

«Vers des bonnes pratiques pour l'accès à la santé des personnes en situation de précarité»



**Expertise collective d'actions pertinentes dans le parcours de santé
des personnes en situation de précarité**

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

2014 - 2015

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

Site internet : www.uriopss-ca.asso.fr



URIOPSS CA

Sommaire

REMERCIEMENTS	5
PREAMBULE	7
I. LE PROJET	8
A. Le projet réalisé en 2014	8
B. Les objectifs poursuivis en 2015	9
C. Le contenu du projet 2014 - 2015	9
1. La Gouvernance du projet	9
2. Les entretiens avec les porteurs d'action	10
3. Notre démarche	10
4. L'échéancier du projet 2014 - 2015	11
II. LA METHODOLOGIE DU PROJET	13
A. Le choix des catégories	13
B. Le choix des actions	16
C. Le recueil des données	22
1. La démarche d'investigation	22
2. Les outils de recueil de données	22
D. Restitution aux acteurs	23
III. ANALYSES SPECIFIQUES et TRANVERSALES des ACTIONS	25
A. Présentation et analyse des actions	25
Action n° 2014 - 1 : UDAF de la Marne « Accès personnalisé à la santé pour personnes isolées »	25
Action n° 2014 - 2 : CSI CHAPELAINS de La Chapelle St Luc : « Le Camion qui roule : accès aux soins et prévention de proximité »	27
Action n° 2014 - 3 : JAMAIS SEUL de Reims : « Lits Halte Soins Santé - LHSS »	29
Action n° 2014 - 4 : FOYER AUBOIS – REVIVRE de La Chapelle St Luc : « Parcours de Soins et Mouvement d'Entraide »	31
Action n° 2014 - 5 : CAARUD de Chaumont : « Réduction des Risques : Aller vers en milieu rural »	33
Action n° 2014 - 6 : MISSION LOCALE de Charleville- Mézières : « Temps d'Ecoute Jeunes »	35
Action n° 2015 - 7 : ANPS/ CPAM de la Marne : « Délocalisation du Centre d'Examen de santé »	37
Action n° 2015 - 8 : CPAM des Ardennes : « Partenariat CPAM-Centres Sociaux pour l'accès aux soins »	38
Action n° 2015 – 9 : Mission Locale de Reims : « Pause-Café et Espace santé pour les Jeunes »	40
Action n° 2015 - 10 : Réseau Santé Précarité de Reims : « Consultations psy et accompagnement : Aller vers et soutien aux acteurs »	42
Action n° 2015 – 11 : Réseau EPICURE de Charleville- Mézières : « Equipe Mobile départementale dans les Ardennes »	44
Action n° 2015 - 12 : Maison de l'Adolescence de l'Aube – m2@ : « Accueil, écoute, soutien des jeunes, de leur famille et de ceux qui les accompagnent »	46
B. Analyse transversale des actions	48
1. Quelques précautions méthodologiques	48
2. Une vue d'ensemble des projets	49
3. Des apports et des questionnements transversaux	58

IV. « ELARGISSEMENTS » ET TRANSFERABILITE	70
A. Les Focus	70
1. Les Résidences Accueil	70
2. Les Réseaux de santé belges	72
3. La Banque d'expérience de l'UNCCAS	74
4. Guide accompagnement santé – FNARS 2016	75
5. Point de vue des personnes : CCRPA Conseil Consultatif Régional des Personnes Accompagnées/ accueillies	78
B. La transférabilité des actions	80
1. Des « angles morts »	80
2. Des contextes à prendre en compte	82
3. Des pratiques à construire	83
V. APPORTS DE L'ETUDE ET PERSPECTIVES	85
A. Les apports pour l'URIOPSS Champagne-Ardenne et ses adhérents	85
B. Les perspectives et les pistes de travail	85
BIBLIOGRAPHIE	87
LISTE DES ENCADRES, SCHEMAS ET TABLEAUX	90
ANNEXES	92
Annexe 1 : Liste des sigles utilisés	92
Annexe 2 : Outils de recueil et d'analyse des entretiens	94
Annexe 3 : Exploitations des entretiens réalisés auprès des porteurs d'actions	105
Annexe 4 : Textes législatifs et réglementaires de référence	107
Annexe 5 : Les cinq références à la précarité dans la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé	110

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 :
 - ✓ Accompagnement Personnalisé aux soins à REIMS
 - ✓ Résidence Accueil à CHALONS-EN-CHAMPAGNE
- CENTRE de SOINS INFIRMIERS de la CHAPELLE SAINT LUC
- JAMAIS SEUL (Lits Halte Soins Santé - LHSS) de REIMS
- FOYER AUBOIS/AUORE (Revivre) de LA CHAPELLE SAINT LUC
- CAARUD (Centre d'Aide et d'Accompagnement à la Réduction des Risques) de CHAUMONT
- MISSION LOCALE de CHARLEVILLE-MEZIERES
- ANPS / CPAM de la MARNE
- CPAM des ARDENNES
- MISSION LOCALE de REIMS
- EPSMM/Réseau Santé Précarité de REIMS
- CHS BEL AIR (Epicure) de CHARLEVILLE-MEZIERES
- MAISON de L'ADOLESCENCE de L'AUBE à TROYES

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 BIENAIME Frédérique : CHU-Service social de Reims
- Mme IBRAHIM Jacqueline : Croix Rouge Française – URIOPSS Champagne-Ardenne
- Mme LEQUEUX Sabrina : CHU-Service social de Reims
- Mme MALLET Mireille : Restos du Cœur de Reims
- Mme MANSUINO Marie Odile : EPSMM - Réseau Santé Précarité de Reims
- Mme PATRIS Anne : IREPS de Champagne-Ardenne
- Mme QUANTINET Danièle : UDAF de la Marne
- Mme SCHMITT Stéphanie : Foyer Aubois/Aurore de Troyes

- Mme SIMON Julie : Union Locale des Centres de Soins Infirmiers de Reims
- Mme THEVENET Sophie : Stagiaire Master II – URIOPSS Champagne-Ardenne
- Mme VALLARD Corinne : Club de Prévention d'Epernay

La rédaction du rapport final a été assurée par Jérôme BUISSON, Conseiller technique de l'URIOPSS Champagne-Ardenne et Marc FOURDRIGNIER, Sociologue¹.

¹ - <http://marc-fourdrignier.fr/>

PREAMBULE

Ce rapport s'inscrit dans la suite des travaux de l'année 2014 menés dans le cadre de l'appel à projets Démocratie sanitaire de l'ARS ² : **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.

² - Les sigles sont repris dans la liste des sigles utilisés en annexe 1 .

I- LE 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 lois³ (Loi du 29 juillet 1998, Loi 2002-02, Loi HPST- Hôpital, Patients, Santé et Territoires-, Loi Santé) et dispositifs (PRAPS, PASS, Plan quinquennal de Lutte contre les exclusions 2013-2017, 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 et rapports réguliers (Secours Catholique, Fondation Abbé Pierre, Médecins du Monde, DREES, ONPES, etc.) et les constats des réseaux nationaux et locaux (UNIOPSS/URIOPSS, FNARS, UNCCAS, 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 (CCPA et CCRPA régionaux), 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.

A. Le projet réalisé en 2014

Un Groupe projet et des Groupes Recherches interprofessionnels ...

