	Epicerie Sociale Charleville-Mézières Education équilibre alimentaire à partir d'un lieu de distribution	A partir d'une approche de distribution alimentaire, actions de prévention et d'éducation à l'équilibre alimentaire Ateliers collectifs en appui sur les denrées distribuées dans ce type de structure (banque alimentaire, ...)	Education Prévention	ARDENNES Charleville- Mézières	Tous publics en grande précarité	CCAS de Charleville- Mézières <u>Contact</u> : L.MORMANNE	
	Centre de Soins Infirmiers (CSI) La Chapelle St luc	Cabinet médical d'accueil de publics dans le quartier populaire	1 ^{er} Accès Parcours de santé	AUBE	Accueil tous publics Population étrangère	CSI Chapelle St Luc Association Les Chapelains	<u>Création de l'association</u>

	Les ACTIONS ↓	Définition rapide de l'action	Nature de l'activité 1 ^{er} accès – Prévention Education – Parcours de santé	Territoire	Les publics concernés	Le porteur Les acteurs	Antériorité de l'action Pérennité de l'action
	« L'info santé qui roule »	Véhicule itinérant Dépistage, prévention, permanence Intervention dans les écoles, centre sociaux, concert, ... Bibliothèque en 30 langues	Prévention	La Chapelle St Luc (quartier Chantereigne- Montvilliers)		<u>Contact</u> : M. DEFONTAINE Jean Louis (Pdt)	<u>Ouverture du cabinet</u>
	CSI de Châlons-en- Champagne Equilibre alimentaire, cuisine	Cabinet médical d'accueil de publics dans le quartier populaire Dépistage, prévention, permanence	Prévention Education	MARNE Châlons-en- Champagne	Tous publics	Centre de Soins Infirmier de Châlons- en Champagne <u>Contact</u> : Mme PHAM TAN Marie Hélène COLSON	<u>Création de l'association</u> <u>Ouverture du cabinet</u>
	Maison des Adolescents de l'Aube Service de soins palliatifs	Approche sociale et médicale des soins palliatifs : le vivre ensemble	Prévention Parcours de santé	AUBE Tout le département	Jeunes de 13 à 21 ans Accueil d'adolescents ou de leurs familles	GCSMS (EPSM 10, CMAS, AJD) <u>Contact</u> : Yann VILLANE	Fin 2011
	EPICURE Equipe mobile	Intervention « vers » les publics précaires sur les problématiques addictions Circulaire de 2005 : équipe mobile Intervention CHRS	Prévention Education	ARDENNES Tout le département	Tous publics	CHS BEL AIR <u>Contact</u> : Docteur COLIN	
	Centre de Soins Infirmiers Orgeval	Intervention dans un foyer de l'enfance (Foyer Sauvegarde Berthe ROCHE COLLE : Jean	Education	MARNE Reims	Accueil jeunes	Association Sauvegarde <u>Contact</u> :	

	Les ACTIONS ↓	Définition rapide de l'action	Nature de l'activité 1 ^{er} accès – Prévention Education – Parcours de santé	Territoire	Les publics concernés	Le porteur Les acteurs	Antériorité de l'action Pérennité de l'action
		Christophe DUQUESNE					
	MISSION LOCALE Reims Espace santé	Action continue et régulière Travail personnalisé/jeune Travail d'Alerte et de Prévention pour les jeunes « Pause Café » Travail ARTAUD (CMP) = échanges, « aller vers », ...	1 ^{er} accès Prévention Accès aux soins	MARNE Pays rémois hors Fismes/Bazancourt	Public jeune 16-25 ans	Mission Locale <u>Contact</u> : Dominique TOPIN	
	CHAMP'AGIR	Intervention de médecins bénévoles en direction des publics en difficultés sociales Permanences	1 ^{er} accès aux soins Parcours de santé	MARNE	Tous publics	<u>Contact</u> : Responsable Dispositif	
	CSAPA 08 Addictologie	Consultations jeunes consommateurs : ex consultation jeunes cannabis Quelle action pertinente ?	Prévention	ARDENNES Charleville- Mézières Quartier Ronde Couture		GCSMS CSAPA 08 <u>Contact</u> : Catherine CHEZEL Helena MUSCILLO	
	ADAS Dentaire Développement de l'Accès aux soins	Cabinet dentaire « type mutualiste » Hors libéral	1 ^{er} Accès Parcours de santé	AUBE La Chapelle St Luc	Accueil tous publics Population étrangère	ADAS Dentaire Centre de Soins Dentaire	<u>Début action</u> : Création de l'association 11.07.2011

	Les ACTIONS ↓	Définition rapide de l'action	Nature de l'activité 1 ^{er} accès – Prévention Education – Parcours de santé	Territoire	Les publics concernés	Le porteur Les acteurs	Antériorité de l'action Pérennité de l'action
	dentaires		Education	Quartier populaire Chantereigne- Montvilliers		Assoc. loi 1901 <u>Contact</u> : Mme THIEBLEMONT	Ouverture du cabinet 01.11.2012

C. Le recueil des données

Démarche d'investigation et outils communs de recueil de données

Suite au choix par le groupe projet des 6 actions à analyser, un travail de recueil d'informations sur site est mis en place au travers d'entretiens avec l'ensemble des personnes concernées par l'action. Ces rencontres et recensement des informations s'appuient sur plusieurs outils adaptés aux différents personnes rencontrées : usagers ou bénéficiaires, travailleurs sociaux et salariés, direction et cadres intermédiaires, administrateurs et bénévoles.

1. La démarche d'investigation

Comme évoqué précédemment dans le paragraphe « Contenu du projet – entretiens avec les porteurs » (page 6), les **Groupes Recherche** constitués vont analyser scientifiquement la pertinence des actions.

Des entretiens individuels ou collectifs ont été menés à partir des outils proposés par M. FOURDRIGNIER et validés par le groupe projet : ce kit d'entretien est constitué d'une méthodologie (ainsi qu'une formation) et de plusieurs grilles d'analyse (Annexes 2).

Les personnes rencontrées

- Bénéficiaires/usagers : au minimum 2 personnes
- Membre de la direction/cadres et administrateurs/bénévoles
- Membres de l'équipe/salariés : au minimum 2 entretiens

Les personnes rencontrées lors de cet entretien d'une journée dans la structure :

Pour l'UDAF de la Marne : entretiens avec la coordinatrice, un travailleur social, deux usagers à leur domicile.

Pour le Centre de Soins Infirmiers (CSI) : entretiens avec le président, l'équipe d'infirmières et 3 usagers.

Pour les Lits Halte Soins de Santé (LHSS) : entretiens avec le directeur et la chef de service, avec une partie de l'équipe (2 infirmières, une assistante sociale et un travailleur social) ainsi qu'avec 5 usagers.

Pour le Foyer Auboïs : entretiens avec le directeur adjoint, des bénévoles investis dans le projet Revivre, des usagers.

Pour le Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction (CAARUD) : entretiens avec le coordinateur, avec l'ensemble de l'équipe (éducateur, infirmier, agent de développement, agent d'accueil), plusieurs usagers.

Pour la Mission Locale : entretiens avec la directrice et la responsable du service, avec quelques membres de l'équipe (psychologue, 5 conseillers techniques), 5 jeunes

Nous avons prêté une grande attention lors des entretiens menés en direction des usagers pour nous adapter à leurs disponibilités, aux lieux des rencontres (certains usagers nous ont reçus chez eux) et pour ne pas perturber le fonctionnement du service de la structure porteuse.

Un vrai travail de lien, de communication, de préparation et d'organisation a été nécessaire pour favoriser le bon déroulé des entretiens. Ceux-ci ont tous eu lieu aux dates prévues et dans les temps impartis. La qualité de l'accueil par les structures a été une valeur ajoutée inestimable pour ce travail et toutes ont été sensibles à l'intérêt qui a été porté à leur travail.

2. Les outils de recueil de données

Plusieurs outils au service des groupes recherches ont été constitués⁴.

- **L'outil n°1 (Fiche de suivi récapitulative des entretiens)** permet aux binômes de lister les personnes rencontrées ainsi que les documents complémentaires de la structure récupérés. Cet outil est nécessaire pour un apport quantitatif de notre analyse mais aussi qualitatif puisqu'il permet la réalisation d'un bilan des rencontres, recense les typologiques de personnes rencontrées et nous permet une évaluation des entretiens au regard de ce que nous avions prévus.
- **Les outils n°2 (présentation des personnes rencontrées) et n°3 A-B-C (entretien des parties prenantes de l'action)** sont chacun construits sur une trame identique avec des adaptations à chaque personne rencontrée : personnes accompagnées ou accueillies, salariés/travailleurs sociaux, équipe de direction.

Ils sont tous trois construits pour questionner tous les aspects de l'action et articulés de la manière suivante :

- ✓ le projet initial
- ✓ l'action actuelle
- ✓ le vécu de l'action
- ✓ les résultats obtenus et le devenir de l'action.

En articulant ainsi les entretiens, nous avons pu prendre en considération ce que chacun avait à dire en fonction de la place qu'il occupe, et donc de mener une analyse complète, issue du croisement de tous les regards.

⁴ -Outils repris en annexe 2.

III-ANALYSES SPECIFIQUES et TRANSVERSALES des ACTIONS

A l'issue de l'ensemble des entretiens réalisés en novembre 2014, une première restitution « intermédiaire » aux porteurs d'actions et aux membres du groupe projet a été réalisée lors de la réunion du vendredi 12 décembre 2014.

Au-delà du retour des échanges et du recueil d'informations action par action, une première analyse transversale des actions et un éclairage sur les notions de transférabilité par M. FOURDRIGNIER, sociologue, sont venues étayer la réflexion.

La troisième partie de ce rapport présente, sous forme de tableaux, les actions (porteur, nature de l'activité, définition et intérêt de l'action) puis une analyse transversale de celles-ci.

A. Présentation et analyse des actions

1. UDAF de la Marne « Accès personnalisé à la santé »				
Porteur du projet : UDAF 51 Site de Châlons-en-Champagne (siège social) 7, bd JF Kennedy CS 60545 51013 CHALONS-SUR-MARNE Cedex			Personne-contact : M. AMIOUR Coordinatrice	
Action : Accompagnement Personnalisé aux Soins de personnes en précarité isolée.				
Définition rapide de l'action : Accès personnalisé à la santé ✓ Accompagnement (moral et physique) des personnes en précarité repérées par les travailleurs sociaux et les plus éloignées de l'accès aux soins ✓ Mise en place d'un parcours individuel avec pour objectif de rendre les personnes actrices de leur santé				
Antériorité : En réflexion dès 2009 En place en 2013 CPOM sur 3 ans	Territoire de l'action		Public concerné	
	Rural	Urbain	Typologie	Nombre
	oui	oui	Tous publics en situation de précarité n'ayant pas de suivi médical depuis au moins 2 ans et isolés géographiquement	
Nature de l'activité				
1 ^{er} accès aux soins	Prévention	Education à la santé	Parcours santé	
OUI	OUI		OUI	

1^{ère} analyse de l'action

Rappel de l'intérêt de l'action pour le groupe projet :

- ✓ L'accompagnement de proximité et accès aux soins
- ✓ Les territoires de la Marne
- ✓ Aller vers les personnes les plus éloignées des soins : le public cible (les personnes n'ayant pas de suivi médical, depuis au moins 2 ans et/ou rencontrant des problèmes de mobilité)
- ✓ Accompagnement individualisé dont accompagnement physique dans toutes les démarches liées à la santé et l'accès aux soins en excluant les démarches d'accès aux droits réservés aux professionnels concernés.

Le projet initial	La réussite de l'action « Femmes Marnaises actrices de leur santé », en lien avec le dépistage du cancer du sein, met en avant la nécessité d'une démarche d'aller vers le public le plus éloigné des soins. Depuis 2008, l'UDAF propose donc d'accompagner vers les soins des personnes en situation de précarité.
L'action actuelle	Des accompagnatrices santé CESF, bénéficiant de formations continues en matière de santé, accompagnent les personnes orientées dans leurs démarches de santé via un parcours de santé individualisé : ➤ Définition commune d'objectifs ➤ Aide aux démarches d'accès aux soins et d'accès aux droits ➤ Prévention, aide aux dépistages, orientation vers les dispositifs ➤ Actions collectives
Le vécu de l'action	Les usagers et les travailleurs sociaux expriment le vécu de l'action de manière assez similaire : un accompagnement et une relation de confiance qui permet de rassurer l'utilisateur, de mieux l'aider à prendre soin de lui et d'accéder aux soins dont il a besoin. Le travailleur social fait le lien entre l'utilisateur et un milieu médical qui semble impressionner, et même faire peur.
Les résultats obtenus	De part la relation de confiance entre l'utilisateur et son accompagnatrice : ➤ Une réelle prise en compte de sa santé est enclenchée ➤ Un suivi médical complet est réalisé dans le cadre d'un parcours de santé Les usagers expriment un mieux-être certain, mais le but est aussi de leur faire prendre conscience de l'importance de leur santé et de leur donner les clés nécessaires pour devenir à leur tour autonome dans ce domaine.
Le devenir de l'action	<u>Développement et transférabilité :</u> ✓ L'avenir de cette action reste incertain puisque qu'elle est financée par l'ARS dans le cadre d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) sur 3 ans. ✓ Il serait nécessaire d'étendre cette action au regard des bilans et évaluations réalisées mais aussi des besoins identifiés ✓ La stratégie du Logement d'Abord qui tend à orienter et maintenir les personnes dans leur logement est une bonne chose si l'accompagnement est maintenu : ce public est moins captif, il demande un autre accompagnement et nécessite du temps.

2. CSI CHAPELAINS « Le Camion qui roule »

Porteur du projet : CSI 11D, avenue Jean Moulin Maison de la Santé Chantereigne- Montvilliers 10 600 La Chapelle St Luc	Personne-contact : M.DEFONTAINE Président 03.25.79. 69. 22
--	--

Action : Permettre aux personnes en situation de précarité un accès aux soins via des actions de prévention

Définition rapide de l'action :

- ✓ Bus itinérant dans les lieux de présence des populations fragiles (lieux stratégiques, pieds des immeubles)
 - Temps d'écoute et d'échanges entre professionnels de santé et populations
 - Actions de prévention, soins infirmiers, dépistage (hypertension/diabète) puis orientation vers la Maison de Santé Pluridisciplinaire créée par le Centre de Soins Infirmiers
- ✓ Couverture d'une zone sensible (une des plus pauvres de France)

Antériorité :	Territoire de l'action		Public concerné	
Le CSI existe depuis 40 ans.	<i>Rural</i>	<i>Urbain</i>	<i>Typologie</i>	<i>Nombre</i>
La MSP existe depuis la 1 ^{er} juin 2012.		La Chapelle St Luc	Tous publics (hommes, femmes, jeunes, âgés, ...)	
Le Camion roule depuis 2010.			Public souffrant de diabète et d'hypertension	

Nature de l'activité

1 ^{er} accès aux soins	Prévention	Education à la santé	Parcours santé
OUI	OUI	OUI	OUI (via l'envoi à la MSP)

1^{ère} analyse de l'action

<u>Rappel de l'intérêt de l'action pour le groupe projet :</u> ✓ Structurée en appui sur le Centre de Soins Infirmiers et maintenant la Maison de Santé Pluridisciplinaire, ce qui favorise un accès aux soins direct et efficace. ✓ Itinérance du dispositif et proximité ✓ Liens entre plusieurs structures et de multiples acteurs. ✓ Transférabilité possible à d'autres types d'actions	
Le projet initial	Le projet initial du camion qui roule est porté par le Centre de Soins Infirmiers. Le but premier est de faire de la prévention en direction des publics fragiles pour une prise de conscience de sa santé. « Aller vers ... » via le bus qui est un outil facilitateur, lieu d'ancrage repéré des populations, incitateur et facilitateur pour les personnes.
L'action actuelle	L'action actuelle (prévention, information, accès aux 1 ^{er} soins, etc.) est toujours menée en ces termes mais a pris une tout autre ampleur notamment grâce à la création d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire : un lieu « sédentarisé » en complément du bus itinérant

Le vécu de l'action	Les actions du camion ont lieu à l'extérieur mais également à l'intérieur de la MSP, dans le hall ou la salle d'attente, et les thématiques sont reprises en individuel par les professionnels lors des consultations. Au travers du bus et de la Maison de Santé, l'axe prévention reste le ciment de l'action et permet de développer : ➤ Un accès aux 1^{ers} soins et une prise en compte de sa santé par les populations fragiles ➤ Un vrai projet partagé autour de la prévention, l'éducation à la santé en fédérant tous les acteurs de santé (complémentarité, lien avec les médecins, lien avec les partenaires extérieurs, discours identiques envers les patients, suivi des situations, synergie des actions, implication de tous) ➤ Un lieu de rencontre entre population, inter-génération et de proximité (accueil, écoute, démystification du secteur médical, ...)
Les résultats obtenus	Une réponse de proximité adaptée : un lieu sécurisant, une écoute, des échanges possibles ou les usagers peuvent s'investir bénévolement, une réponse professionnelle et pluridisciplinaire. Une prise en compte de sa santé via le bus, le Centre de Soins, la MSP à partir de lieux et outils connus et reconnus de la population. Une réelle cohérence et une vraie dynamique des acteurs au sein d'un quartier populaire aux problématiques multiples. Aujourd'hui, grâce à la MSP, les personnes ont accès à de nombreuses spécialités.
Le devenir de l'action	Ce qui est essentiel à ce jour, c'est de proposer une prise en charge la plus globale et la plus complète possible à chaque patient. Nécessité de maintenir un équilibre financier : communiquer sur nos actions, être davantage et soutenu par les partenaires institutionnels et collectivités <u>Développement et transférabilité</u> : ✓ Un projet de prévention sur l'ensemble du grand Troyes serait nécessaire. ✓



Encadré 1 : Les maisons de Santé Pluridisciplinaires

Des **professionnels de santé**, un **exercice des soins de premier recours** et un **projet de santé**.