Le projet a été fédérateur et a permis de créer du lien entre les différents acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social investis dans le Groupe projet, dans les Groupes Recherches ou auditionnés en tant que Porteur d'action. Comme nous l'avons démontré, 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 « ACAL », national, voire européen).

Cette 1^{ère} année d'étude a été essentiellement menée en direction de porteurs d'actions issus du secteur associatif. Il était important de compléter les recherches en direction d'actions similaires à celles étudiées en 2014, en allant explorer des secteurs (secteur public de soin par exemple) pour parfaire nos conclusions et produire un travail exhaustif.

³ - Les principaux textes cités sont repris dans l'annexe 4.

B. Les objectifs poursuivis en 2015

Le constat est fait que l'ensemble des actions étudiées en 2014 ont porté majoritairement par le secteur privé non-lucratif et plus particulièrement les associations.

On peut penser, à 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 recherches en 2015 en direction d'actions portées par le secteur public, le secteur hospitalier, les établissements publics, nous pouvons 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 est intéressante à étudier ...

Aller regarder ce qu'il se passe sur d'autres territoires et pays proches (Réseau de lutte contre les exclusions, CPAS en Belgique par exemple), a été nécessaire au travers de « focus » pour un renforcement de notre analyse, en appui sur le croisement des pratiques, des leviers et des freins.

La poursuite du projet 2015 s'est articulée selon la même méthode et la même gouvernance qu'en 2014, ce qui a permis 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.

C. Le contenu du projet 2014 - 2015

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 12-14 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 2014 à décembre 2015 (4 par année)
- 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, composées 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 Accompanyées), etc.
 - ☐ 4-5 rencontres par année, de juin 2014 à décembre 2015

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 Champagne-Ardenne (salariés, administrateurs, stagiaire) :
 - . Thomas DUBOIS, Directeur de l'URIOPSS Champagne-Ardenne
 - . Jérôme BUISSON, conseiller technique de l'URIOPSS Champagne-Ardenne
 - . Julie SIMON, assistante de coordination et de développement des Centres de Soins Infirmiers de Reims
 - . Jacqueline IBRAHIM, administratrice de l'URIOPSS Champagne-Ardenne

- ⇒ Membres du groupe projet (professionnels de santé et du social)⁴

Une rencontre d'une journée dans chaque structure a été réalisée durant ces deux années :

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

3. Notre démarche

La démarche suivie est représentée selon le schéma suivant en partant de la notion de précarité⁵ (schéma 1).

⁴ - Voir la liste qui figure en pages 4 et 5.

⁵ Dans notre projet, la précarité c'est « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. » Père Joseph WRESINSKI, fondateur d'ATD Quart Monde, 1987. Cette définition peut être complétée par rapport à l'absence d'au moins deux des facteurs ci-après :

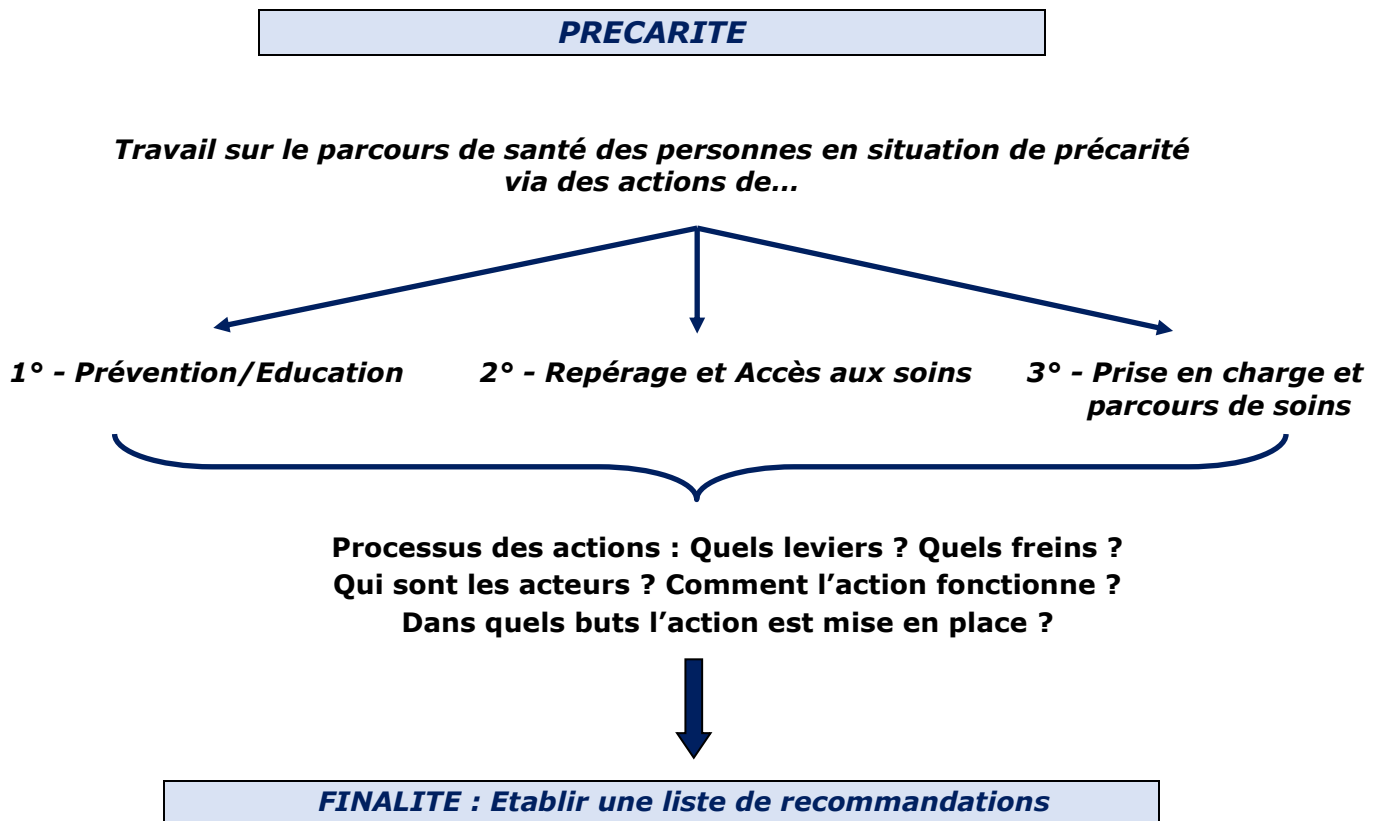
- Absence de soutien social.
- Isolement affectif et relationnel.
- Pauvreté économique.
- Statut social incertain.
- Expression d'une souffrance psychique autour des concepts d'abandon et de manque.

La précarité peut recouvrir deux situations différentes :

- Les situations de détresse où une personne fait l'apprentissage de l'échec de ses modes de résolutions de problème.
- Les situations de désespoir appris où les personnes ont construit et développé depuis l'enfance un schéma d'impuissance.

Dans ce schéma, la construction se fait autour de comportements de fuite ou d'évitement et d'un faible développement de l'empathie et de la pro-socialité. Dans le 1er cas, les réponses se situent dans l'accompagnement social et l'aide psychologique. Dans le 2nd, les réponses se situent bien en amont : dépistage précoce et programmes éducatifs d'accompagnement (de type aide à la parentalité).

Schéma 1 : La démarche suivie



4. L'échéancier du projet 2014 - 2015

Phase 1 : Le projet et la démarche sont co-construits par les membres du groupe projet. Il s'agit de procéder à un recensement d'actions pertinentes puis de définir des critères précis pour affiner cette présélection.