Comme il n'y a pas de "labellisation", toute structure peut s'appeler maison de santé. Par contre, dès que des financements publics sont sollicités, la confirmation doit répondre à un cahier des charges dressé par la DGOS: au moins deux médecins généralistes et au moins un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute,...).

Ces professionnels ont en commun un projet de santé pour la population qui les consulte. Le développement des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), favorise, au-delà des fonctions de coordination, l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles.

La majorité des professionnels de santé qui travaillent en maisons de santé cherchent à élargir leur offre de soins organisée sur un territoire (continuité des soins, éducation thérapeutique,...)

(Source : Site de la Fédération Française des Maisons et Pôles Santé - FFMPs)

3. JAMAIS SEUL – « Lits Halte Soins Santé -LHSS »				
Porteur du projet : Association JAMAIS SEUL 4, Bd Berlioz – La Neuvillelette 51100 REIMS 03.26.06.48.09			Personne-contact : P.PELATAN Directeur Général I. DUPUIS Chef de Service	
Action : Proposer un hébergement et un accueil avec une prise en charge de l'état de santé des personnes en situation de précarité grâce aux Lits Halte Soins Santé.				
Définition rapide de l'action : ▪ Dispositif d'accueil et hébergement des personnes précaires ▪ Chambres et lits médicalisées ▪ Accès aux soins et à une prise en charge globale de la ou des problématiques de santé et de vie				
Antériorité : Suite à un dépôt de dossier CROSMs en 2006, l'ouverture s'est faite en 2007.	Territoire de l'action		Public concerné	
	<i>Rural</i>	<i>Urbain</i>	<i>Typologie</i>	<i>Nombre</i>
		Reims	Tous publics (hommes, femmes, jeunes, âgés, ...) en situation de précarité	6 places à l'ouverture 10 places à ce jour

Nature de l'activité			
<i>1^{er} accès aux soins</i>	<i>Prévention</i>	<i>Education à la santé</i>	<i>Parcours santé</i>
OUI	OUI	OUI	OUI

1^{ère} analyse de l'action	
<u>Rappel de l'intérêt de l'action pour le groupe projet :</u> ✓ 10 lits ✓ Cumul des problématiques au-delà de la santé et intérêt pour les méthodes de gestion ✓ Partenariat avec de nombreux acteurs : question de la contractualisation ou non de ces partenariats.	
Le projet initial	Création du dispositif en 2005 et financement dès 2006 suite à des constats d'un manque de lieu d'accueil médicalisé pour les grands précaires avec pour objectifs de : ➤ éviter le retour à la rue de personnes qui doivent encore bénéficier de soins (mais qui ne relèvent plus d'une hospitalisation) ➤ éviter l'aggravation de leur état de santé.
L'action actuelle	Un lieu proche du CHRS avec du personnel médical et médico-social dédié pour 10 lits qui accueillent des personnes aux problématiques diverses de santé (pathologies associées à une pathologie « centrale ») et qui sont dirigées aux LHSS par différents partenaires : le CHU, GODINOT, les CHRS, etc.

Le vécu de l'action	Une pause dans une vie chaotique qui permet aux usagers de prendre le temps de se reconstruire physiquement et psychologique. Au-delà d'une mission d'accès aux 1^{ers} soins, une action parallèle de projet de sortie est enclenchée avec un accompagnement social dédié et individualisé (démarche administrative, parcours de soins et de santé en construction, vie sociale, activités individuelles et collectives, ...). La base du fonctionnement des LHSS réside en une réelle cohésion dans l'équipe et un vrai travail complémentaire entre le secteur médical et le secteur social.
Les résultats obtenus	Un sentiment de mieux être pour les usagers qui vivent les LHSS comme une parenthèse dans un parcours de vie très difficile. Une réelle prise de conscience de l'importance de la santé : volonté et envie de faire ce qu'il faut pour aller mieux, pour aller bien. Une insertion sociale mieux réussie : parcours d'hébergement ou de logement, parcours de soins et parfois insertion professionnelle.
Le devenir de l'action	<u>Développement et transférabilité :</u> ✓ Nécessité de développer ce dispositif de LHSS sur le bassin rémois, au niveau départemental et régional (uniquement des LHSS sur Troyes (2 lieux), sur Châlons-en-Champagne (1 lieu), sur Reims (1 lieu) : quid de la Haute-Marne et des Ardennes ! L'ARS pourrait porter la réflexion au travers d'un observatoire des besoins et du développement des structures. ✓ Les problématiques semblent évoluer vers une complexification et une aggravation des situations de santé des plus précaires ce qui nécessiterait pour ces publics spécifiques, en complément de lits LHSS, la création de Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) pour compléter l'accueil déjà mis en place : une réflexion régionale en appui sur le site expérimental porté par le Foyer Audois de Troyes serait nécessaire.



Encadré 2 :

Les Lits Halte Soins Santé - LHSS et les Lits d'Accueil Médicalisé - LAM

Les Lits Halte Soins Santé sont destinés à assurer les soins, l'hébergement temporaire et l'accompagnement social de personnes sans domicile fixe. Il s'agit d'établissements sociaux et médico-sociaux. Ils ont pour vocation d'accueillir des personnes sans domicile dont l'état de santé nécessite une prise en charge, mais ne nécessite pas pour autant un accueil en hôpital. Ceci afin de recevoir des soins médicaux et paramédicaux, qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en avaient un.

Les **Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)** font **suite à l'évaluation en 2009 du dispositif « LHSS »** et se situent donc dans le prolongement de leurs actions médico-sociales. Il a en effet semblé nécessaire d'entreprendre un travail avec les structures en charge de ces publics, voire de mettre en place une structure proche des LHSS, vouée à la prise en charge au long court de pathologies chroniques. Les LHSS pourraient alors se consacrer à leurs réels objectifs, et les personnes atteintes de pathologies au long court bénéficier de soins plus adaptés.

En région : LHSS de la Chapelle Saint Luc (association Foyer Audois), LHSS du Nouvel Objectif à Troyes (La porte Ouverte), LHSS de Châlons-en-Champagne (CCAS), LHSS de Reims (association Jamais Seul).
LAM du Foyer Audois (maintenus suite à l'expérience menée).

(Source : Conseil National du Lutte contre les Exclusions - www.cnle.fr)

4. FOYER AUBOIS – REVIVRE « Mouvement d’entraide »				
Porteur du projet : Association Foyer Aubeois 7, rue Archimède 10600 La Chapelle St Luc			Personne-contact : B. DEBELLE Directeur	
Action : Permettre aux personnes alcoolo-dépendantes en situation de précarité de sortir de leur problématique et d’enclencher un parcours de soins au travers d’un Mouvement d’Entraide.				
Définition rapide de l’action : ✓ Apporter des solutions plurielles : personnes ressources multiples (éducateurs, médecins, etc.) et anciens alcoolo-dépendants pour favoriser la mise en place d’un parcours de soins ou de vie ✓ En appui sur un bar/restaurant sans alcool (aspect insertion, emploi) : mouvement d’entraide ✓ Dans le cadre d’un CSAPA = différents acteurs, législation, etc. ✓ Concerne aussi d’autres dépendances				
Antériorité : Depuis 1957, avec pour principe de base l’entraide entre anciens alcooliques et usagers. 1991, création du « Kiwi Bar », bar restaurant sans alcool.	Territoire de l’action		Public concerné	
	Rural	Urbain	Typologie	Nombre
		Troyes Agglomération Troyenne	Tous publics (hommes, femmes, jeunes, âgés, ...) Dépendance multiples	

Nature de l’activité			
<i>1^{er} accès aux soins</i>	<i>Prévention</i>	<i>Education à la santé</i>	<i>Parcours santé</i>
OUI	OUI	OUI	OUI

Présentation de l’action et du porteur :
<u>Rappel de l’intérêt de l’action pour le groupe projet :</u> ✓ Innovant, pertinent depuis les années 60. Les travailleurs sociaux accompagnent la dynamique d’entraide et accompagne l’accompagnement des nouveaux usagers par les anciens. ✓ Dimension d’entraide, partage d’expériences, mixité usagers (anciens/nouveaux), professionnels, bénévoles qui contribuent à la dynamique d’un outil thérapeutique efficace. ✓ Pluridisciplinarité et travail en réseau : social/médico-social/sanitaire. ✓ Transférabilité de la dimension « entraide » à d’autres secteurs.

Présentation de l'action et du porteur :	
Le projet initial	L'association Foyer Auboïs travaille autour de trois axes : le logement, les ateliers de ressourcerie « type Emmaüs » et l'addictologie. Le constat de l'association concernant l'addictologie (toutes addictions) et principalement l'alcool-dépendance est que celles-ci touchaient un grand nombre de personnes en grande précarité. Pour répondre à ce constat de terrain, le Foyer Auboïs a mis en place un dispositif basé sur l'entraide dès les années 60. L'idée est venue d'un couple auboïs d'usagers qui s'en est sorti et qui a commencé à recevoir des personnes chez lui pour les aider. Le couple est ensuite devenu salarié de l'association. Ainsi est né un véritable engagement militant autour d'un mouvement d'entraide.
L'action actuelle	La mission est d'accueillir, informer, prévenir et orienter si besoin vers les dispositifs adaptés mais aussi d'effectuer une prise en charge en interne. Tout ceci afin d'offrir en appui sur un panel large d'outils et de personnes aux usagers souffrant d'addictions un parcours de soins et une prise en charge. Interviennent ainsi des bénévoles expérimentés qui se sont sortis de cette addiction afin de venir en aide à celles et ceux qui n'en sont pas encore arrivés là.
Le vécu de l'action	L'usager a une place centrale et active dans le projet car il est au centre du dispositif. Le service fonctionne avec des bénévoles qui constituent la véritable « colonne vertébrale » de l'association et qui permet un partage d'expériences, une compréhension mutuelle et un lien de confiance. L'accompagnement peut être individuel et/ou collectif et il y a une véritable orientation clinique autour de la verbalisation.
Les résultats obtenus	L'association propose une vraie prise en charge globale et un suivi tant social que médical. Le foyer Auboïs porte plusieurs structures qui permettent de proposer, au sein d'une même association, un parcours complet et une prise en charge efficiente.
Le devenir de l'action	<u>Développement et transférabilité :</u> ✓ L'action doit être poursuivie car elle a un réel impact positif sur les usagers. ✓ Mise de l'usager au centre du dispositif, quel qu'il soit. ✓ Dynamique usager/bénévole pour créer un climat de confiance et de partage d'expériences. ✓ Prise en charge globale par une structure qui peut offrir un parcours plus complet aux usagers.

5. CAARUD « Aller vers en milieu rural »				
Porteur du projet : Centre d'Aide et d'Accompagnement à la Réduction des Risques (CAARUD) - L'Escale 44, rue Pierre Curie 52000 Chaumont			Personne-contact : M. CHAUMONT- BARCHAIN Coordinateur 03.25.02.82.82	
Action : Démarche de réduction des risques liés à la consommation de drogues en milieu rural.				
Définition rapide de l'action : ✓ Intervention réduction des risques (RdR) dans un lieu stratégique à Chateaufvillain en Haute-Marne : ▪ Mise en place d'une permanence avec les usagers ▪ Equipe pluridisciplinaire dans une démarche « Aller vers » les usagers de drogues ▪ Résolution de la problématique de mobilité des jeunes en milieu rural ▪ Point d'ancrage pour renouer le contact et enclencher un accompagnement plus global				
Antériorité : Depuis 2012	Territoire de l'action		Public concerné	
	<i>Rural</i>	<i>Urbain</i>	<i>Typologie</i>	<i>Nombre</i>
	Chateaufvillain	non	Tous publics (hommes, femmes, jeunes, âgés, ...) usagers de drogues	12

Nature de l'activité			
<i>1^{er} accès aux soins</i>	<i>Prévention</i>	<i>Education à la santé</i>	<i>Parcours santé</i>
	OUI	OUI	

1^{ère} analyse de l'action	
<u>Rappel de l'intérêt de l'action pour le groupe projet :</u> ✓ Territoire rural ✓ Contact direct avec les usagers au démarrage de l'action ✓ Dispositif construit par étape pour un public spécifique ✓ Adaptabilité de l'équipe aux contraintes du public et du territoire ✓ Partenariats en construction	
Le projet initial	Des usagers venant à l'antenne du CAARUD de Chaumont ont rencontré des problèmes de mobilité et ne pouvaient donc plus accéder à la RdR. Démarche de proximité et « Aller vers ... » mise en place par l'équipe du CAARUD. Réduction des risques via l'échange de seringues, notion de confiance, relais sur site via certains jeunes moteurs du projet et recherche de financement pour le véhicule.

L'action actuelle	L'équipe s'est adaptée à la demande des usagers : jour, horaire, lieu de rencontre, etc. Toutes les semaines, ils se rendent à Chateauvillain pour mener une permanence d'accueil : distribution de matériel, accueil convivialité, réponse 1 ^{ers} soins, écoute, accompagnement plus global (administratif, relais vers les partenaires, etc.).
Le vécu de l'action	Les jeunes suivis mettent en avant qu'ils ne sont pas jugés par les adultes (« pour une fois, ça change »), qu'il y existe de l'écoute, de la bienveillance, de la gentillesse, de la disponibilité et de la confiance. Les « habitués » jouent le rôle de relais auprès d'autres usagers de drogue : motivation, souci de sa santé, 1 ^{ères} démarches enclenchées, importance de maintenir ce seul lien avec les adultes, etc. Nécessite professionnalisme, militantisme et motivation de l'équipe dans cette action afin de s'adapter à la réalité du territoire et au fonctionnement du public visé.
Les résultats obtenus	Un lien pérenne avec les usagers sur le terrain qui permet à cette action de proximité une plus grande efficacité dans l'esprit de « Faire avec ... » et non de « A la place de » : le groupe d'usagers est passé de 3 à environ 20 jeunes contactés. A partir de la démarche de RdR, d'autres démarches sont enclenchées. (administratif, santé, conseils, contacts et relais vers les partenaires, etc.) : Certains jeunes repensent à un projet de vie (professionnel).



Encadré 3 : Les CAARUD et les CSAPA

C.A.A.R.U.D : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues

Le C.A.A.R.U.D. est un lieu d'accueil anonyme et gratuit où les usagers peuvent bénéficier de l'accueil et de l'écoute d'une équipe pluridisciplinaire. L'objectif est d'informer et de sensibiliser à la réduction des risques liés aux pratiques de consommation de substances psychoactives, et notamment la contamination par les virus du SIDA et des Hépatites B et C ainsi que les infections sexuellement transmissibles. Le C.A.A.R.U.D. n'est pas un lieu de soins ou de traitement des toxicomanes, ni un centre d'hébergement social.

C.S.A.P.A : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie en ambulatoire sont des structures résultant du regroupement des lieux d'accueil spécialisés pour l'alcool (Centre de Cure en Ambulatoire en Alcoologie) et les drogues illicites (Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes), ayant été prévu par le plan gouvernemental 2007-2011, de prise en charge et de prévention des addictions.

Jusqu'alors, l'existence des CSST et CCAA, ainsi que les consultations pour la consommation de tabac, associait la prise en charge en addictologie à un produit spécifique. Or le CSAPA a la vocation d'apporter une prise en charge pluridisciplinaire et conceptuelle sur les conduites addictives, quel qu'en soit l'objet. Les CSAPA sont des centres médico-sociaux, qui peuvent être gérés par des établissements publics de santé (hôpitaux) ou par des associations régies par la loi du 1er Juillet 1901, sous condition de l'obtention d'un conventionnement du ministère de la santé.

(Source : www.drogues-info-service.fr)

6. MISSION LOCALE « Temps d'Ecoute »

Porteur du projet : MISSION LOCALE 8, Route de Prix 08000 Charleville-Mézières 03.24.59.44.44	Personne-contact : D. POTIER Responsable secteur Santé/insertion A. MEULEWATER Psychologue
---	---

Action : Temps d'écoute Jeunes : proposer une écoute et un soutien aux jeunes repérés en difficulté d'ordre psychique, en lien avec leur vie familiale, sociale, culturelle et professionnelle et apporter une réponse à un mal-être.

Définition rapide de l'action :

- ✓ Volonté d'une prise en charge globale qui intervient sur trois axes indissociables :
 - ✓ l'écoute et l'aide aux jeunes,
 - ✓ le travail avec les conseillers, les équipes techniques,
 - ✓ le fonctionnement avec un réseau local de partenaires (interpellation, orientation-accès aux soins).

Le psychologue s'engage ensuite à proposer une aide de proximité, accessible et démystifiée, pour contribuer à lever les freins d'ordre psychologique.

Antériorité :	Territoire de l'action		Public concerné	
	Rural	Urbain	Typologie	Nombre
Création du poste en 2005 suite à un constat de grande souffrance chez les jeunes accompagnés par la mission locale.	Territoire rural du département	Territoire urbain du département	Jeunes repérés en difficultés de tout ordre	208 prescriptions 189 jeunes reçus 414 entretiens (Base Exercice 2013)

Nature de l'activité

1 ^{er} accès aux soins	Prévention	Education à la santé	Parcours santé
OUI (2)	OUI (1)	OUI (3)	OUI (4)

Présentation de l'action et du porteur :

Rappel de l'intérêt de l'action pour le groupe projet :

- ✓ La spécificité du « temps d'écoute », dans son objet et organisation
- ✓ La multiplicité des partenaires
- ✓ Les problématiques diverses autour de la santé, mais pas uniquement
- ✓ La démarche de sociabilisation
- ✓ Le territoire couvert
- ✓ La possible transférabilité du dispositif

Présentation de l'action et du porteur :	
Le projet initial	Constat de terrain alarmant de plusieurs Missions Locales au niveau régional de frein majeur à l'insertion professionnelle des jeunes lié à la souffrance psychique des jeunes et à leur santé : nécessité d'apporter un complément à l'équipe de conseillers au travers d'un temps d'écoute géré par des professionnels (psychologue). Travail partenarial des Missions Locales de la région : projet collectif et demande de financement (et obtention) pour 4 postes de psychologues (1 par département) auprès du Conseil Régional de Champagne-Ardenne.
L'action actuelle	La psychologue à temps plein intervient sur l'ensemble des missions locales du département. Il existe une ouverture plus facile avec le secteur « psy » : la psychologue en tant que membre de l'équipe facilite les contacts et permet à la Mission Locale d'être écoutée et prise au sérieux. La psychologue reçoit les jeunes volontaires, orientés par leur conseiller technique, sur rendez-vous, non pour effectuer un suivi clinique mais pour un temps d'écoute. Le but est d'écouter le jeune et de l'aider au mieux notamment en l'orientant vers les professionnels compétents en fonction des problématiques décelées.
Le vécu de l'action	La psychologue est intégrée à l'équipe et présente sur le site ce qui en fait une référente pour les jeunes mais également pour les conseillers qui peuvent lui demander des conseils. Elle peut également facilement créer un premier contact avec les jeunes réticents et démystifier ainsi le rôle de psychologue. De même, elle prend part au fonctionnement de la mission locale dans sa globalité. Dispositif utilisé par le plus grand nombre : jeunes, conseillers, partenaires.
Les résultats obtenus	Les jeunes interrogés notent une réelle amélioration dans leur façon d'être, dans leur vie quotidienne et sociétale : ✓ Confiance retrouvée facilitant la démarche d'insertion professionnelle ✓ Des solutions trouvées à certains problèmes de manque de confiance en soi et à des problèmes familiaux ✓ Pour ceux qui sortent ou sont sortis du dispositif en raison de leur âge, la structure facilite la continuité de l'écoute en lien avec d'autres professionnels extérieurs Pour les conseillers de la Mission Locale, il s'agit d'un « plus » indéniable pour leur travail d'insertion du jeune. Pour la psychologue, c'est un confort de fonctionnement, une réelle présence au sein de l'équipe, une facilité d'ouverture de la structure vers le « secteur psy ».
Le devenir de l'action	<u>Développement et transférabilité :</u> Nécessité de pérenniser ces postes pour une prise en charge globale du jeune Poursuivre le travail de réseau entre psychologue, auprès des partenaires locaux, dans le cadre du réseau national. Peu de Missions Locales sont ainsi dotées ce qui est dommageable. Tous les ans, l'UNML (Union Nationale des Missions Locales) demande à ce que ce dispositif se démocratise partout pour offrir aux jeunes toutes les chances de connaître une insertion professionnelle réussie. Cette posture du psychologue au sein même d'une équipe doit être transférable à d'autres structures, secteurs (exclusion, handicap, ...) pour les raisons évoquées ci-dessus.

B. Analyse transversale des actions

Après cette présentation synthétique des actions, il s'agit maintenant d'appréhender globalement les six actions étudiées. Trois points sont abordés. Partant de précautions méthodologiques, une vue d'ensemble des initiatives étudiées est proposée avant d'identifier les premiers apports et questionnements transversaux.

1. Quelques précautions méthodologiques

Pour analyser les éléments recueillis lors de ces six investigations, il est nécessaire de prendre quelques précautions méthodologiques.

En effet à la première lecture on peut avoir une impression de déjà vu, dans la mesure où la question des liens entre précarité et santé est une question ancienne. Pour autant même si elle est récurrente, elle se pose dans les termes d'aujourd'hui, et non plus ceux d'hier. Plus précisément une précarité accrue s'installe, des dispositifs sont mis à mal ou sous utilisés et se développent des pratiques de non recours sur un fond de méfiance à l'égard des institutions. Le rapport d'Aline Archimbaud est venu nous le rappeler : « *la mission fait le constat d'un décalage croissant entre d'un côté, le discours des pouvoirs publics sur la lutte contre la précarité et les objectifs de qualité de service et d'accessibilité affichés par l'assurance maladie, et de l'autre la réalité vécue par les personnes en situation d'exclusion. Cette réalité est celle d'un « parcours du combattant » pour l'accès aux droits, dans un système qui semble ne pas avoir été conçu pour ces personnes et où la lutte contre la fraude a pris ces dernières années une importance démesurée au regard des enjeux financiers. Plus que tout autre usager du système de santé, les personnes fragiles souffrent des difficultés d'accès* » (Archimbaud, 2013, p 9)⁵.

C'est ensuite le risque de l'évidence, par exemple pour « l'aller vers ». Certaines actions tentent de mettre en pratique ce principe. Si cela allait autant de soi, cette pratique serait plus développée. Il est donc nécessaire de se demander à la fois qu'est-ce qui la rend possible et qu'est-ce qui fait obstacle à son développement ?

C'est encore le risque de la projection de nos propres catégories et de nos propres grilles de lecture... En santé publique la dimension psychosociale est importante. On peut donc avoir l'impression que les investigations confortent ce que l'on savait déjà. Mais, là encore, si on le savait déjà et que cela n'est pas vraiment pris en compte c'est bien que l'essentiel n'est pas dans le fait de le savoir... Il est donc nécessaire d'accepter de remettre en question ce qui peut constituer nos propres certitudes de professionnels. Pour ce faire s'est imposé le choix d'une démarche inductive qui vise à partir des pratiques à les analyser dans leur complexité et leur environnement et à envisager, avec prudence et réalisme, leur transférabilité.

2. Une vue d'ensemble des projets

Le choix des projets ne s'est pas fait dans une logique de représentativité. De manière plus pragmatique, dix huit initiatives ont été repérées puis étudiées globalement pour voir si elles correspondaient aux critères posés. Ex post on peut tenter de voir la place qu'elles occupent dans l'univers des pratiques.

⁵ - Cette indication renvoie à la bibliographie qui figure en annexe 6.

Une première représentation est construite sur le croisement de deux variables : le champ d'activité et le type d'intervention dont il s'agit (schéma 1). Pour la première variable nous reprenons la distinction classique entre social/médico-social/ sanitaire.. en y ajoutant le champ de l'insertion qui se distingue de ces trois composantes. Pour le type d'intervention nous distinguons les structures d'hébergement, les services ambulatoires et le « nous » qui recouvre à la fois le domicile, le quartier, le village. Dans les trois cas, il s'agit d'une intervention qui se fait au plus près des personnes.

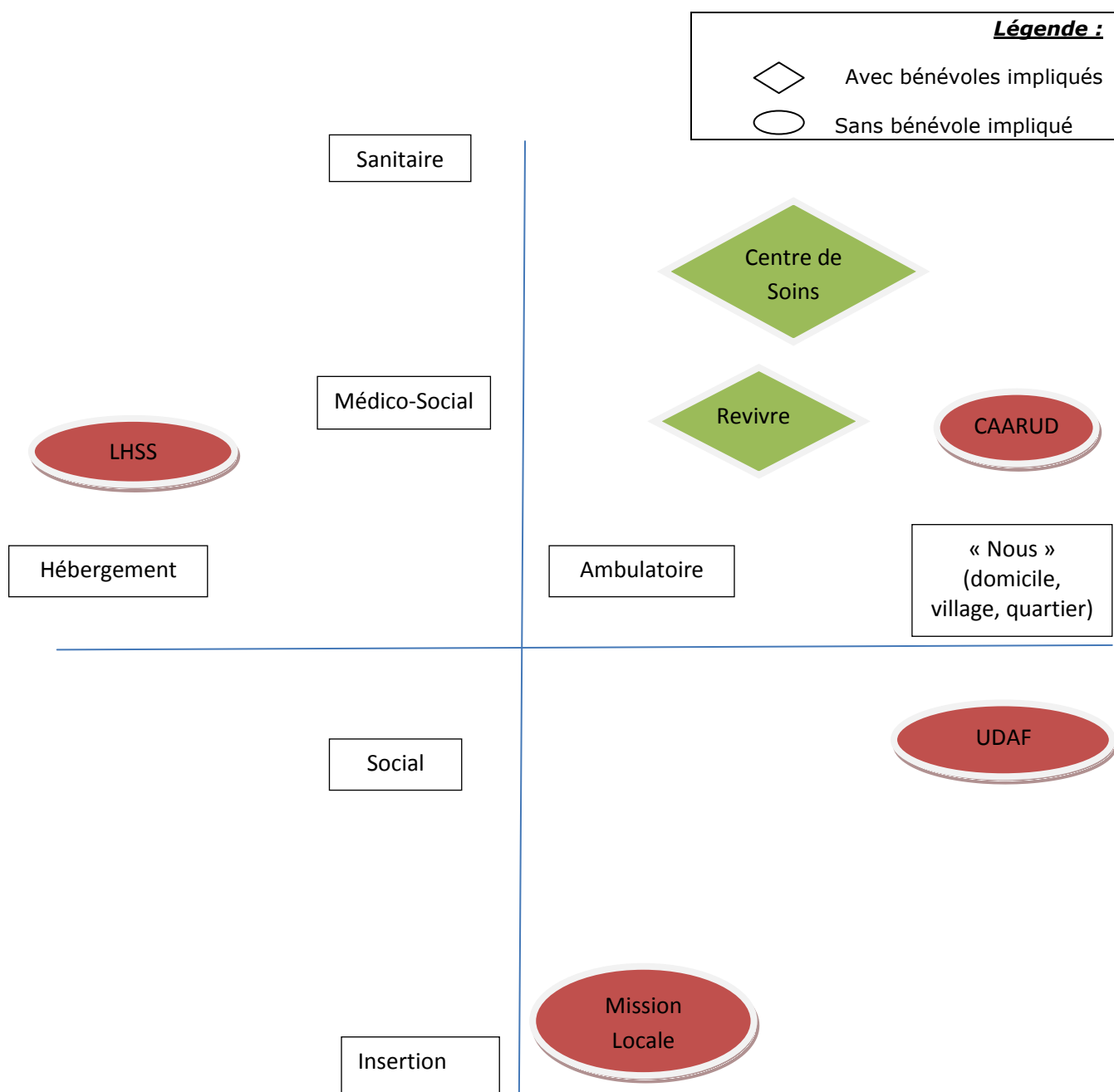
Deux points ressortent de ce schéma :

- le sanitaire est peu représenté à la différence du champ médico-social, qui l'est beaucoup plus.
- les structures d'hébergement sont peu présentes alors que les interventions de proximité sont dominantes.

De la même manière, on pourrait reprendre les projets sur la base d'autres critères tels que l'âge des personnes concernées lorsqu'il est connu, le statut des structures (privé non lucratif, privé lucratif, administrations publiques, établissements publics) sachant que les initiatives sont ici à forte dominante associative. Sur ce dernier point, les actions étudiées sont toutes portées par des associations. A ce stade aucune initiative publique ou privée lucrative n'a été appréhendée. Pour les associations on pourrait introduire une distinction entre les associations « gestionnaires » de structures et les associations qui reposent sur une présence et une activité de bénévoles ou volontaires, ce qui va fortement connoter les actions menées. Dans les six actions étudiées deux impliquent des bénévoles, dont l'une sous l'intitulé « usager/bénévole ».

Cette première analyse nous permet de mieux identifier l'espace couvert par ce travail. Pour aller plus loin il serait nécessaire de pouvoir comparer avec un plus grand nombre d'actions (à défaut d'avoir une analyse globale des actions menées dans ce domaine) identifiées dans les études portant sur ce sujet. Cela permettrait aussi de repérer des « blancs » susceptibles de donner lieu à des investigations complémentaires. Cela permettrait d'apporter des éléments de réponse aux deux questions suivantes : est-ce que les initiatives prises pour améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de précarité relèvent essentiellement du secteur associatif ? Est-ce que ces initiatives sont surtout prises à proximité du domicile des personnes ?