En parallèle, un travail est mené pour construire la démarche d'investigation et son organisation temporelle et matérielle.

Phase 2 : Les investigations sont organisées. Les actions sélectionnées sont pré-étudiées puis des entretiens ont 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 est important d'avoir ce double éclairage pour permettre une approche complète lors des différentes rencontres.

Phase 3 : Les entretiens sont intégralement retranscrits et soumis à analyse. Les premiers résultats sont présentés aux porteurs des actions lors d'un temps privilégié de restitution (une journée en 2014 et une ½ journée en 2015). Les échanges permettent l'enrichissement des premières analyses et apporteront de nouveaux éclairages aux résultats.

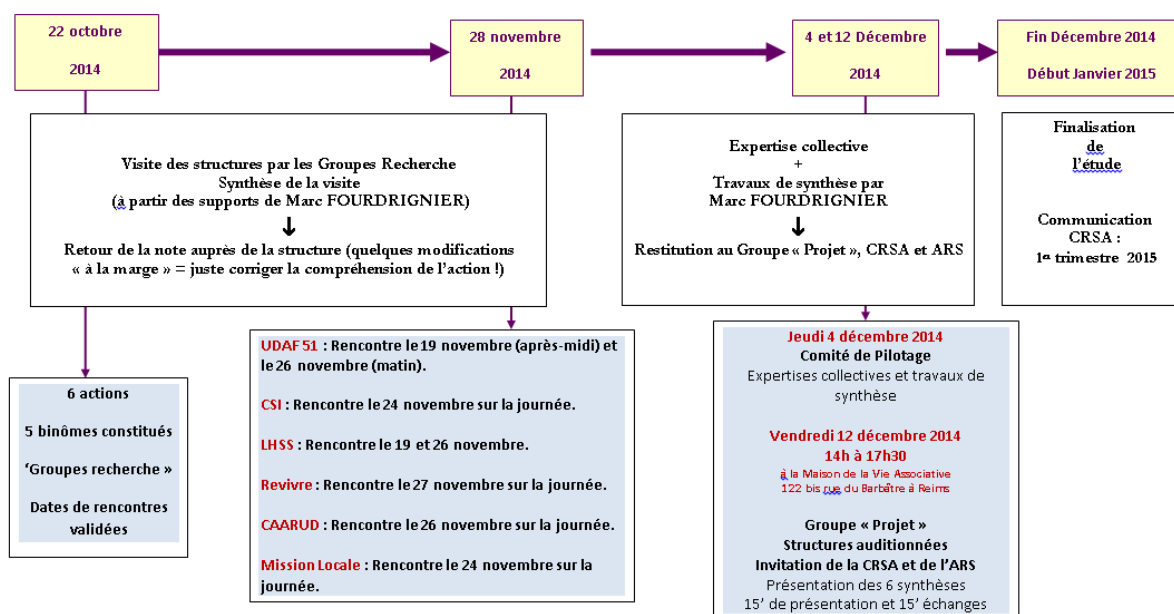
Phase 4 : La communication des travaux est réalisée en plusieurs temps. Tout d'abord, une rencontre avec les représentants de l'ARS et de la CRSA suite au rendu du rapport final, puis des journées de travail à l'échelon régional, (en 2014 et 2015), en présence des acteurs locaux pour présenter la démarche de l'étude et ses résultats. Enfin, une présentation de ces travaux est réalisée fin Mars 2016 au travers d'une AGORA dans le cadre du 32^{ème} Congrès du réseau

UNIOPSS-URIOPSS à Montpellier. De même, des présentations annexes dans le cadre de la nouvelle région et au niveau national pourront être réalisées.

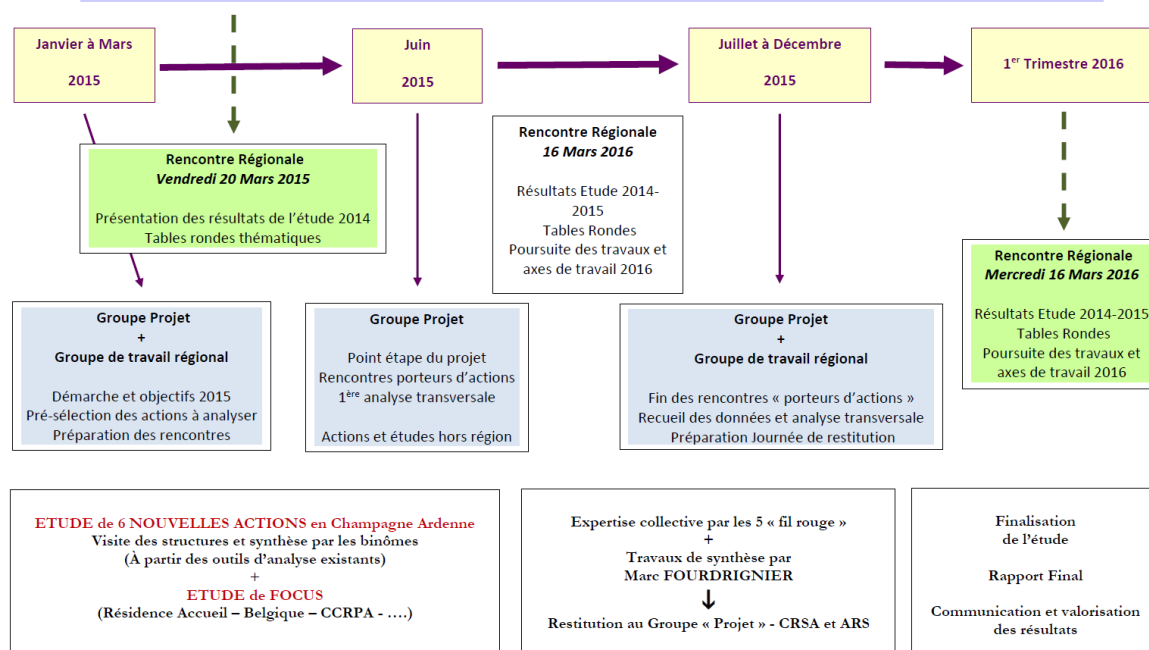
Le détail de l'échéancier est repris de manière synthétique (voir schéma 2).

Schéma 2 : Les deux échéanciers du projet en 2014 et 2015.

Projet URIOPSS-ARS « Démocratie sanitaire » : Echéancier 2014



Projet URIOPSS – ARS « Démocratie sanitaire » : Echéancier 2015 - 2016



Démocratie Sanitaire - Projet URIOPSS CA 2015 = Echéancier

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) + analyse d'actions dans les dispositifs/établissement : *Lits Halte Soins Santé (LHSS) et Résidence Accueil (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).

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 travail préalable de clarification est nécessaire 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 Action probante !

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, plus de 25 actions menées dans la région ont d'abord été identifiées chaque année.

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 étudiées.

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

Finalement, 12 actions ont été retenues sur les 2 années, celles-ci figurent dans le tableau ci-dessous (numérotées de 1 à 6 pour l'année 2014 et de 7 à 12 pour 2015).

Nous avons préservé l'ensemble des actions identifiées au début de nos travaux, celles-ci pouvant faire l'étude de travaux complémentaires dans le cadre de la poursuite de notre étude !

B. Le choix des actions

Tableau 1 : Le 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
2014 - 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 (niveau 1, 2, 3) Rendre les personnes actrices de leur santé	1 ^{er} Accès Parcours de Santé Prévention	MARNE Territoires de la Marne Zones Rurales	Tous publics	UDAF de la Marne <u>Contact :</u> Mme AMIOUR	<u>Début action :</u> Réflexion depuis 2009 En place depuis 2013 Actuellement CPOM sur 3 ans
2014 - 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 (Centre de Soins Infirmiers) La Chapelle St Luc <u>Contact :</u> M. DEFONTAINE	/
2014 - 3	Lits Halte Soins Santé (LHSS) Hébergement et Accueil santé/précarité	<i>Rappel :</i> Analyser une action probante au sein du dispositif et non le fonctionnement du dispositif	1 ^{er} accès	MARNE Reims	Tous publics en grande précarité	JAMAIS SEUL Reims <u>Contact :</u> M. PELATAN Mme DUPUIS	<u>Début action :</u> Dispositif crée en 2005 Financement dès 2006

	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
		Dispositif d'accueil/hébergement des personnes précaires Chambres et lits médicalisés dans les locaux d'un CHRS Equipe sociale et médicale complémentaire	Parcours de Santé Prévention				
2014 - 4	REVIVRE Mouvement d'entraide pour personnes 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/AUORE « REVIVRE » Troyes La Chapelle St Luc <u>Contact :</u> M. 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 au centre de Troyes ouvert 7 jours sur 7.

	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
2014 - 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 Officine) : travail partenarial avec les officines	Prévention	HAUTE MARNE Permanence rural à Chateauvillain PEKO : Chalindrey, Fayl Billot, Longeau, Rolampont, etc.	Tous publics usagers de drogues	CAARUD - L'ESCALE Chaumont <u>Contact :</u> M. PALLAS	<u>Début action :</u> Chateauvillain : depuis 2011 PEKO : depuis 2012
2014 - 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> Mme STOUPI Mme JONVAL	<u>Début action :</u> 2009

	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
2015 - 7	CPAM/ANPS de la Marne Bilan de santé délocalisé et action de suivi « post bilan »	Délocalisation des bilans de santé : Notion « d'aller vers » du Centre d'Examen de Santé afin de permettre aux personnes en situation de précarité d'entrer dans le système de soins	Prévention 1 ^{er} accès Parcours de santé	MARNE	Tous publics en difficulté sociale	CPAM/ANPS de la Marne Reims <u>Contact :</u> Mme BELLAIS	/
2015 - 8	CPAM des Ardennes Partenariat avec les Centres Sociaux pour l'accès aux bilans de santé	Constitution de groupes pour des bilans de santé « collectifs » Prise en charge logistique du transport par le centre Social Accompagnement par un Adulte-relais	Prévention 1 ^{er} accès Parcours de santé	ARDENNES Territoire rural	Tous publics en difficulté sociale	CENTRE D'EXAMENS de SANTE des Ardennes Charleville-Mézières Centres Sociaux <u>Contact :</u> Mme KRAUSS	Fragilité du financement non pérenne (action financée dans le cadre du PRAPS)
2015 - 9	MISSION LOCALE Reims Espace santé « Pause-café »	Action continue et régulière = temps d'échanges animés par 2 professionnels Travail personnalisé/jeune	Education Prévention 1 ^{er} accès	MARNE Pays rémois hors Fismes/Bazancourt	Public jeune de 16-25 ans	MISSION LOCALE Reims <u>Contact :</u> Mme BERNIER M. TOPIN	<u>Début action :</u> Depuis 1993 Dans sa forme actuelle depuis 2010

	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
		Partenariat Mission locale de Reims et Centre ARTAUD (CMP) Prévention pour les jeunes « Pause-Café » : libre accès, échanges, « aller vers », ...					
2015 - 10	RESEAU SANTE PRECARITE Reims Consultations psy et soutien aux acteurs sociaux et médico- sociaux	Informations, soutien, accueil du public dans les locaux du CMP et chez les partenaires du secteur de lutte contre les exclusions (structures d'insertion, accueil de jour,) Notion « d'aller vers » Travail en partenariat et en réseau sur un territoire	Prévention Parcours de santé Education	REIMS Territoire marnais Plusieurs villes	Tous publics en difficultés sociales	EPSMM – Réseau Santé Précarité Reims <u>Contact :</u> Mme MANSUINO	<u>Début action :</u> Projet depuis 2001
2015 - 11	EPICURE Equipe mobile spécialisée en psychiatrie et précarité	Intervention « vers » les publics précaires sur les problématiques addictions Circulaire de 2005 : équipe mobile	Prévention Education	ARDENNES Tout le département	Tous publics	CHS BEL AIR Charleville- Mézières <u>Contact :</u> Dr COLIN	<u>Début de l'action :</u> Point de départ législatif, circulaire du 23.11.2005

	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
		Intervention CHRS					En place depuis décembre 2006
2015 - 12	MAISON de L'ADOLESCENCE de L'AUBE Accueil, écoute, soutien de jeunes, de professionnels, de parents	Approche sociale et médicale des soins palliatifs : le vivre ensemble Approche de la santé dans sa dimension physique, psychique, relationnelle et sociale, éducative Lieu ressource, d'échange/d'écoute et de partage Projets adaptés aux besoins : Entr'parents, ateliers professionnels, groupe de parole adolescents et parents, documentation tous publics	Prévention Parcours de santé Education	AUBE Tout le département	Jeunes de 13 à 21 ans Accueil d'adolescents ou de leurs familles Accueil et conseil envers les professionnels	Groupement de Coopération Sociale et médico- sociale (GCSMS) regroupant l'association AJD, l'EPSM 10, le CCAS de Troyes Troyes <u>Contact :</u> M. VILLANE	<u>Début de l'action :</u> Réflexion durant toute l'année 2010 Création de la structure Fin 2011

C. Le recueil des données

Démarche d'investigation et outils communs de recueil de données...

Suite au choix par le groupe projet des 12 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 différentes 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 9), les **Groupes Recherche** constitués analysent scientifiquement la pertinence des actions.

Des entretiens individuels ou collectifs sont 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 (Annexe 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

Nous avons prêté une grande attention, lors des entretiens menés en direction des bénéficiaires/usagers, à nous adapter à leurs disponibilités : choix commun du lieu de rencontre (certains usagers nous ont reçus chez eux), vigilance du regard et de la compréhension des autres usagers en structure, respect du fonctionnement du service de la structure porteuse.

Un vrai travail de lien et de communication, en appui sur le réseau URIOPSS Champagne -Ardenne, de préparation et d'organisation avec l'ensemble des parties prenantes, 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 de recensement (importance pour certains usagers de la structure comme intermédiaire) et toutes ont été sensibles à l'intérêt qui a été porté à leur travail : un autre objectif de notre étude, cette reconnaissance

2. Les outils de recueil de données

Plusieurs outils au service des groupes recherches ont été réalisés⁶.

⁶ -Outils repris en annexe 2.

L'outil n°1 :

- Fiche de suivi récapitulative des entretiens

L'outil n°2 :

- Présentation des personnes rencontrées

Ces fiches permettent aux binômes de recenser les personnes rencontrées et de lister les documents fournis par la structure lors de l'entretien ou en amont. Ces outils sont nécessaires pour un apport quantitatif de notre analyse mais aussi qualitatif, puisqu'ils permettent la réalisation d'un bilan des rencontres, recensent la typologie des personnes rencontrées et nous permettent une évaluation des entretiens au regard de ce que nous avions prévu.