Schéma 1 : Une vue d'ensemble des projets étudiés



On peut également appréhender les projets par les statuts des personnes qui ont été rencontrées. Au total quarante six personnes ont été interrogées, soit une moyenne supérieure à sept par projet. 17 usagers ont été rencontrés contre 19 professionnels. Les bénévoles sont ceux qui ont été le moins rencontrés. Parmi les professionnels on retrouve trois groupes : les conseillers techniques qui travaillent dans les missions locales ; des travailleurs sociaux avec notamment des éducateurs spécialisés, et des professionnels du champ sanitaire avec notamment des infirmières et un seul médecin. Cette caractérisation est cohérente avec ce que nous avons observé précédemment sur les secteurs d'origine des projets.

Tableau 2 : Les statuts des personnes rencontrées pour chacune des actions.

Structures	Usagers	Professionnels	Bénévoles	Cadres	Total
1	2	1 Travailleur social chargé d'accès à la santé	0	1 Cadre	4
2	3	1 Infirmier	1 Président	1 Coordinateur	6
3	4	4 Assistant de service social Educateur spécialisé Infirmiers (2)	0	2 Directeur Chef de service	10
4	2°	2 Médecin + Educateur Spécialisé	2° usagers et bénévoles	1 Directeur	5
5	1	3 Educateur spécialisé Infirmier Secrétaire d'accueil	1 Vice-Président	1 Coordinateur	6
6	5	8 Conseillers techniques (7) Psychologue	0	2 Directrice Responsable secteur santé	15
Total	17 °	19	4 °	8	46

° Double compte pour 2 personnes présentées à la fois comme usagers et comme bénévoles.

3. Des apports et des questionnements transversaux

L'analyse fait ressortir plusieurs points. Ils portent sur les préalables, l'aller vers, les temporalités, les actions probantes.

• Des préalables aux parcours de soin ?

Les notions de parcours de soin, de parcours de santé, de parcours de vie sont aujourd'hui omniprésentes dans les politiques de santé publique : « *C'est dorénavant à partir du parcours de la personne, patient, personne âgée, personne handicapée, que doit s'organiser le système de santé, pour supprimer peu à peu les ruptures dans la prise en charge provoquées par les cloisonnements* ⁶ » (Bloch, Hénaut, 2014, p 95). Pour autant s'inscrire dans un parcours de soin constitue tout sauf une évidence, et ce d'autant que l'on va se trouver dans une situation de plus ou moins grande précarité. En effet on peut avoir d'autres choses à penser que le soin. D'une autre manière cela interroge sur la hiérarchie des priorités dans les situations de précarité. Cela amène aussi

⁶ - Communication relative à la stratégie nationale de santé annoncée par le Premier Ministre dans sa déclaration de politique générale, 16 janvier 2013.

à envisager comment la précarité peut générer ses propres problèmes. Nous pensons au développement de la souffrance psychique et au lien de plus en plus étroit fait entre la précarité et « *une souffrance qu'on ne peut plus cacher* » (Lazarus, Strohl, 1995). Pourquoi alors s'occuper de soi ? Avoir confiance en soi en la vie, « *être quelqu'un avant de prendre soin de mon corps* »... Pour accéder et accepter un parcours de soin il faut un environnement favorable, un regard positif sur soi et un regard des autres qui inspire de la reconnaissance. On voit bien là toute la lourdeur de la tâche tant les vents dominants dans notre organisation et notre fonctionnement social sont contraires.

S'inscrire dans un parcours de soin c'est surtout ne pas renoncer aux soins. Qu'entend-on par cette expression ? « *Les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit* » (Desprez, 2011). Les auteurs distinguent alors le renoncement barrière du renoncement refus. Dans ce dernier cas « *Cette forme de refus peut relever d'un désintérêt. Certains évoquent une négligence en parlant d'eux-mêmes ou des autres, qui signe le rapport d'un individu à lui-même : « un faible souci de soi », une faible valeur attribuée à sa propre existence. Elle peut se rencontrer sous des formes extrêmes dans la grande précarité ou en cas de souffrance psychique intense (Declerck, 2001), et sous des formes plus modérées chez les personnes précaires rencontrées dans le cadre de cette recherche* » (Ibid.).



Encadré 4 : Définitions des principaux termes utilisés

Parcours de santé : peut s'envisager comme le parcours d'un patient au sein du système de santé dans sa globalité tandis que le parcours de soins peut être défini par son financement qui s'inscrit dans l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM).

Parcours de soin : a pour objectif de rationaliser les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré. Le respect de ce dispositif par l'utilisateur de la santé conditionne la prise en charge normale de ses dépenses de santé par la sécurité sociale.

Parcours de vie : Ensemble de règles qui organise les dimensions fondamentales de la vie sociale de l'individu.

L'éducation pour la santé : permet aux personnes d'adopter le meilleur mode de vie pour leur santé et celle des autres.

La prévention de la santé : « ensemble des actions qui tendent à promouvoir la santé individuelle et collective ».

(Sources : OMS, ARS et IREPS Champagne-Ardenne)

- **Analyser les modalités de l'aller vers**

Dans la plupart des initiatives « l'aller vers » est présent. Pour que cela ne reste pas une formule, voire un slogan, il nous faut aller plus loin en donnant à la fois un contenu à cette notion et en tentant d'en définir les conditions.



Encadré 5 : Trois exemples de définition de « l'aller vers »

1- Aller vers les publics en situation d'usage s'est longtemps opposé à attendre la demande d'accompagnement ou de soin. Aller vers les usages, c'était s'impliquer, s'engager. Avec l'Outreach⁷ des pionniers de la réduction des risques, « aller vers » a été synonyme d'implication, d'engagement. Il s'agissait alors d'aller aux contacts des exclus, dans les squats, dans la rue, au plus près d'eux et de leurs pratiques.

Progressivement, se sont développées des stratégies opérationnelles « hors les murs » des centres de soins : les consultations avancées, les visites dans d'autres lieux, à domicile, en service hospitalier, en milieu carcéral... afin de consolider des liens créés avec d'autres publics, frappés par d'autres formes d'exclusion.

Puis l'Aller vers s'est diversifié : aller vers les familles et les entourages, aller vers « l'utilisateur », là où il se trouve avant qu'il ne soit « addicté ». Cette volonté d'explorer de nouvelles pistes a conduit à la formalisation de l'intervention précoce et à ses applications plurielles déployées, entre autres, par les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC). Des cliniciens sont allés travailler où ils n'allaient pas auparavant, dans des missions locales, dans des foyers, des centres de formation pour apprentis, dans les entreprises, en milieu scolaire, dans des lieux d'accueil, des lieux d'animation sociale et culturelle, où s'est mise en place une clinique différente, imprégnée de la contrainte des lieux, des contextes et de leurs enjeux. Mais souvent de façon encore trop exceptionnelle, dans des statuts fragiles.

Source : Fédération Addiction.

Programme des 3^e journées nationales – Besançon (13-14 juin 2013)

2- L'« outreach » c'est aller vers. En anglais, c'est une forme de « to reach out », qui veut dire « aller chercher les gens là où ils sont », ou « tendre la main ». Ainsi, l'outreach c'est le fait de travailler à aller vers les gens là où ils se trouvent (ACCESS, 2011, p 21).

3- Nous avons défini ensemble «l'aller-vers» comme étant non seulement le premier contact avec une personne, mais aussi l'entrée en relation et le déroulement de la relation dans le temps. Nous nous sommes donc intéressées aux relations qu'entretiennent les familles pauvres entre elles et avec les institutions et plus particulièrement comment chacun va l'un vers l'autre (Agouni et alii, 2012).

Ces trois définitions issues de la réduction des risques, de la lutte contre les addictions et de la lutte contre la grande pauvreté ont en commun de tenter d'inverser le cours des choses : ne pas se contenter d'avoir des lieux spécialisés pour accueillir les personnes en

⁷ - « l'Outreach Work (OW). En anglais, ce mot est auto explicatif, puisqu'il s'agit de la traduction inversée de ce qu'est l'OW : **Aller vers**. Si cette définition paraît simple à formuler, elle le devient moins dans sa concrétisation, d'autant que la simplicité du principe peut, en elle-même, nous tendre des pièges dans la réalisation, autant d'un point de vue pratique que d'éthique et de sécurité ». (ACCESS, 2011, p 9).

difficulté mais au contraire aller en direction des personnes pour les retrouver là où elles sont et dans l'état dans lesquelles elles sont.

Au regard des six actions étudiées, la plupart s'inscrivent dans ce registre. Quelle analyse peut-on en faire ?

- Tout d'abord qui va vers quoi ou vers qui ? Les bénévoles et les professionnels vont au devant des personnes et les rencontrent sur leur « territoire ». Cette rencontre peut permettre d'aller vers quoi ? Des soins, des structures, des professionnels vers lesquels ils n'iraient pas. Dans ce sens le lien avec la notion d'accompagnement est à faire. Cela pourrait constituer une deuxième étape nécessaire : aller vers puis accompagner ce qui signifierait une forme d'aller-retour. Il faut cependant être prudent : aller vers ne signifie pas simplement aller chercher. Il s'agit, comme évoqué précédemment, de créer une relation et de l'inscrire dans le temps.
- Les freins : Quels sont les freins de l'aller vers ou qu'est-ce qui fait que les personnes en situation de précarité ne vont pas vers l'offre de soin ? les représentations du soin, de la folie, du psy... Tout un travail préalable est alors nécessaire pour lever ces freins, par exemple la démystification du médecin.
- Le déplacement : Qui va vers ? On pourrait faire l'hypothèse que dans tous ces projets il y a un déplacement effectué au regard de ce qui se fait habituellement, un pas de côté, au regard du prescrit et de l'habituel. Il faudrait alors repérer quelle est la nature du déplacement.

Cela peut être un professionnel qui se déplace, de l'hôpital au CHRS, cela peut être un lieu de consultation que l'on déplace. Cela peut être aussi un lieu de soin que l'on va déplacer : un lit de soin par exemple. C'est aussi le déplacement du local au lieu de vie pour le CAARUD, ou bien encore une maison de santé qui devient un lieu d'information et de prévention.

Est-ce ce que déplacement rend possible l'accessibilité ? Le déplacement rend alors possible l'accès. Par exemple si un psychologue n'était pas placé au sein de la mission locale cela ne permettrait pas à certains jeunes d'accéder au psychologue. Si le bus ne circulait pas cela ne permettrait pas à certains d'accéder aux soins. Si le CAARUD n'avait pas un camping car pour être présent dans la commune, la réduction des risques ne serait pas accessible pour les jeunes concernés. Ceci est d'autant plus vrai lorsque les personnes ont des difficultés de mobilité.

Le déplacement est multiple car il peut aussi concerner sa propre profession : par exemple être un psychologue clinicien non thérapeute ; être un médecin qui propose aux personnes d'aller à telle action d'information ou de prévention. Ce déplacement contribue à un élargissement du champ d'action. La rencontre devient alors possible.

Il serait intéressant d'analyser, a contrario, comment certains déplacements contribuent à mettre plus de distance et donc débouchent sur un accès plus complexe. La réorganisation du système de santé par un regroupement de l'offre peut contribuer à cela. Il en est de même pour le déplacement des permanences

d'organismes de protection sociale. D'une autre manière et en creux cela peut permettre d'analyser les transformations des organisations et d'envisager comment cela peut renforcer les difficultés d'accès. Il est donc important d'avoir en tête les impacts des transformations de l'offre de soins et de services.

- La liaison : Pour autant le déplacement ne suffit pas encore faut-il qu'il y ait de la liaison. Avoir un psychologue dans la mission locale n'est pas suffisant ; encore faut-il que quelqu'un assure la liaison. D'une autre manière la proximité de l'offre ne réduit pour autant pas toute distance. C'est l'intermédiaire qui va alors jouer ce rôle. Il faudrait dans ce cas analyser les binômes, les liaisons et les coopérations qui vont être mobilisées. Par exemple c'est bien parce que le conseiller technique de la mission locale va proposer au jeune, confronté à une difficulté, de rencontrer quelqu'un pour en parler, que cela va pouvoir se faire. De la même manière c'est parce que certains jeunes sont venus au CAARUD qu'ils ont fait lien avec d'autres jeunes. Le rôle des bénévoles et des associations d'entraide est ici central.

Dans ce cas il y a deux opérations distinctes : d'abord l'interconnaissance et la capacité des professionnels (voire des bénévoles) à travailler ensemble. Cette coopération ne constitue pas toujours l'ordinaire des professions et des organisations. Il y a donc aussi un aller vers de professionnels vers d'autres professionnels, ou des bénévoles, avec l'inévitable question des frontières (organisationnelles, professionnelles, personnelles...). Ensuite il y a la liaison avec les usagers. C'est donc cette capacité à faire ce double lien qui serait ici centrale.

• Analyser les temporalités

Ce point est d'importance car de plus en plus on constate que des décalages de temporalités sont à l'origine des difficultés d'accès. Cela vaut à plusieurs niveaux :

La temporalité des personnes ne recouvre que rarement celles des professionnels, des bénévoles et des organisations. Prendre en compte cette temporalité est l'une des conditions de l'accès aux soins et aux actions de prévention et de promotion de la santé.

La temporalité des professionnels et des organisations est de plus en plus mesurée, contrôlée, voire protocolisée (tant de temps pour réaliser la toilette au domicile ou dans un EHPAD ; la temporalité de l'hôpital avec la durée moyenne de séjour ; le temps nécessaire aux actes à domicile, le temps moyen pour l'entretien avec un jeune...). Ce qui était possible à une autre ne l'est sans doute plus aujourd'hui : *« A l'hôpital, ces femmes ont un air épanoui qu'on ne leur connaissait pas. Elles ont droit à des égards que leur prodiguent médecins et infirmières. Elles apprécient le service et la nourriture, bavardent avec de nouvelles connaissances. Elles s'abandonnent au repos sans culpabilité, la décision provenant de l'autorité médicale. L'hôpital est le seul endroit où il leur soit permis de mener, comme à l'hôtel, une vie oisive et de relation, le temps d'y puiser une nouvelle énergie » (Petonnet, 1985, p 113).*

La temporalité des projets : leur ancienneté, leur dimension expérimentale et la question de leur impact. Là aussi les temporalités des rendus comptes, de l'évaluation et de la mesure des impacts peut poser problème.

- **La dimension pertinente des projets**

Nous sommes partis du postulat que ces projets étaient « pertinents ». L'analyse peut tenter de voir, ex post, ce qu'il en est, non pas pour savoir si le bon choix a été fait mais plutôt de voir les critères susceptibles d'être mobilisés pour qualifier une action de pertinente, tout en sachant que le présent travail ne constitue pas un travail d'évaluation des projets.

Un premier élément de réponse réside dans le fait que tous ces projets bénéficient de financements publics et ont donc été examinés par les acteurs publics compétents dans le champ concerné et qu'ils ont été considérés comme pertinents et ont pu bénéficier de financements. Selon les cas de figure cela a pu s'inscrire dans des dispositifs existants, plus ou moins en phase d'expérimentation, ou dans le cadre de mesures nouvelles, pérennes ou non, ou bien encore dans le cadre de CPOM.

Les éléments qui précèdent peuvent permettre de dire que la prise en compte effective des personnes constitue le préalable à toutes ces actions. Il ne s'agit pas là de réitérer une nouvelle incantation à la « personne au centre » mais de partir des réalités de vie des personnes (estime de soi, spatialité, temporalité...).

Pour que cela puisse se faire cela suppose une grande capacité d'adaptation (voire d'innovation) des organisations et une capacité pour elles comme pour leurs membres à se déplacer au regard des positions et des postures habituelles.

Au risque de faire référence à l'air du temps il s'agit donc d'approfondir les modalités de coopération et de collaboration entre les organisations et les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. L'intervention du CAARUD ne peut se réduire à la seule prévention des risques. Il en est de même pour la plupart des structures rencontrées. C'est sans doute réaffirmer la nécessité d'une certaine globalité, si l'on ose encore utiliser ce mot aujourd'hui.