L'outil n°3 (A-B-C) :

- Entretien des parties prenantes de l'action : personnes accueillies/accompagnées, acteurs sociaux (équipe, partenaires), directeurs et responsables bénévoles

Ces trois outils sont construits sur une trame identique avec des adaptations pour chaque personne rencontrée : personnes accompagnées ou accueillies, salariés/travailleurs sociaux, équipe de direction/cadres, bénévoles ou partenaires.

Ils sont construits pour aborder tous les aspects de l'action à partir d'un questionnement articulé de la manière suivante :

- Le projet initial et l'action actuelle
- Le vécu de l'action et les résultats obtenus
- 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.

D. Restitution aux acteurs

L'étude portant sur deux années, nous avons réalisé, à l'issue de l'année 2014, au travers d'une ½ journée de travail le Vendredi 20 mars 2015 à Reims, une restitution « intermédiaire » aux porteurs d'actions, aux membres du Groupe Projet, aux acteurs locaux issus du secteur social-médicosocial-sanitaire, des collectivités et services déconcentrés de l'Etat.

- ✓ Au-delà du recueil d'informations action par action, une 1^{ère} analyse transversale, par M. FOURDRIGNIER, sociologue, a fourni un éclairage sur les leviers (les qualités relationnelles, la prédominance des mécanismes de « l'Aller vers », l'importance d'une relation réussie et des territoires, la notion des temporalités) et les notions de transférabilité.
- ✓ Ce temps d'échange entre les participants, les représentants de l'ARS, de la CRSA et les fédérations (URIOPSS.CA et FNARS.CA) a permis de dévoiler les bonnes pratiques, les bons leviers, freins et limites dans le parcours de santé des personnes en précarité.

En clôture de ce travail sur 2 années, nous présentons ce rapport final complet retraçant les modalités de l'étude, les actions analysées, les outils d'investigation, les éclairages et « focus » complémentaires à nos recherches, l'analyse transversale comprenant les leviers et les freins à l'accès à la santé des publics fragiles.

Un rapport « allégé » est aussi réalisé, permettant une diffusion au plus grand nombre.

Enfin, au-delà du temps de restitution lors de la rencontre organisée à REIMS, le Mercredi 16 mars 2016, en présence de nombreux acteurs locaux (secteurs social, médico-social, sanitaire), de M. Xavier EMMANUELLI (Président du haut Comité pour le Logement des personnes défavorisées et Fondateur du SAMU SOCIAL) et de M. François SOULAGE (Président d'ALERTE National), une diffusion large des travaux est réalisée ainsi qu'une présentation de ceux-ci en AGORA lors du 32^{ème} Congrès UNIOPSS-URIOPSS le Mercredi 30 Mars 2016 à MONTPELLIER.

III-ANALYSES SPECIFIQUES et TRANSVERSALES des ACTIONS

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

Action n° 2014 - 1 : UDAF de la Marne « Accès personnalisé à la santé pour personnes isolées »	
<i>Présentation de l'action et du porteur :</i>	
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	
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.	
<i>Le projet initial</i>	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 de la Marne propose donc d'accompagner vers les soins des personnes en situation de précarité.
<i>L'action actuelle</i>	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

<i>Le vécu de l'action</i>	Les usagers et les travailleurs sociaux expriment le vécu de l'action de manière assez similaire : un accompagnement et une relation de confiance qui permettent 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.
<i>Les résultats obtenus</i>	De par 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.
<i>Le devenir de l'action</i>	<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 réalisés 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.

Action n° 2014 - 2 : CSI CHAPELAINS de La Chapelle St Luc : « Le Camion qui roule : accès aux soins et prévention de proximité »

Présentation de l'action et du porteur :

Porteur du projet : Centre de Soins Infirmiers (CSI) 11D, avenue Jean Moulin Maison de la Santé Chantereigne- Montvilliers 10 600 La Chapelle St Luc	Personne-contact : M.DEFONTAINE Président
---	--

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

Définition rapide de l'action : Accès personnalisé à la santé

- ✓ 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)

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

- ✓ 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

<i>Le projet initial</i>	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.
<i>L'action actuelle</i>	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
<i>Le vécu de l'action</i>	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, ...)

<i>Les résultats obtenus</i>	Une réponse de proximité adaptée : un lieu sécurisant, une écoute, des échanges possibles où 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.
<i>Le devenir de l'action</i>	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)

Action n° 2014 - 3 : JAMAIS SEUL de Reims : « Lits Halte Soins Santé - LHSS »

Présentation de l'action et du porteur :

Porteur du projet : Association JAMAIS SEUL 4, Bd Berlioz – La Neuville 51100 REIMS	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 : Accès personnalisé à la santé

- ✓ Dispositif d'accueil et hébergement des personnes précaires
- ✓ Chambres et lits médicalisés
- ✓ Accès aux soins et à une prise en charge globale de la ou des problématiques de santé et de vie

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

- ✓ Plusieurs années de fonctionnement de ce dispositif avec la mise en œuvre de pratiques professionnelles adaptées (10 lits)
- ✓ Le parcours de santé et le cumul des problématiques au-delà de la santé : intérêt pour les méthodes de gestion
- ✓ Partenariat avec de nombreux acteurs : question de la contractualisation ou non de ces partenariats.

<i>Le projet initial</i>	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.
<i>L'action actuelle</i>	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.
<i>Le vécu de l'action</i>	Une pause dans une vie chaotique qui permet aux usagers de prendre le temps de se reconstruire physiquement et psychologiquement. 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.
<i>Les résultats obtenus</i>	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.

<i>Le devenir de l'action</i>	✓ 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 Aubois de Troyes serait nécessaire.
--	---



Encadré 2 : Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) et les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM).

Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) sont des établissements médico-sociaux destinés à assurer les soins, l'hébergement temporaire et l'accompagnement social de personnes sans domicile dont l'état de santé nécessite une prise en charge, mais pas pour autant un accueil en hôpital : 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 » : il en ressort que 29,53% des personnes reçues le sont exclusivement pour des pathologies de longue durée, ce qui n'est pas l'objet des LHSS et que 33,3% du public accueilli en LHSS présente à la fois une affection ponctuelle et une pathologie longue durée. En conséquence, parce que les structures spécialisées dans la prise en charge de ces pathologies ont des difficultés à accueillir ce public marginal, les LHSS sont détournés de leur objectif, sans être adaptés à la prise en charge de telles pathologies et aux besoins inhérents. Dans ce contexte, il a semblé nécessaire 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.

A titre expérimental pour 3 ans à compter de 2009, des LAM ont été mis en place comme relais des LHSS pour permettre aux personnes majeures atteintes de pathologies chroniques de pronostic plus ou moins sombre de recevoir, en l'absence de domicile et d'impossibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adaptés. Il ne s'agit là que d'expérimentation portant sur 45 lits répartis entre le Samu social de Paris, l'Association baptiste pour l'entraide et la jeunesse de Lille et l'association Foyer aubois de Saint-Julien-les-Villas.

En région :

Il existe 4 structures porteuses du dispositif LHSS : l'Association Foyer Aubois de la Chapelle Saint Luc, l'Association La Porte Ouverte/Nouvel Objectif à Troyes, le CCAS de Châlons-en-Champagne, l'Association Jamais Seul de Reims.

Concernant le dispositif LAM, c'est l'Association Foyer Aubois de la Chapelle Saint Luc qui le porte.

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

Action n° 2014 - 4 : FOYER AUBOIS – REVIVRE de La Chapelle St Luc : « Parcours de Soins et Mouvement d'Entraide »

Présentation de l'action et du porteur :

Porteur du projet : Association Foyer Aubois 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 : Accès personnalisé à la santé

- ✓ 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

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

- ✓ Innovant, pertinent depuis les années 60. Les travailleurs sociaux accompagnent la dynamique d'entraide et accompagnent 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.

<i>Le projet initial</i>	L'association Foyer Aubois 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'alcoolo-dépendance est que celles-ci touchaient un grand nombre de personnes en grande précarité. Pour répondre à ce constat de terrain, le Foyer Aubois a mis en place un dispositif basé sur l'Entraide dès les années 60. L'idée est venue d'un couple aubois 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.
<i>L'action actuelle</i>	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.
<i>Le vécu de l'action</i>	L'utilisateur 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.

<i>Les résultats obtenus</i>	L'association propose une vraie prise en charge globale et un suivi tant social que médical. Le foyer Audois porte plusieurs structures qui permettent de proposer, au sein d'une même association, un parcours complet et une prise en charge efficiente.
<i>Le devenir de l'action</i>	<u>Développement et transférabilité :</u> ✓ L'action doit être poursuivie car elle a un réel impact positif sur les usagers. ✓ Mise de l'utilisateur 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.

Action n° 2014 - 5 : CAARUD de Chaumont : « Réduction des Risques : Aller vers en milieu rural »

Présentation de l'action et du porteur :

Porteur du projet : Centre d'Aide et d'Accompagnement à la Réduction des Risques (CAARUD) –Association L'ESCALE 44, rue Pierre Curie 52000 Chaumont	Personne-contact : M. PALLAS Jérôme Coordinateur
---	---

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 : Accès personnalisé à la santé

- ✓ Intervention réduction des risques (RdR) dans un lieu stratégique à Chateauvillain 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

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

- ✓ 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, soucis de sa santé, 1 ^{eres} 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.

<i>Les résultats obtenus</i>	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).
<i>Le devenir de l'action</i>	<u>Développement et transférabilité :</u> ✓ L'action se poursuit sur les communes expérimentées et va être conduite sur de nouveaux territoires au gré des demandes ✓ L'impact est réel et positif sur les usagers dans son organisation et sa mission de RdR ✓ Réflexion de pratiques professionnelles de l'équipe renforçant la notion « d'aller vers » et « d'usager relais » positionnant la personne au centre du dispositif, quel qu'il soit. ✓ A partir de l'approche Réduction des Risques, 1^{er} contact par le CARRUD puis relais vers partenaires afin d'offrir un parcours plus complet aux usagers.



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.

Les CAARUD et CSAPA de la région Champagne-Ardenne sont recensés dans le schéma régional addictologie.

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

Action n° 2014 - 6 : MISSION LOCALE de Charleville- Mézières : « Temps d'Ecoute Jeunes »

Présentation de l'action et du porteur :

Porteur du projet : MISSION LOCALE 8, Route de Prix 08000 Charleville-Mézières	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 : Accès personnalisé à la santé

- ✓ 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, orientationaccès 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.

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

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.

<i>Les résultats obtenus</i>	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 ».
<i>Le devenir de l'action</i>	<u>Développement et transférabilité :</u> Nécessité de pérenniser ces postes pour une prise en charge globale du jeune. Poursuivre le travail de réseau entre psychologues, 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, etc.) pour les raisons évoquées ci-dessus.

Action n° 2015 - 7 : ANPS/ CPAM de la Marne : « Délocalisation du Centre d'Examen de santé »

Présentation de l'action et du porteur :

Porteur du projet : Centre Marnais de Promotion de la Santé de l'A.N.P.S. 14 rue du ruisseau CS 80025 51724 REIMS CEDEX	Personne-contact : Mme LEBRUN - Médecin Directeur Mme BELLAIS - Responsable Partenariat
--	--

Action : Bilan de santé délocalisé et action de suivi « post bilan »

Définition rapide de l'action :

- ✓ Le Centre d'Examen de Santé délocalise les bilans de santé afin de permettre aux personnes en situation de précarité d'entrer dans le système de soins par la porte du bilan de santé des assurés.
 - En leur présentant le bilan, son déroulé,
 - En levant les inquiétudes
 - En facilitant l'accès aux soins.
 - Accompagnement dans l'accès aux droits, dans la démarche de soins et parfois aussi en aide pour le financement de soins (lunetterie par exemple).

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

- ✓ Territoire rural
- ✓ Permettre l'accès au Centre d'Examen de Santé au plus grand nombre
- ✓ Notion de l'aller vers : déplacer le bilan de santé là où sont les usagers

<i>Le projet initial</i>	L'ordonnance de 1945 prévoit la réalisation d'examen de santé périodiques pour tout assuré. Vient ensuite la volonté de faire entrer dans les soins les personnes qui en sont éloignées du fait de leur situation de précarité. La phase actuelle consiste à suivre et s'assurer de la bonne prise en compte des préconisations d'un accès à des soins de santé par la personne en situation de précarité et lui faciliter l'accès aux soins en levant les freins.
<i>L'action actuelle</i>	Mme Bellais, responsable des partenariats va à la rencontre des acteurs du territoire pour nouer des relations, expliquer l'importance des bilans de santé et proposer un suivi des préconisations de parcours de soins nécessaires, détectés durant le bilan de santé.
<i>Le vécu de l'action</i>	Mme Bellais est seule intervenante. Elle va là où sont les usagers et utilise les moyens adaptés à son auditoire (conférence, ateliers, etc.) pour sensibiliser au bilan de santé et surtout au suivi post bilan.
<i>Les résultats obtenus</i>	Le résultat est tout d'abord une vision globale de la santé et du parcours de santé/de soins des usagers : de la prévention, aux soins, au suivi des soins. Cela permet de faire connaître le bilan de santé, facilite son accès et surtout le suivi sanitaire. Selon Catherine BELLAIS, le fait de s'occuper de l'action du début (contact avec les structures) jusqu'au suivi post bilan est efficace et permet de créer un réseau facilitateur de l'accès aux soins.
<i>Le devenir de l'action</i>	<u><i>Développement et transférabilité :</i></u> Le réseau de partenaires se construit et se développe. L'ambition de développement est de mieux structurer le bilan et le suivi post bilan de l'entrée dans le dispositif de soins.