Cela suppose aussi de la part des organisations leur capacité à développer une réflexivité collective, telle que Gilles Herreros a pu la définir à la fin d'un ouvrage centré sur la violence ordinaire dans les organisations (Herreros, 2012).

IV- QUELLE TRANSFERABILITE DES ACTIONS ?

Au delà de la seule analyse des six actions, il s'agit maintenant de s'interroger sur la question de la transférabilité et de ses conditions.

A. Éléments de contexte

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, « *la décision en santé publique fondée sur les données probantes représente un enjeu majeur pour notre système de santé* » (Cambon, Alla, 2014). Cela suppose de « *rapprocher la recherche des acteurs et décideurs en santé publique, de diffuser les résultats de la recherche vers les acteurs, mais aussi, et tout aussi important, de produire des connaissances utilisables et transférables à partir des actions conduites dans les territoires et souvent mal connues et mal décrites* » (Lang, 2014, p 38).

La nécessité et le principe semblent clairs. Pour autant il existe des freins à la mise en œuvre « *qui concernent tant la production de la preuve que son utilisation* » (Cambon,

Alla, 2014). En effet le raisonnement retenu s'inspire des principes et des méthodes issus de la recherche clinique, qui sont « *peu adaptés à cette recherche [en santé publique] en raison de la complexité des interventions et de la forte influence du contexte sur les résultats, ce qui compromet leur transférabilité* » (Ibid.).

Dans la situation présente il nous paraît très difficile de parler de preuve : comment prouver que telle démarche de travail ou tel dispositif produit tel effet ? Les interactions sont nombreuses et complexes. Une fois le constat fait de la pertinence d'un projet il est nécessaire d'identifier l'impact possible des différents contextes. Il s'agit ici du contexte politique, territorial, organisationnel et interpersonnel. **Le premier concerne les acteurs publics.** Par exemple, pour mettre en œuvre une priorité nationale de santé, comme la réduction des inégalités sociales de santé, les ARS vont devoir définir une stratégie, qui passe notamment par le projet régional de santé et ses différentes déclinaisons. Le tableau qui suit, proposé par l'ARS Provence, Alpes Côte d'Azur (Coruble et alii, 2014, p 622), illustre bien la complexité institutionnelle ne serait-ce que par les interactions entre les politiques universelles et les actions visant certaines populations.

Tableau I : Types de mesures mises en œuvre par l'ARS Paca à l'égard des ISS selon les déterminants et les populations visées

Politiques universelles		Actions visant certaines populations		
Mesurer le problème <i>Politique nationale explicite</i>		Groupes sociaux défavorisés	Zones défavorisées	Groupes à l'état de santé dégradé
Déterminants fondamentaux ISS	<i>Agir sur les facteurs fondamentaux dès l'enfance : éducation/réussite scolaire</i>	Protection sociale Accès aux droits, au logement	Programmes Territoriaux de Santé (PTS), Contrats Locaux de Santé (CLS), Plans Locaux de Santé Publique (PLSP)	Accès au logt (Personnes âgées / Personnes handicapées)
Déterminants fondamentaux milieu de vie	Plan régional santé environnement, politique transports...	Habitat insalubre conditions de travail	PTS/PLSP/CLS Environnement, Habitat, lutte contre le saturnisme	Environnement, Habitat, Consultations santé environnement
Déterminants proximaux	Alimentation, tabac, alcool, santé bucco-dentaire	Alimentation, tabac, alcool, santé bucco-dentaire Actions santé en CHRS	PTS/PLSP/CLS	Développement des compétences psychosociales
Effets des ISS		Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) Formation aux spécificités des publics vulnérables	PTS/PLSP/CLS Maisons de Santé pluriprofessionnelles (MSP) Centres de santé	Accès aux soins, PRAPS, Permanences d'accès aux soins de santé, Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité, MSP, coordinations santé-précarité, parcours de soins, réseaux

Le second contexte est territorial. Il s'agit à la fois du territoire cadre, au sens du cadre géographique, dans lequel s'inscrit l'action, et du territoire contenu au sens où certaines caractéristiques du territoire vont influencer à la fois sur les conditions de santé et de vie de la population et sur l'offre de services présente sur ce territoire.

Le troisième contexte est lui organisationnel, voire inter organisationnel. Il s'agit de la dynamique propre à chaque organisation, voire à sa dynamique partenariale.

Le quatrième se centre sur les relations interpersonnelles qui vont se nouer entre deux personnes, un professionnel, disposant de diverses compétences et d'un usager.

Si l'on parle de transfert de quoi parle-t-on ? En effet on peut entendre transfert de connaissances, défini comme « *l'ensemble des activités et des mécanismes d'interactions favorisant- la diffusion, l'adoption et l'appropriation des connaissances les plus à jour en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la, gestion en matière de santé* » (Cambon, Alla, 2014). On peut aussi entendre transfert

de pratiques, voire transfert de compétences. Les actions étudiées reposent plus sur des pratiques et des compétences que des connaissances strictement.

L'utilisation, par analogie, de la transférabilité, telle qu'elle peut valoir dans la recherche clinique, semble donc difficile.

A ce stade, nous pouvons définir 4 conditions de transférabilité :

- Une volonté politique d'accès aux soins et aux droits pour les personnes fragiles dans leur diversité
- Une capacité des acteurs d'inscrire leur projet politique et associatif au sein de leur territoire d'action
- Une organisation institutionnelle en capacité de porter une action auprès des usagers dans une logique de réseau d'acteurs institutionnels, associatifs, de collectivités
- Une qualité relationnelle entre l'accompagnant et l'accompagné (confiance, reconnaissance, connaissance partagée, ...) et la volonté d'une co-construction dans la recherche de l'autonomie de la personne

B. Transférabilité et/ou bonnes pratiques ?

Est-ce que le modèle des « bonnes pratiques » est plus pertinent ? Cette notion désigne des attitudes ou des comportements, voire des procédures, qui dans un contexte professionnel donné, à un moment donné, font consensus et sont considérés comme efficaces et légitimes.

Elles répondent à des critères de pertinence, d'impact, de faisabilité et de transférabilité. La bonne pratique ne relève donc pas de la réflexion ou du processus éthique, mais plutôt de la capitalisation de ses résultats lorsque cette réflexion se concrétise par des décisions.

Les différents travaux menés par les acteurs dont ceux de l'Agence Nationale de l'Evaluation et la qualité des établissements et des services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) mettent en valeur 6 « Bonnes pratiques » qui viennent confirmer notre analyse

Bonnes pratiques et éthique :

- La réflexion éthique émerge d'un questionnement pouvant venir des professionnels, des personnes accompagnées ou de leur entourage.
- Cette réflexion permet de donner un sens aux pratiques professionnels, elle contribue à faciliter une prise de décision la plus « juste » possible, elle renforce les relations de confiance entre les acteurs.

Bonnes pratiques et bientraitance :

- **L'utilisateur co-auteur de son parcours** (respect des droits et choix des usagers, personnaliser accueil et parcours, entendre le discours de l'utilisateur, être attentif à son refus et à sa non-adhésion, informer l'utilisateur pour l'aider à acquérir de l'autonomie, prendre en compte le rythme et les besoins de l'utilisateur, accompagner par la réflexion et l'échange).
- **Qualité du lien entre professionnels et usagers** (respecter la singularité de l'utilisateur, apporter une réponse adaptée, attention portée à la nature et l'expression de la relation affective).
- **Enrichissement des structures et des accompagnements grâce à toutes contributions internes et externes pertinentes** (travailler avec l'entourage et respecter les relations de l'utilisateur avec ses proches, développer des partenariats,

favoriser les interactions pour mettre en place une culture d'échange, mettre en place des outils de recueil des perspectives extérieures à la structure, développer la mutualisation des expériences entre les structures, solliciter l'utilisateur afin qu'il formule ses souhaits dans des instances participatives et mettre en place un lieu d'échange entre professionnels, usagers et familles/proches).

- **Le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance** (favoriser la promotion de la parole de tous les professionnels, encourager et accompagner la prise de recul par rapport aux pratiques professionnelles)

Bonnes pratiques et participation des usagers :

- **Les enjeux de la participation** : favoriser l'exercice des droits et l'expérimentation des règles sociales des usagers, accroître la qualité des prestations via les groupes d'expression participatifs
- **Principes directeurs** : consulter obligatoirement les usagers, diversifier les formes de participation en favorisant les réflexions collective et les propositions individuelles, assurer cette participation d'un soutien institutionnel, respecter le droit à la participation, être pragmatique et savoir s'adapter aux propositions et centres d'intérêts.
- **Les conditions de mise en place** : sensibiliser les différents acteurs pour co-construire un cadre respectueux des places de chacun, informer sur le mode de fonctionnement, soutenir la démarche de participation des divers acteurs.
- **La mise en place d'un groupe participatif** : préparation et animation de l'élection, entretenir une dynamique participative et pérenniser le groupe en communiquant en donnant suite aux propositions, etc., construire et utiliser des supports comme des enquêtes, des questionnaires...

Bonnes pratiques et ouverture de l'établissement à et sur son environnement :

- **Positionner l'établissement dans le territoire** : zone d'influence, besoins des personnes résidant sur le territoire, évaluation des ressources partenariales, positionnement en tant qu'acteur local (économique, social, institutionnel et technique), pertinence de la localisation pour le public cible.
- **Levers de l'ouverture** : développer les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accueillies, interagir avec le territoire (participer aux actions initiées par l'environnement, devenir un lieu ressource pour l'environnement, promouvoir un rapprochement avec le monde de l'entreprise, de la formation et de la culture, faciliter l'accès aux nouvelles technologies de l'information et de la communication, encourager l'intervention des bénévoles), développer le caractère accueillant de l'établissement et soutenir les professionnels dans la mise en place de l'ouverture (diversifier les compétences et renforcer les compétences).

Bonnes pratiques et qualités de vie : Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement/Attentes de la personne et projet personnalisé

- **La personnalisation de l'arrivée** : préparer avec la personne son arrivée au sein de l'établissement, formaliser un livret d'accueil, identifier un professionnel référent durant la phase d'intégration.
- **Le projet personnalisé au regard de la vie en collectivité** : identifier les apports pour la personne de la vie en collectivité, recueillir les informations nécessaires à la personnalisation de l'accompagnement au quotidien, préserver et développer l'autonomie de la personne, être vigilant aux phénomènes d'apathie et de grande dépendance, prendre en compte la dimension collective de l'accueil lors des décisions sur le projet personnalisé.
- **L'espace personnel** : faciliter l'appropriation d'un espace personnel en hébergement, rendre tangible le caractère privatif de l'hébergement, garantir la confidentialité de la correspondance.
- **La vie personnelle et quotidienne** : respecter l'intimité lors des soins et de la toilette, protéger la vie privée et la confidentialité, faciliter les visites et respecter leur caractère privé.

- **L'individu au sein de la vie collective** : organiser et aménager les espaces collectifs, adapter l'organisation aux rythmes de la vie quotidienne, mettre en place des activités collectives, médiation des professionnels dans la vie collective,
- **L'organisation globale et le travail en équipe** : définir des règles de fonctionnement, interroger l'organisation de la vie collective en fonction de la taille de la collectivité, examiner la constitution des groupes de vie, favoriser l'échange entre professionnel, identifier et échanger sur les règles de vie.

Bonnes pratiques et soutien aux professionnels : *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées*

La mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi suppose de définir et d'apprécier les besoins spécifiques en matière d'adaptation à l'emploi au sein de l'établissement ou du service. Ces besoins peuvent être appréciés en fonction des populations accompagnées, d'une part, et en fonction des personnels, d'autre part. Il s'articule avec les spécificités du projet d'établissement ou de service.

C. Action par action : qu'est-ce qui est transférable ?

Avec toutes les précautions faites dans le point précédent nous pouvons néanmoins reprendre chaque projet pour voir et ce qui peut être lié aux contextes, ce qui pourrait être transférable et les points de vigilance.

Action	Effets de contexte	Eléments transférables	Points de vigilance
1	• Ciblage des publics et définition des quotas par l'ARS • Nombreux partenaires impliqués • Proximité avec l'activité de mandataire judiciaire	• Principe susceptible d'être généralisé : proposer un accompagnement spécifique aux usagers pour accéder aux soins	• Les limites de la généralisation du principe à tous les publics (quels sont alors les publics ou les territoires prioritaires ?) • Est-ce que cet accompagnement spécifique peut s'intégrer dans des formes plus globales d'accompagnement ? • Comment l'action rend possible l'autonomie des personnes ?
2	• Adossement à une maison de santé • Implantation ancienne de l'association • Présence militante	• Aller vers les publics qui n'accèdent pas aux soins • Cohésion autour de la prévention et du projet de santé de la MSP • Articulation individuelle prévention / soins via les médecins	• Engagement militant
3	• Dispositif national à base réglementaire	• La question ne se pose pas (Evaluation nationale déjà réalisée. Picon, 2013).	• Pertinence des orientations (pathologies trop lourdes ?) • Articulation LHSS/LAM • Nombre de places disponibles ?
4	• Mouvement d'entraide	• Mettre l'utilisateur au centre du dispositif : son implication participe du soin • Continuité usagers/bénévoles	• Devenir de l'association
5	• Département rural	• Implication des usagers dans la	• Travail avec les élus et les institutions

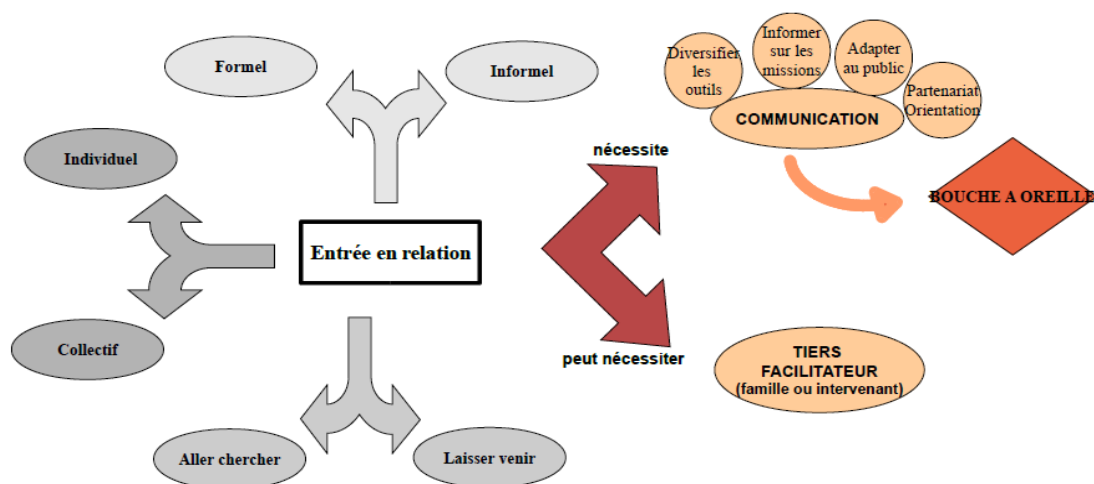
Action	Effets de contexte	Eléments transférables	Points de vigilance
		construction des réponses • Aller vers des professionnels	locales
6	• Longue expérience de la mission locale	• Dispositif déjà existant dans les missions locales de Champagne-Ardenne⁸	• Posture et nature du travail du psychologue

⁸ - Voir Fédération des Espaces santé Jeunes (Cartographie nationale des lieux d'accueil, d'écoute, d'accès aux soins et d'accompagnement social). <http://www.fesj.org/Cartographie-nationale-des-lieux-d>

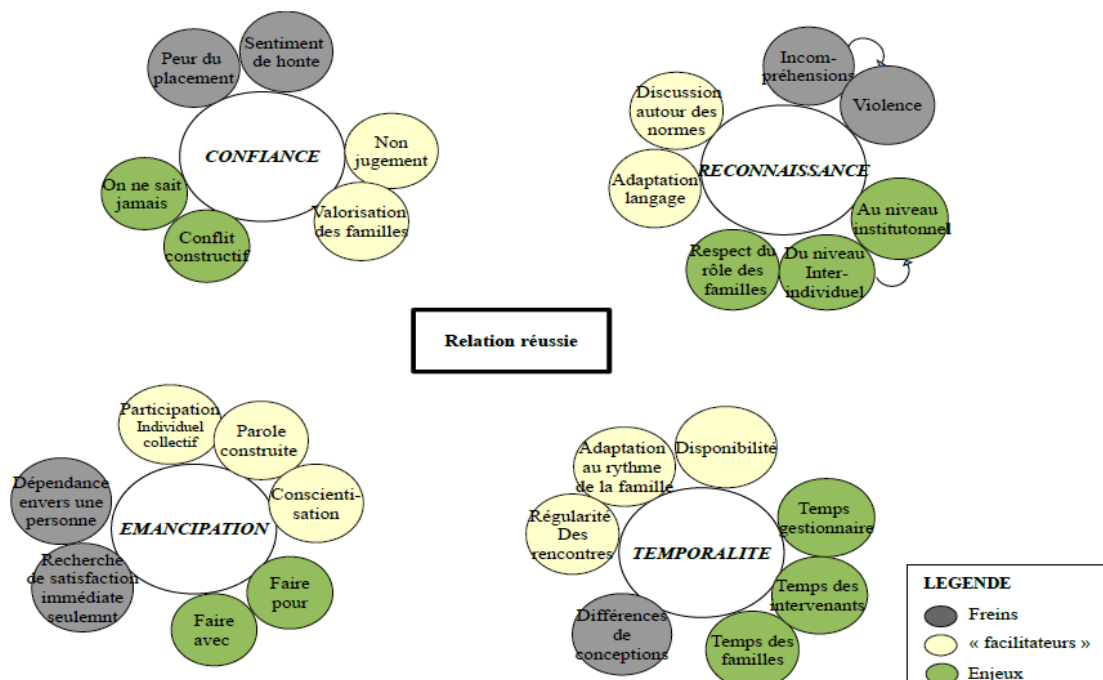
D. Qualité relationnelle, « Aller vers » : facteur de transférabilité

Pour aller plus loin dans l'analyse nous pouvons nous inspirer d'un travail réalisé sur l'aller vers en 2012 (Agouni et alii, 2012). Il s'agit de formaliser les éléments qui favorisent à la fois l'entrée en relation, le maintien et la réussite de celle-ci.

L'entrée en relation et son maintien : un processus qui ne va pas de soi

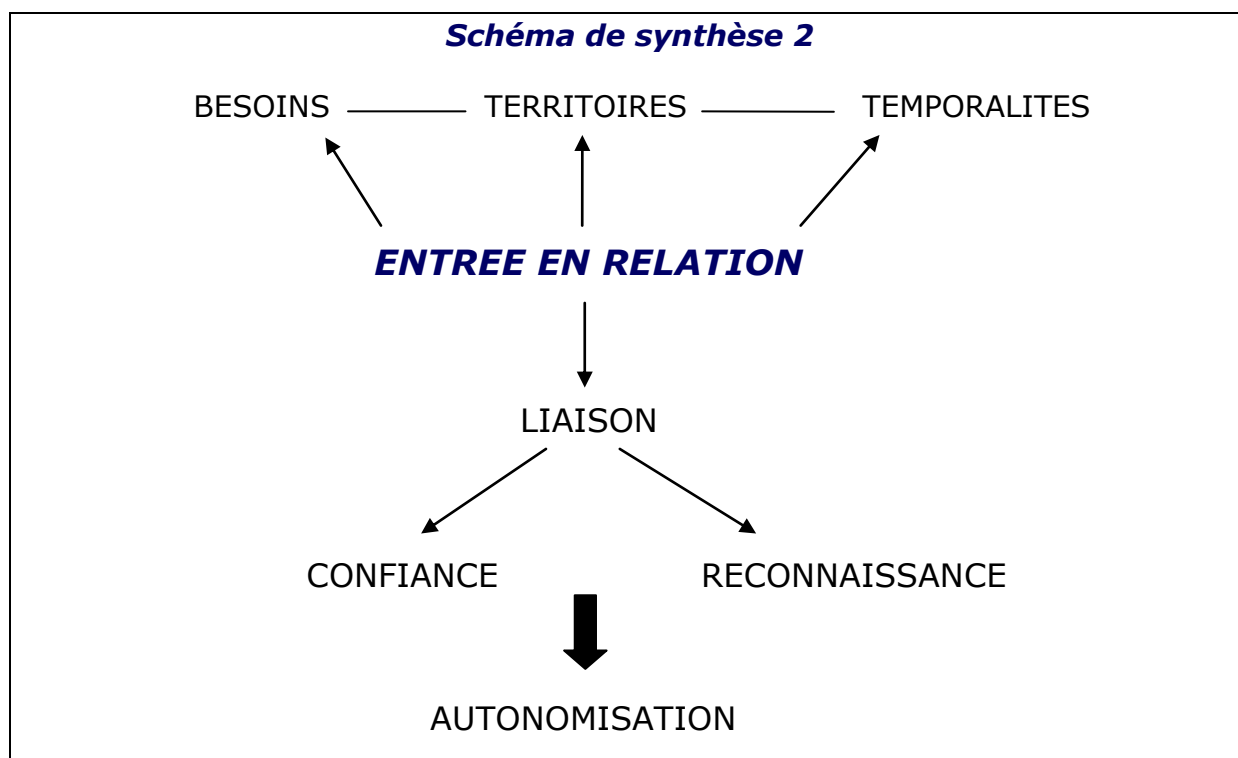


Les différentes dimensions de la relation réussie



Source Agouni et alli , 2012.

Pour ce qui nous concerne nous pouvons identifier les éléments transversaux constitutifs des actions étudiées (schéma 2).



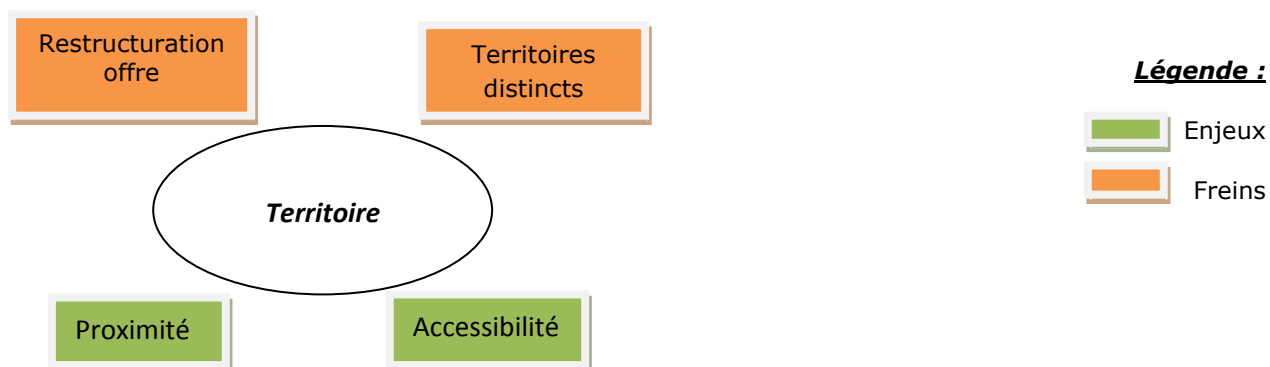
La relation est au départ problématique. Pour de nombreuses raisons les personnes concernées ne vont pas aller vers les organisations et les professionnels disponibles. Pour arriver à créer cette entrée en relation, trois éléments sont à prendre en compte : les besoins collectifs et individuels des personnes, les territoires dans lesquels ils vivent et les temporalités dans lesquelles elles s'inscrivent. Sur ces trois points de nombreux écarts ou décalages existent entre les personnes et les organisations. Le tout va être, chacun à sa manière de trouver moyen de réduire cet écart.

Lorsque l'entrée en relation est faite il va souvent être nécessaire de créer de la liaison avec d'autres professionnels, d'autres organisations pour que l'accès aux soins et à la prévention devienne possible. Pour rentrer dans un processus durable le travail va alors s'inscrire dans un processus d'autonomisation, rendu possible par les deux thématiques centrales de la confiance et de la reconnaissance.

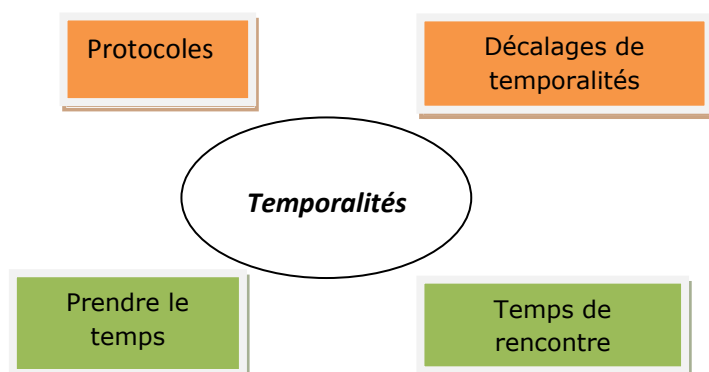
Ce schéma cependant ne suffit pas car il risque, comme nous l'avons évoqué, de tomber sous le sens. Une seconde démarche est alors nécessaire. Il s'agit pour chacun des éléments du schéma, et par analogie avec le document présenté à la page précédente, d'identifier les freins, les enjeux, voire les éléments facilitateurs.

Ce travail n'est pas abouti. Il doit être approfondi. Par exemple pour les territoires on se doit de constater qu'il y a de grands décalages entre les territoires institutionnels, les territoires organisationnels et les territoires de vie des personnes. Cela nécessite de la part des uns et des autres de grandes capacités à la mobilité, dans tous les sens du terme. Si ce n'est pas possible cela va constituer un obstacle supplémentaire dans l'accès aux soins. La restructuration de l'offre de soins peut aussi contribuer à cela. Pour améliorer l'accès il va falloir voir comment on peut, en référence au schéma précédent

créer de la proximité mais aussi réfléchir aux conditions d'accessibilité (horaires, conditions...).



De la même manière si l'on s'intéresse aux temporalités on se doit de constater qu'il y a des décalages importants entre les temporalités des uns et des autres, ce qui peut être renforcé par les transformations des modalités d'organisation et de contrôle du travail, via les protocoles et les modalités du rendu compte de l'activité, voire parfois des modalités de rémunération (paiement à l'acte ou à l'activité). Le tout va être de savoir comment on pourra prendre le temps pour créer le temps de la rencontre élément vital dans l'entrée en relation en vue de l'accès aux soins.



Ce schéma et ce mode de raisonnement sont présentés ici au titre d'hypothèse. Ils pourraient constituer la base d'un nouveau travail et d'une élaboration collective. C'est ce qui est maintenant proposé pour la suite du projet en 2015.

V- Perspectives 2015 : un projet qui continue à vivre

L'URIOPSS a décidé de poursuivre sur cette voie en 2015.

Le projet a été fédérateur et a permis de créer du lien entre les différents acteurs des secteurs sanitaire-social-médico-social investis dans le Groupe projet, dans les Groupes de recherche ou auditionnés en tant que Porteur d'action. Comme nous l'avons démontré dans les paragraphes précédents, ce travail d'analyse révèle certaines problématiques liées au territoire, aux relations professionnelles, aux organisations mais apporte aussi des réponses (pratiques professionnelles, transférabilité) qui méritent d'être approfondies et enrichies (analyse de nouvelles actions sur le territoire régional, national et européen).

Il est important de compléter ce 1^{er} travail de recherche en direction d'actions similaires à celles étudiées en 2014 mais aussi et surtout d'explorer des secteurs (secteur public de soin par exemple ...) pour parfaire nos conclusions et produire un travail exhaustif.

A. Restituer pour valoriser et essayer ...

1° - En direction des acteurs locaux :

- Nous préparons un document de restitution « allégé » pour permettre aux personnes mobilisées sur le projet de visualiser leurs contributions et pour communiquer sur nos travaux ;
- Une Journée Régionale sera organisée dans le courant du 1^{er} trimestre 2015 avec, dans un 1^{er} temps, une restitution et analyses puis dans un 2nd temps un échange et réflexion de la poursuite de l'étude avec les acteurs et partenaires locaux.

2° - En direction de l'ARS et de la CRSA :

- La restitution des travaux au travers du Rapport final remis fin janvier 2015 suivi d'une rencontre le Mardi 27 janvier 2015
- Une présentation de l'étude pourra également avoir lieu lors de la plénière de la CRSA du 9 avril 2015.

B. Poursuivre la dynamique au travers d'un groupe de travail régional permanent

Nous avons trouvé réellement enrichissante l'organisation de nos travaux au travers de la gouvernance du projet : Comité de pilotage, Groupe projet, Groupes recherche qui ont permis à chacun de s'investir en fonction de sa disponibilité et motivation dans le projet. Chacun a apporté son expérience professionnelle, l'ouverture vers son réseau d'acteurs, les critiques positives nécessaires pour l'avancée du projet, et surtout, une réflexion croisée et efficiente.

Nous souhaitons maintenir la dynamique via des réunions régulières du groupe projet éclectique afin de prolonger nos investigations. Les outils existent, sont acceptés et compris par les parties prenantes du projet : ils nous serviront pour explorer de nouveaux champs et secteurs tout en facilitant l'analyse croisée réalisée en 2014.

La première réunion du groupe projet est prévue fin janvier – début février 2015 : remise des travaux 2014, analyse et échanges, perspective et plan d'action 2015.

C. Poursuivre l'analyse d'autres actions : expertise à préciser !

Le constat est fait que l'ensemble des actions étudiées en 2014, sont portées majoritairement par le secteur privés non-lucratif et plus particulièrement des associations.

On peut penser, a priori, que le statut « associatif » du porteur peut avoir un impact sur le projet lui-même. Encore faut-il s'en assurer !

En orientant nos futures recherches en direction d'actions portées par le secteur public, le secteur hospitalier, les établissements publics, nous pourrions mieux analyser l'impact du statut du porteur de l'action.

De même, la taille du porteur (petite association, grand groupe, service d'une collectivité) peut être aussi une variable impactant la réussite d'une action : cette autre variable sera intéressante à étudier ...

Aller regarder ce qui passe sur d'autres territoires et pays proches (réseau de lutte contre les exclusions, Centre communaux d'action sociale – CPAS en Belgique par exemple) sera nécessaire pour un renforcement de notre analyse en appui sur le croisement des pratiques, des leviers et des freins.

La poursuite du projet 2015 s'articulera selon la même méthode et la même gouvernance qui permet la rencontre de personnes d'univers différents, le croisement des savoirs et du vécu (pour les personnes accompagnées et/ou accueillies) et la valorisation des porteurs.

Plusieurs pistes de réflexions, repérages d'actions pertinentes sont présentées ci-dessous pour cette analyse 2015 : ceux-ci vont être approfondis pour une présentation à la 1^{ère} réunion du groupe projet.

D. Recherche d'autres expériences : croisement des approches ...

De nombreuses actions portant sur le 1^{er} accès aux soins, la prévention, l'éducation à la santé, le parcours de soins sont menées en France et hors de nos frontières. Certaines d'entre elles, dans des champs d'actions et auprès de publics cependant très divers, mettent en œuvre des principes de fonctionnements assez similaires et proches de ceux qui se dégagent de notre étude 2014

✓ **Expériences menées par les CCAS :**

- **Le bus prévention santé** du CCAS de Privas (Ardèche) est un dispositif visant la lutte contre le renoncement aux soins de santé. Il permet d'accompagner vers les soins, le public en situation de précarité en réalisant un bilan de santé complet durant une journée, première démarche vers le renouement avec le parcours de soin personnalisé. Cette opération s'appuie sur un travail partenarial avec les acteurs médico-sociaux du territoire⁹.
- **L'épicerie sociale** de Vernouillet et la PASS de l'hôpital de Dreux se sont associés pour proposer des permanences de soins à des publics spécifiques, directement dans les locaux de l'épicerie sociale¹⁰.
- **Développement d'une action « accompagnement santé »** dans le Doubs, destinée aux personnes en grande difficulté sociale (situations de précarité, pauvreté, exclusion, problèmes de santé). Cette action a pour objectifs d'assurer un lien entre la personne et son environnement sanitaire et/ou social et d'utiliser ce qui se passe concrètement dans sa vie afin d'aborder progressivement le domaine de la santé et de l'accompagner dans une démarche de prise de conscience¹¹.