Action n° 2015 - 8 : CPAM des Ardennes : « Partenariat CPAM-Centres Sociaux pour l'accès aux soins »

Présentation de l'action et du porteur :

Porteur du projet : Centre d'examens de santé 2, rue de la Fonderie 08000 Charleville-Mézières	Personne-contact : Mme KRAUSS Responsable adjointe
--	---

Action : Partenariat avec les Centres Sociaux pour le transport et l'accompagnement des usagers sur le lieu d'examen

Définition rapide de l'action :

- ✓ Le Centre d'Examen de Santé a mis en place un partenariat avec des acteurs du territoire dont les centres sociaux du département
 - Constitution de groupes pour des bilans de santé collectifs
 - Prise en charge logistique du transport par le centre social
 - Accompagnement par un adulte-relais du CS
 - Facilitation de l'accès au CES

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

- ✓ Territoire rural
- ✓ Permettre l'accès au CES
- ✓ Partenariats en Co-construction avec acteurs de santé et travailleurs sociaux
- ✓ Reconnaissance de l'action par les bénéficiaires

<i>Le projet initial</i>	A l'origine, la CNAMTS a donné des instructions pour que la CPAM 08 et son CES trouvent des méthodes pour faire venir les personnes en situation de précarité. La problématique est que ce public est réticent à l'idée de se déplacer (peur de l'inconnu – difficultés dans les moyens de transport). Il fallait donc mettre en place des conditions d'accompagnement et d'accueil particulières.
<i>L'action actuelle</i>	Grâce à des actions de sensibilisation mises en place par l'équipe du CES, des partenariats avec les acteurs du secteur social se sont noués, et notamment avec les centres sociaux. Le centre social sollicite son public afin de constituer des groupes pour se rendre au CES. Des demi-journées (journées entières auparavant) Bilan de Santé sont alors organisées spécialement pour ces groupes. Le transport est assuré via le véhicule du centre social, l'adulte relais est présent pour accompagner et orienter. Tout est organisé sur place pour accueillir les personnes et coordonner leurs rendez-vous médicaux.
<i>Le vécu de l'action</i>	Les bénéficiaires expriment tous spontanément que, sans l'accompagnement spécifique du Centre Social, ils ne viendraient pas seuls au CES à cause de problèmes de transports, la crainte de ne pas trouver le CES (changement de locaux – mal desservis par les transports en commun), et la difficulté de faire la démarche seul. Le fait qu'une personne connue – adulte-relais du centre social – soit présente tout au long de la journée est très important, tout comme le fait de venir en groupe (création d'un lien entre les participants).
<i>Les résultats obtenus</i>	Une sensibilisation aux problématiques santé de la part de partenaires (centres sociaux, etc.) La prise en charge de certaines pathologies, un suivi plus régulier, une sensibilisation à une meilleure hygiène de vie pour les bénéficiaires.

Le devenir de l'action	<u>Développement et transférabilité :</u> Chacun des intervenants souhaite voir cette action se pérenniser et même se développer. Cependant, pour les centres sociaux, elle est financée par une subvention à la fédération des centres sociaux versée par l'ARS (PRAPS). C'est une subvention pour une action et non pour un fonctionnement, elle n'est donc pas pérenne. La direction du CES effectue de nombreuses actions de sensibilisation, prévention afin de créer des liens pour toucher les personnes en précarité. Leur objectif est d'identifier les freins à la venue au CES et de trouver des solutions, avec les partenaires, pour les lever.
--------------------------------------	---



Encadré 4 : Les Centres d'Examen de Santé et le CETAF

Les examens de santé ont été créés avec la Sécurité sociale et prévus à l'article 31 de l'ordonnance du 19 octobre 1945. Dans ce cadre « *La caisse doit soumettre l'assuré et les membres de sa famille, à certaines périodes de la vie, à un examen de santé gratuit* » (art L321-3 du code de la sécurité sociale).

Un arrêté du 20 juillet 1992 est venu définir des catégories pour lesquelles les examens doivent être offerts en priorité : « *1° Ayants droit inactifs âgés de plus de seize ans ; 2° Demandeurs d'emploi et leurs ayants droit ; 3° Personnes affiliées à l'assurance personnelle et leurs ayants droit ; 4° Titulaires d'un avantage de retraite ou de préretraite et leurs ayants droit ; 5° Autres assurés inactifs et leurs ayants droit ; 6° Populations exposées à des risques menaçant leur santé définies par l'arrêté programme du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires.* ».

Ont également été définis, dans ce même texte, les centres d'examen de santé (CES) : « *Les centres d'examen de santé gérés directement par les organismes d'assurance maladie ou conventionnés avec ces organismes ont pour mission :*

- *d'assurer les examens de santé définis aux articles 1er et 2 ci-dessus ;*
- *de participer aux campagnes de dépistage définies par le conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et figurant dans l'arrêté programme du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ;*
- *de participer aux campagnes d'information et d'éducation sanitaires définies par le conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et figurant dans ce même arrêté programme, dans un esprit de partenariat avec les associations locales.*

Ces centres peuvent contribuer à la collecte de données épidémiologiques et éventuellement à la réalisation de programmes de recherche après accord du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Le CETAF est une association privée à but non lucratif créée en 1994 par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Il assure un appui au pilotage des Centres d'Examen de Santé (CES) en termes de moyens. Il accompagne les CES dans leurs missions d'examen périodiques de santé, d'information des consultants, d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique.

Il reçoit mission de la CNAMTS pour assurer l'animation, la coordination et le soutien des CES nécessaires à la mise en œuvre opérationnelle des orientations nationales.

Action n° 2015 – 9 : Mission Locale de Reims : « Pause-Café et Espace santé pour les Jeunes »

Présentation de l'action et du porteur :

Porteur du projet : Mission Locale 34, rue du TRIANON 51100 REIMS	Personne-contact : Janine BERNIER Infirmière
Action : ▪ Pause-café : dans l'Espace Santé, un après-midi par semaine, accueil des jeunes pour favoriser les rencontres, rompre la solitude, échanger, poser des questions. ▪ Temps encadré par deux référents santé (1 infirmière et 1 infirmier psychothérapeute) qui animent en fonction des besoins et des questions des jeunes, principalement autour du volet santé.	
Définition rapide de l'action : ✓ Temps d'échanges régulés par deux professionnels autour de sujets choisis par l'ensemble du groupe ○ Partir d'une question d'un jeune pour entamer une réflexion collective ○ Recherche effectuée par les référents sur les thématiques abordées pour enrichir la discussion ✓ Temps tout aussi formel (mardi après-midi) qu'informel (pas d'obligation de s'y rendre) <u>Rappel de l'intérêt de l'action pour le groupe projet :</u> ✓ Le « libre accès », formaliste en terme de fréquence et de lieu mais pas d'obligation ni de nécessité d'inscription ✓ Privilégier l'écoute, l'échange tout en mettant le bénéficiaire en position d'acteur du dispositif ✓ Création de liens, approche différente de la prise en charge psy, de la relation adultes-jeunes	
<i>Le projet initial</i>	A l'initiative de la Mission Locale de Reims (s'inscrivant dans le projet national des Missions locales jeunes). Projet existant depuis 1993, repris sous sa forme actuelle en 2010 à un horaire différent sous la dénomination de « Pause-Café ».
<i>L'action actuelle</i>	La Mission Locale de Reims organise un temps d'accès libre au sein de son espace santé pour construire avec les jeunes et les deux référents santé des actions structurées. Ces temps sont vraiment organisés pour les jeunes, par les jeunes et avec eux. Tous les échanges se déroulent autour d'un café, dans un lieu « isolé » mais intégré dans l'activité quotidienne au sein de la MILO. A partir d'un thème donné, les participants écoutent les apports de chacun et construisent leur réflexion avec l'appui de l'autre. S'il y a un problème particulier, il est géré entre jeunes avec l'appui des adultes (infirmière/psy./chargé insertion) Les jeunes sont orientés vers la « Pause-café » par des collègues de la Milo, les TS des associations et partenaires locaux. Le « bouche à oreille » entre jeunes fonctionne bien également.
<i>Le vécu de l'action</i>	Les bénéficiaires ne mentionnent pas de frein, dans la mesure où l'accès est libre, l'accueil attentionné et où ils sont acteurs de la démarche. Les notions de partage et d'échange sont mises en avant par les intervenants, cela permet de déplacer la relation, d'avoir une rencontre différente, une autre approche. Les actions sont à l'initiative des jeunes (co-construction).