⁹ <http://www.unccas.org/banque/default.asp?id=1343>

¹⁰ <http://www.unccas.org/banque/default.asp?id=974>

¹¹ <http://www.unccas.org/banque/default.asp?id=602>

✓ **Expériences menées en Belgique :**

- **Le RestO social** de Braine-l'Alleud est un lieu qui favorise un climat convivial et chaleureux et qui permet à chacun de se sentir bien. Il s'adresse principalement à des personnes précarisées. Des travailleurs sociaux viennent régulièrement y manger pour aller à la rencontre du public, partager un repas avec lui et échanger de manière informelle. Le CPAS y développe les "mardis santé" : des après-midi d'animations, de sensibilisation ou d'information autour de la santé - au sens large.

Intérêt de l'action ?

Au-delà de l'action de prévention et d'éducation pour la santé, la présence-écoute de travailleurs sociaux au «RestO» a retenu notre attention. Par leur simple présence avant, pendant et après l'animation, les différents partenaires sociaux du projet, proposent une écoute informelle au public cible. L'objectif étant de donner la possibilité aux accueillis de venir rencontrer les travailleurs sociaux « sur leur terrain », de pouvoir ainsi recevoir des informations et des réponses à leurs questions, d'être aiguillés vers d'autres services pouvant aider à résoudre leurs problèmes.

- **Mise en place d'un Relais Santé à Namur** : Le Relais Santé de Namur est né au mois de septembre 2009, sous l'impulsion du Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de l'Egalité des Chances. Le Relais Social urbain namurois est son opérateur. Le Relais Santé est le seul service de première ligne du Relais Social.

Ses missions :

- l'accueil et l'information des personnes en situation d'exclusion;
- la prévention à titre individuel et en terme de santé publique;
- les premiers soins;
- l'accompagnement et le soutien en vue d'une prise en charge par la première ou la deuxième ligne de soins;
- le déploiement d'un réseau de soins au niveau local ou s'il est constitué, la collaboration avec celui-ci.

Intérêt de l'action ? Permettre aux personnes grandement précarisées d'accéder aux soins afin d'améliorer l'état de santé global, tant au niveau physique, mental que social. L'équipe de terrain est composée d'infirmiers à temps plein, soutenus par une équipe de bénévoles ayant déjà une formation paramédicale (psychologue ou infirmier). Le Relais Santé ne se substitue pas aux institutions en place mais veut être un lien entre la personne fragilisée et le réseau namurois, en allant à la rencontre des personnes sur leurs lieux de vie (restaurants sociaux, lieux d'accueil, en rue...), en les accompagnant vers les institutions/associations, en menant également des concertations autour de situations problématiques

- ✓ **En direction des publics sortants de prisons** : Les structures porteuses de mesures d'accueil de sortants de prison présentent des ressemblances (études menées sur des CSPA de la France entière).

Intérêt de cette action ?

D'un point de vue institutionnel, toutes interviennent dans un cadre associatif.

D'un point de vue territorial : toutes ces structures ne se situent pas dans le même environnement (urbain, semi-urbain ou rural).

Du point de vue du fonctionnement, il y a un vrai dynamisme des partenariats locaux.

Voir aussi l'ANESM : <http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article598>

- ✓ **Intervention auprès des personnes prostituées** : L'association IPPO, implantée à Bordeaux, travaille depuis décembre 2002 dans le cadre d'un réseau d'intervention sociale auprès des personnes prostituées (RISPP) créé sous l'impulsion de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDCSPP = ex DDASS) de Gironde.

Intérêt de cette action ?

La transférabilité réside dans la généralisation de partenariats souples entre acteurs associatifs et institutionnels dans les territoires sur le modèle du réseau d'intervention sociale

REMERCIEMENTS

Ce projet n'aurait pu être réalisé tel qu'il apparaît aujourd'hui sans le précieux concours de nombreuses personnes auxquelles nous présentons nos sincères remerciements.

Nous remercions d'abord, l'ensemble des porteurs d'action, les équipes de salariés, les administrateurs et bénévoles des structures pour leur accueil et leur disponibilité dans la préparation des rencontres et lors des échanges et investigations des groupes recherches :

- UDAF de la Marne pour l'action « accès personnalisé à la santé »
- Centre de Soins Infirmiers CHAPELAINS de la Chapelle St Luc pour l'action « Le camion qui roule »
- Association JAMAIS SEUL de Reims pour les actions du dispositif Lits Halte Soins de Santé (LHSS)
- FOYER AUBOIS de Troyes pour l'action « REVIVRE » dans le cadre d'un mouvement d'Entraide
- Association LE PHARE de Chaumont pour les actions « Aller vers en milieu rural » du CAARUD
- MISSION LOCALE de Charleville-Mézières pour l'action « Temps d'écoute »

Nous souhaitons remercier l'ensemble des membres du Groupe Projet pour leur réflexion, la qualité de leurs apports qui ont permis de prendre du recul, croiser les expériences.

Merci aux personnes de ce groupe projet qui se sont portées volontaires pour mener les investigations, apporter les premières analyses lors des entretiens en structures au travers des Groupes Recherches :

- Mme Julie SIMON : Union Locale des Centre de Soins Infirmiers
- Mme Anne PATRIS : IREPS de Champagne-Ardenne
- Mme QUANTINET Danièle : UDAF de la Marne – CISS de Champagne-Ardenne
- Mme SCHMITT Stéphanie : FOYER AUBOIS
- Mme LEQUEUX Sabrina et Mme BIENAIME Frédérique : CHU Service social
- Mme IBRAHIM Jacqueline : Administratrice URIOPSS Champagne-Ardenne – Croix Rouge Française

Merci à Marc FOURDRIGNIER, Sociologue, pour son apport méthodologique et ses analyses et réflexions et Sophie THEVENET, Stagiaire en Master II à l'URIOPSS Champagne-Ardenne, pour son dévouement et son sérieux dans le suivi du projet.

Nous portons aussi nos remerciements à Monsieur Le Professeur GILLERY, Président de la CRSA, à Mme TRABANT, Chef de Cabinet ARS, à M. PAILLE, Directeur Général de l'ARS de Champagne-Ardenne pour leur confiance toute particulière et leur soutien au projet porté par l'URIOPSS Champagne-Ardenne.

BIBLIOGRAPHIE

Acces et alii (2011). Guide pratique du travail d'Outreach et de réduction des risques avec les personnes usagères de drogues, avril, 84 p.

Agouni, L. Gourdon, P. Outurquin, J. Philippot, M. Pourcel, M. (2012). « L'aller-vers » : un enjeu de co-construction entre familles pauvres, associations et institutions. Analyse des pratiques et représentations de la relation réussie. Mémoire de master de sciences de l'éducation, Université Lille 3, juin, 217 p.

Archimbaud, A. (2013). L'accès aux soins des plus démunis. 40 propositions pour un choc de solidarité. Rapport au Premier Ministre, septembre, 156 p.

Bloch, MA. Hénaut, L. (2014). Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, sociale et médico-social. Dunod, 315 p.

Cambon, L. Alla, F. (2014). Recherche interventionnelle en santé publique, transfert de connaissances et collaboration entre acteurs, décideurs et chercheurs. Le défi français de l'innovation. *Questions de santé publique*, n° 27, décembre.

Despres, C. (2011). Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. *Questions d'économie de la santé*, 1569, octobre.

Herreros, G. (2012). La violence ordinaire dans les organisations. Plaidoyer pour des organisations réflexive. Editions Erès.

Lang, T. (2014). Inégalités sociales de santé. *Les Tribunes de la santé*, 2, n° 43, p 31-38.

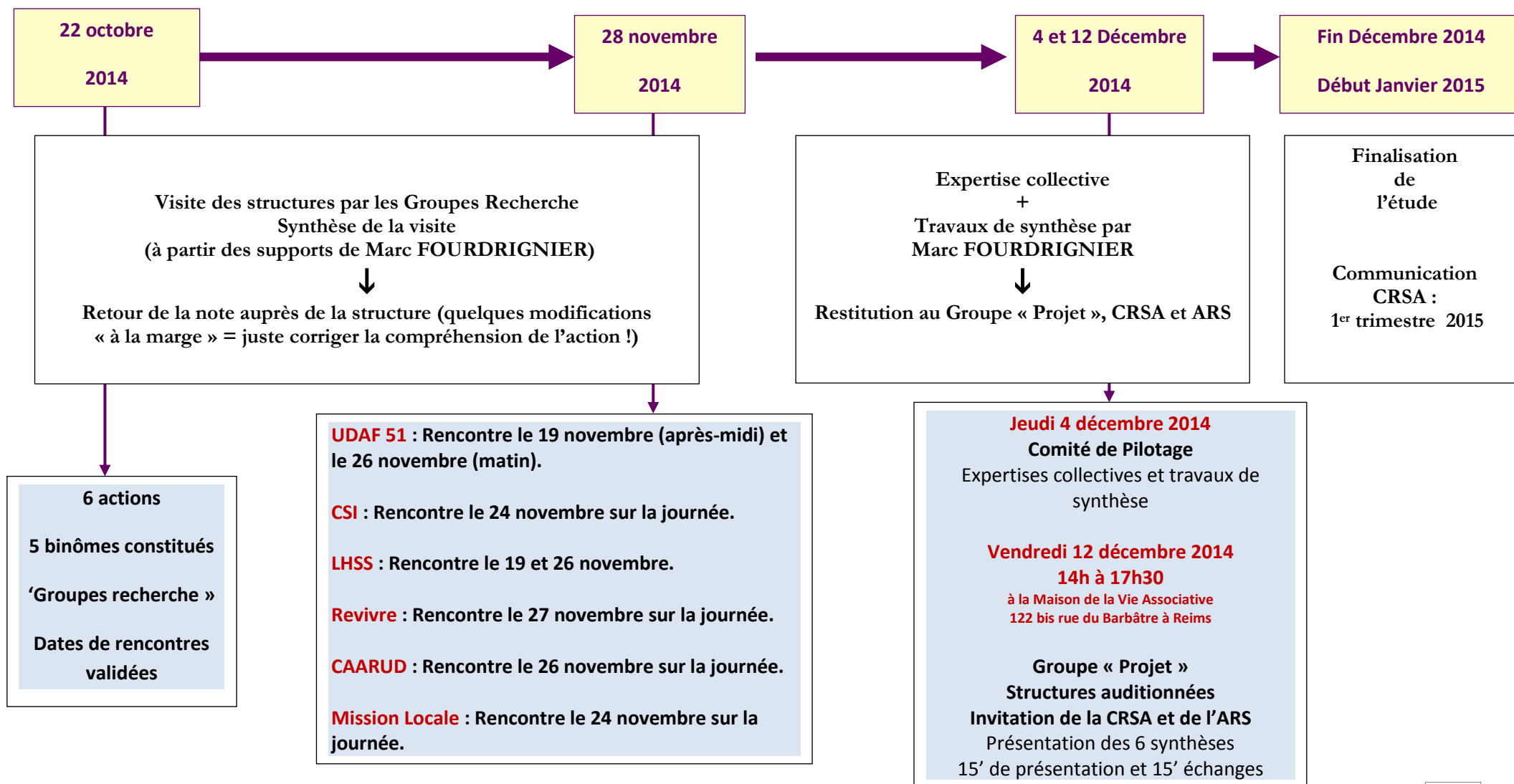
Lazarus, A. Strohl, H. (1995). *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, février, 65 p.

Petonnet, C. (1985). *On est tous dans le brouillard. Ethnologie des banlieues*, Galilé

Picon, E. Sannino, N. et alii. (2013). Evaluation du dispositif Lits Haltes Soins Santé. Itinere, DGCS, 179 p.

ANNEXES

Annexe 1 : Echancier 2014 - Projet URIOPSS – ARS « Démocratie sanitaire »



Annexe 2 : Les outils utilisés

Outil n°1 : Fiche de suivi récapitulative des entretiens

Date	
Binôme	
Structure	
Personnes rencontrées [Voir tableau détaillé page suivante]	Personnes accueillies : Acteurs sociaux : Directeurs et responsables bénévoles :
Documents recueillis [faire figurer les documents fournis qui viennent compléter les entretiens]	
Commentaires [faire figurer informations et commentaires utiles pour notre travail]	

Outil n° 2 : Présentation des personnes rencontrées

N° d'ordre [à reprendre dans les tableaux qui suivent]	Homme ou Femme	Statut [personne accueillie, bénévole ou salarié. Si bénévole préciser le statut complémentaire (administrateur, ...) Si salarié préciser le statut]	Profession sociale ou paramédicale (si opportun)	Ancienneté dans la structure [indiquer mois et année d'entrée. Par exemple 10/2014]
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Outil n° 3 - A : Entretien des Personnes accompagnées ou accueillies

[Une fiche par personne si entretien individuel]

Thème	Sous thèmes	Questions	Réponses
1 A- Le projet initial	1- Genèse du projet	1- D'où vient l'idée du projet ?	
	2- Les objectifs du projet	1- Quels sont les principaux objectifs du projet ?	
	3 - La place des usagers dans le projet initial	1- Quelle place occupent les usagers dans le projet ?	
1 B- L'action actuelle	1- La mobilisation des personnes	1- Comment avez-vous été mobilisés pour participer à cette action ?	
		2- Qui vous a sollicité ?	
		3- Quels ont été les freins ?	
		4- Quels ont été les leviers (atouts ?)	
	2- Les méthodes mobilisées	1- Quelles sont les méthodes utilisées dans le cadre de l'action ? (individuel/collectif ; supports utilisés....)	
1 C- Le vécu de l'action	1- Du point de vue des personnes impliquées (« bénéficiaires ») dans l'action	1 - Pourquoi y êtes vous venu ?	
		2 - Que pensez-vous du déroulement de l'action (durée, contenu, ...) ?	
1 D- Les résultats obtenus	1- Du point de vue des personnes impliquées (« bénéficiaires ») dans l'action	1- A ce jour qu'est-ce que cela vous a apporté dans l'accès aux soins ?	
		2- Qu'est-ce que cela vous apporté du point de vue de votre santé ?	
		3- Qu'est-ce que cela vous apporté en termes de relations ?	
1- E- Le devenir de l'action	1- Attentes	1- Avez vous d'autres attentes par rapport à l'action menée ?	Oui / Non [développer le point de vue]
	2- Perspectives	1- Pensez-vous que cette action devrait être poursuivie ?	Oui / Non [développer le point de vue]
		2- Pensez-vous que cette action devrait être réalisée dans d'autres lieux ?	Oui / Non [développer le point de vue]
		3- Quels seraient les aspects à reprendre ?	
		4- Quels seraient les aspects à modifier ?	

Outil n°3-B : Entretien des acteurs sociaux (équipe)

[Une fiche par personne si entretien individuel]

Thème	Sous thèmes	Questions	
2 A - Le projet initial	1- Genèse du projet	1- D'où vient l'idée du projet ?	
	2- Les objectifs du projet	1- Quels sont les principaux objectifs du projet ?	
	3 - La place des usagers dans le projet initial	1- Quelle place occupent les usagers dans le projet ?	
2 B- L'action actuelle	1- Votre mobilisation	1. Comment avez-vous été mobilisé sur cette action ? (volontariat, incitation, orientation ...)	
		2. Qui vous a sollicité ?	
		3. Quels ont été les freins ?	
		4. Quels ont été les leviers (atouts ?)	
	2- La mobilisation des usagers	1. Comment ont été mobilisées les personnes pour participer à l'action (volontariat, incitation, orientation ...)	
		2. Qui les a sollicité ?	
		3. Quels ont été les freins ?	
		4. Quels ont été les principaux obstacles à franchir ?	
		5. Quels ont été les leviers (atouts ?)	
	3- Les méthodes utilisées	1- Quelles sont les méthodes mobilisées ? (individuel/collectif ; supports utilisés....)	
	4- Les moyens mobilisés	1- Quels sont les moyens humains mobilisés (professions et compétences particulières) ?	
		2- Est-ce que les personnes concernées ont suivi une formation – ou	

Thème	Sous thèmes	Questions	
		une sensibilisation-particulière ? O/N.	
		3- Si oui lesquelles ?	
		4 - Quels sont les moyens financiers mobilisés ?	
		5- - Quels sont les moyens matériels mobilisés ?	
2 C- Le vécu de l'action	Du point- de vue des acteurs sociaux impliqués dans l'action	1- Pourquoi y êtes vous venu ?	
		2- Que pensez-vous du déroulement de l'action (durée, contenu,) ?	
		3- Comment les usagers vivent cette action ?	
2 D- Les résultats obtenus	Du point- de vue des personnes impliquées (« bénéficiaires ») dans l'action	1. A ce jour qu'est-ce que cela a apporté aux usagers dans l'accès aux soins ?	
		2. Qu'est-ce que cela a apporté aux usagers du point de vue de leur santé ?	
		3. Qu'est-ce que cela leur a apporté en termes de relations ?	
	Du point- de vue des acteurs sociaux impliqués dans l'action	1. A ce jour qu'est-ce que cela vous a apporté dans votre action auprès des usagers?	
		2. Qu'est-ce que cela vous apporté du point de vue de vos relations avec eux ?	
		3. Qu'est-ce que cela vous apporté en termes professionnels ?	
2 E- Le devenir de l'action	1- Attentes	1. Avez-vous d'autres attentes par rapport à l'action menée ?	<i>Oui / Non [développer le point de vue]</i>
		1. Pensez-vous que cette action devrait être poursuivie ?	<i>Oui / Non [développer le point de vue]</i>

Thème	Sous thèmes	Questions	
	2- Perspectives	2. Pensez-vous que cette action devrait être réalisée dans d'autres lieux ?	<i>Oui / Non [développer le point de vue]</i>
		3. Quels seraient les aspects à reprendre ?	
		4. Quels seraient les aspects à modifier ?	

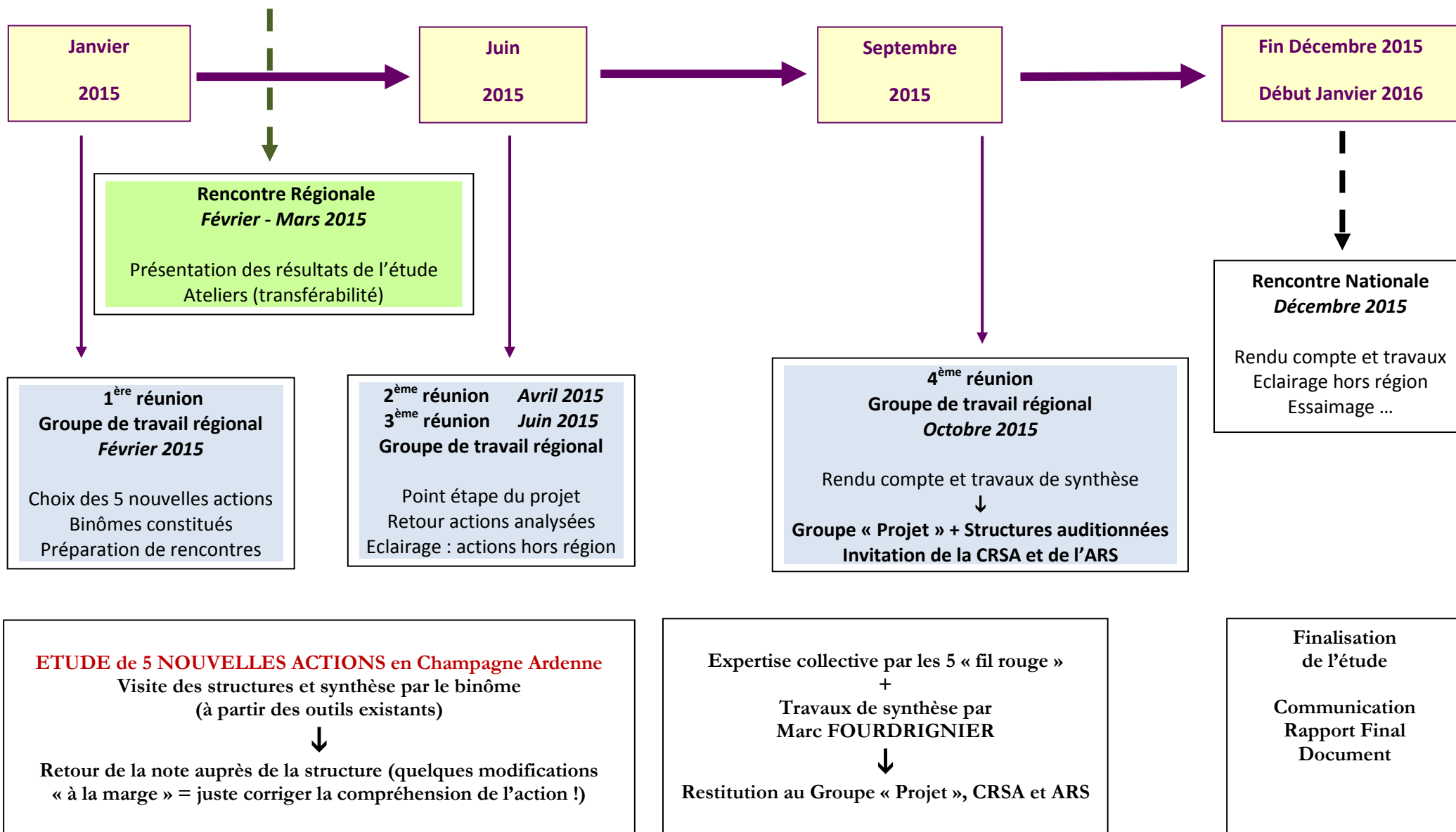
Outil n°3-C : Entretien des Directeurs et responsables bénévoles

[Une fiche par personne si entretien individuel]

Thème	Sous thèmes	Questions	Réponses
3 A- Le cadre dans lequel s'inscrit l'action	1- Structure porteuse du projet	1- Quelle est la structure porteuse du projet ?	
	2- Cadre législatif ou réglementaire dans lequel elle s'inscrit ?	1- Est-ce que le projet s'inscrit dans un cadre législatif ou réglementaire ? O/N	
		2- Si oui lequel ?	
	3- Type de financement et financeur	1- Est-ce que l'action bénéficie d'un financement spécifique ?	
		2- Si oui, quel est le type de financement ? (subvention, financement non pérenne, financement précaire, pas de financement spécifique...)	
		3- Si oui quel est le(s) financeur(s) ?	
	4- Les « cibles » de l'action	1- Sur quel territoire se déroule l'action ?	
		2- A qui est-elle destinée ?	
	Les partenaires de l'action	1- Est-ce que des partenaires sont associés à l'action ? O/N	
		2- Si oui lesquels	
3 B- Le projet initial	1- Genèse du projet	1- D'où vient l'idée du projet ?	
	2- Les objectifs du projet	1- Quels sont les principaux objectifs du projet ?	
	3 - La place des usagers dans le projet initial	1- Quelle place occupent les usagers dans le projet ?	
3 C- L'action actuelle	1- La mobilisation des usagers et des acteurs sociaux	1- Comment ont été mobilisés les usagers pour participer à l'action (volontariat, incitation, orientation ...)	
		2- Comment ont été mobilisés les acteurs sociaux pour participer à l'action (volontariat, incitation, orientation ...)	
		3- Quels ont été les freins ?	
		4- Quels ont été les leviers (atouts ?)	
		5- Quels ont été les principaux obstacles à franchir ?	

Thème	Sous thèmes	Questions	Réponses
	2- Les méthodes mobilisées	1- Quelles sont les méthodes mobilisées ?(individuel/collectif ; supports utilisés....)	
	3- Les moyens mobilisés	1- Quels sont les moyens humains mobilisés (professions et compétences particulières) ?	
		2- Est-ce que les personnes concernées ont suivi une formation particulière ? O/N.	
		3- Si oui lesquelles ?	
		4 - Quels sont les moyens financiers mobilisés ?	
		5 - Quels sont les moyens matériels mobilisés ?	
3 D- Les résultats obtenus	Du point- de vue des personnes impliquées (« bénéficiaires ») dans l'action	1- A ce jour qu'est-ce que cela a apporté aux usagers dans l'accès aux soins ?	
		2- Qu'est-ce que cela vous apporté aux usagers du point de vue de leur santé ?	
		3- Qu'est-ce que cela leur a apporté en termes de relations ?	
	Du point- de vue des acteurs sociaux impliqués dans l'action	1- A ce jour qu'est-ce que cela vous a apporté dans votre action auprès des usagers?	
		2- Qu'est-ce que cela vous apporté du point de vue de vos relations avec eux ?	
		3- Qu'est-ce que cela vous apporté en termes professionnels ?	
3 E- Le devenir de l'action	1- Attentes	1. Avez-vous d'autres attentes par rapport à l'action menée ?	<i>Oui / Non [développer le point de vue]</i>
	2. Perspectives	1. Pensez-vous que cette action devrait être poursuivie ?	<i>Oui / Non [développer le point de vue]</i>
		2. Pensez-vous que cette action devrait être réalisée dans d'autres lieux ?	<i>Oui / Non [développer le point de vue]</i>
		3. Quels seraient les aspects à reprendre ?	
		4. Quels seraient les aspects à modifier ?	

Annexe 3 : Echancier 2015 - Projet URIOPSS – ARS « Démocratie sanitaire »



Annexe 4 : Textes de référence

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 5 mars 2002.

1. Accès aux soins et prévention :

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)
http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNE/ARS_Internet/votre_ars/prs/composantes/SRP_OK.pdf
Circulaire DGS/SD 6 D n° 2002/100 du 19 février 2002 relative aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS)

2. Addictologie

http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNE/ARS_Internet/votre_ars/prs/composantes/SROMS_OK.pdf

3. Le Conseil de Santé Mentale

Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale. Elus Santé Publique et Territoires (2013). Recommandations pour l'élaboration d'un Conseil Local de Santé Mentale (Clsm), février, 6 p.

4. Le Contrat Local de santé

Art. L. 1434-17 du Code de santé publique
Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales . ARS. (2012). Contrats locaux de santé. Agir ensemble pour la santé des citoyens au cœur des territoires, octobre, 4 p.

5. Education à la santé :

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Chapitre 7 : Prévention et éducation pour la santé
Article L1417-1
(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 79 I Journal Officiel du 5 mars 2002)
(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 7 I, II Journal Officiel du 11 août 2004)

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel du 22 juillet 2009.

- Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. Journal officiel du 2 juin 2013.
- Arrêté du 2 août 2010 modifié par l'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. Journal officiel du 2 juin 2013 et du 4 août 2010.
- Décret n° 2010-1031 du 31 août 2010 relatif aux programmes d'apprentissage. Journal officiel du 2 septembre 2010.
- Décret n°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient. Journal officiel du 4 août 2010.
- Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation. Journal officiel du 4 août 2010.

6. Les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité

Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

7. Les Lits d'Accueil médicalisés (LAM)

Les structures dénommées «lits d'accueil médicalisés» ayant fait l'objet d'un agrément par l'arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico - sociales en faveur de personne en situation de précarité, au titre de l'article L162-31 du code de la sécurité sociale, ont été autorisées.

Les textes sont adaptés en conséquence

8. Les Lits Halte Soins Santé (LHSS)

Loi n°2005- 1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la Sécurité Sociale pour 2006 (article50).

Deux décrets

Circulaire N°DGAS/SD1A/2006/47 du 7 février 2006

9. Les maisons des adolescents

Lettre circulaire CAB/FC/12871 du 4 janvier 2005 relative à la création de maisons des adolescents et le cahier des charges des Maisons des Adolescents

- 10. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)** Circulaire DGOS/R4 n° 2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2013/7 du 15 août 2013

Annexe 5 : Liste des sigles utilisés

AME :	Aide Médicale de l'Etat
ARS :	Agence Régionale de Santé
CAARUD :	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CCRPA :	Conseil Consultatif Régional des Personnes Accueillies/Accompagnées
CHRS :	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CLS :	Contrat Local de Santé
CMU :	Couverture Maladie Universelle
CMU-C :	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNLE :	Conseil National de Lutte contre les Exclusions
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRSA :	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSAPA :	Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSI :	Centre de Soins Infirmiers
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins – Ministère de la Santé
DRJSCS :	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
EPHAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FIR :	Fonds d'Intervention Régional
FNARS :	Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale
IREPS :	Instance Régionale d'Education et de Promotion à la Santé
LFSS :	Loi de Financement de la Sécurité Sociale

LHSS :	Lits Halte Soins Santé
LAM :	Lits d'Accueil Médicalisé
MSP :	Maison de Santé Pluridisciplinaire
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PASS :	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PLSP :	Plan Local de Santé Publique
PRAPS :	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PTS :	Programme Territorial de Santé
RdR :	Réduction des Risques
RMS :	Reims Management School
TS :	Travailleur Social
UDAF :	Union Départementale des Associations Familiales
UNIOPSS :	Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés à but non lucratif Sanitaires et Sociaux
URIOPSS :	Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés à but non lucratif Sanitaires et Sociaux
ZEP:	Zone d'Education Prioritaire

Annexe 6 : Pour aller plus loin

Sur le thème de l'accès aux soins :

Lazarus, A., & Strohl, H. (1995). *Pauvreté, précarité et pathologies mentales : Une souffrance que l'on ne peut plus cacher*. Paris, Rapport à la Délégation interministérielle à la Ville.

Paugam, S. (1991). *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris, PUF.

Paugam, S. (2005). *Les formes élémentaires de la pauvreté*. Paris, PUF.

Peretti-Watel P., « Lien social et santé en situation de précarité : État de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide », *Economie et statistique* n° 391-392, 2006.

Sur le thème de la prévention et l'éducation à la santé :

Comité Régionale d'Education pour la Santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Glossaire éducation pour la santé, promotion de la santé et santé publique* [en ligne]. Comité régional d'éducation pour la santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2011 [consulté le 27 octobre 2014]. Disponible sur Internet :
<http://www.cres-paca.org/depot_cres/fiches/5405/5405_1_doc.pdf>

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, *Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme* : document complémentaire à l'annexe n°1 de l'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient [en ligne]. Saint-Denis : Inpes, juin 2013 [consulté le 27 octobre 2014]. Disponible sur Internet :
<<http://www.inpes.sante.fr/FormationsEpS/pdf/dispenser-ETP.pdf>>.

Saout, C., Charbonnel, B, Bertrand, D.,. *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique : rapport complémentaire sur les actions d'accompagnement* [en ligne]. Paris : Ministère de la santé et des sports, juin 2010 [consulté le 27 octobre 2014]. Disponible sur Internet :
<http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_accompagnement.pdf>.

Sur le thème de l'addiction :

Bergeron, H., *Sociologie de la drogue*, Editions La découverte, 2009

Coulombier, Y., *Manuel d'alcoologie sociale*, Editions Chronique sociale, 2007

Gomez, H., *Guide de l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool*, Editions Dunod, 2007

Lejoyeux, M., *Du plaisir à la dépendance : Nouvelles addictions, nouvelles thérapies*, Editions de la Martinière, 2007

Richard, D., Senon, J.-L., *Dictionnaire des Drogues, des toxicomanies et des dépendances*, Larousse 1999

Rozensweig, M., *Drogues et civilisations Une alliance ancestrale*, De Boeck, 2008