<i>Les résultats obtenus</i>	Constaté par les intervenants : cet outil permet de rompre l'isolement, des liens se créent pendant la « Pause-café » et se poursuivent au-delà. Il y a de l'entraide, du soutien dans le groupe, cela a un impact sur le parcours d'insertion des jeunes (estime de soi, confiance en soi, etc.). Cela met en avant la possibilité de construire des projets entre jeunes mais aussi avec adultes. Cela permet également une autre porte d'entrée en relation avec le psy (autre lieu/espace- autre mode de « face à face ») Le jeune peut s'approprier les réflexes intégrés durant la « Pause-Café » - temps et méthode d'écoute/co-construction.
<i>Le devenir de l'action</i>	<u>Développement et transférabilité :</u> Cette action est autofinancée au niveau de l'organisation matérielle et le « détachement » des salariés de la Milo. Une convention de partenariat de mise à disposition devrait être conclue avec le Centre Artaud. Cette action est pensée pour rompre l'isolement des jeunes et favoriser l'échange entre eux et les adultes professionnels, afin de progresser dans leur problème psychologique. Il faudrait donc imaginer d'autres espaces comme celui-ci, c'est à dire des micros-lieux bénéficiant de l'appui de professionnels de santé (infirmière et psy).

Action n° 2015 - 10 : Réseau Santé Précarité de Reims : « Consultations psy et accompagnement : Aller vers et soutien aux acteurs »

Présentation de l'action et du porteur :

Porteur du projet : Réseau Santé Précarité de Reims EPSMM 10 rue Gaston Boyer 51100 REIMS	Personne-contact : Marie Odile MANSUINO Psychologue EPSMM P.PELATAN / I. DUPUIS <i>Directeur / Chef de Service</i> JAMAIS SEUL
--	--

Action : Consultations psy

Définition rapide de l'action :

- ✓ Consultations psy, informations, soutien accueil public dans les locaux du CMP ou chez les partenaires.
- ✓ Soutien aux acteurs sociaux et médico-sociaux.

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

- ✓ Notion de « l'aller-vers »
- ✓ Travail en réseau

<i>Le projet initial</i>	Le projet est né en 2001 du constat fait par différents travailleurs sociaux, paramédicaux et médicaux (PASS du CHU, CCAS de Reims, AS de la CRAM, psychiatres, responsables associatifs) de difficultés liées à leur isolement respectif. Pour les personnes accompagnées, cela entraîne une absence de continuité dans les soins (logique d'urgences reconduites). L'objectif était de comprendre des situations freinant l'accès aux soins pour les personnes hébergées ou accompagnées par les différentes structures existantes et ainsi lever les freins en mettant en commun les expériences et connaissances des différents réseaux.
<i>L'action actuelle</i>	Le 1er contact se fait par l'intermédiaire des structures (Accueil de jour, HU, CHRS, HI et logement adapté) : un rendez-vous d'une 1/2 journée est proposé avec la psychologue tous les 15 jours. Le travailleur social va proposer à la personne de participer, cela peut également venir de la personne elle-même, il n'y a pas d'obligation. Le travail se poursuit ensuite au CHRS ou au CMP avec la psychologue selon les personnes. Les interventions peuvent prendre la forme d'entretiens individuels ou d'ateliers collectifs.
<i>Le vécu de l'action</i>	Le fait que le psychologue puisse intervenir directement au CHRS est important. Cela permet à la personne accueillie de trouver une écoute, un espace d'échanges, de s'exprimer librement et d'être moins agressif. L'utilisateur devient partie prenante de son parcours de santé. La psychologue est totalement intégrée dans la structure, elle fait partie de l'équipe, sa fonction est ainsi « démystifiée ». Elle est un véritable relais avec le secteur psychiatrique. Le travail en réseau, les échanges, permettent un partage de bonnes pratiques, de rompre l'isolement, une résolution plus rapide des problèmes qui peuvent survenir.

<i>Les résultats obtenus</i>	Ce partenariat permet aux personnes d'accéder plus facilement aux soins. Les usagers ont la possibilité d'être en contact avec des professionnels du soin et du social soit sur leur lieu de vie, soit en consultation au CMP. Cela donne la possibilité d'entrer dans un processus de soins alors même que ce besoin est rarement identifié par la personne en situation de précarité. Le travail en réseau permet une entrée en relation facilitée et une résolution des problèmes plus rapide.
<i>Le devenir de l'action</i>	<u>Développement et transférabilité :</u> ✓ Cette action s'est développée dans plusieurs villes. Cela montre sa pertinence pour amener les personnes en situation de précarité vers le soin. ✓ Des formations complémentaires semblent nécessaires, comme approfondir la prise en charge du stress relatif aux troubles post traumatiques.

Action n° 2015 – 11 : Réseau EPICURE de Charleville- Mézières : « Equipe Mobile départementale dans les Ardennes »

Présentation de l'action et du porteur :

Porteur du projet : Centre Hospitalier Bel Air 1 Rue Pierre Hallali 08000 Charleville-Mézières	Personne-contact : M. D. BOUILLOT dbouillot@ch-belair.fr
--	--

Action : Equipe mobile spécialisée en psychiatrie et précarité depuis décembre 2006
Et création d'une Permanence d'Accès aux soins de santé en psychiatrie en décembre 2009

Définition rapide de l'action :

- ✓ Des infirmières psy interviennent sur le territoire des Ardennes à la demande des structures partenaires lorsqu'un usager est identifié en état de mal être ou présentant des troubles.
- ✓ L'action porte sur 4 points : rencontre, recueil de données, évaluation, orientation.
- ✓ Les rencontres se font au sein de la structure partenaire.

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

- ✓ Répond à la notion de « l'aller vers » (intervention dans la structure, pas de déplacement à l'hôpital par exemple)
- ✓ Intervention sur sollicitation des professionnels des structures, dans le cadre d'un accompagnement

<i>Le projet initial</i>	Point de départ législatif : circulaire du 23 novembre 2005 (EMPP). L'action part d'un constat du CES sur un manque de prise en charge pour les personnes précaires. Via un réseau de partenaires – mission locale, CHRS, CADA, Foyers, FJT, etc. – les professionnels du réseau Epicure sont sollicités pour intervenir auprès des usagers dans les institutions et au domicile, avec l'accompagnement d'un travailleur social ou d'un acteur relais.
<i>L'action actuelle</i>	La mission consiste à intervenir sur sollicitation des professionnels des structures pour faire un repérage et évaluer une situation de mal être, pour orienter et/ou accompagner vers les soins et également en cas de crise aigüe. Les rendez-vous se déroulent dans les locaux des structures. Epicure forme et informe également les professionnels sociaux sur les approches psy/précarité.
<i>Le vécu de l'action</i>	Le travail en réseau entre les professionnels et Epicure semble bien fonctionner. Les structures sont volontaires pour mettre en place des partenariats avec le réseau. Le ressenti des bénéficiaires est marqué par de nombreux freins. Ils déplorent le fait que les séances se tiennent dans les locaux de la structure (manque de discrétion, de confidentialité). La proximité des intervenants et des éducateurs est également mentionnée comme un frein. Il y a un sentiment d'obligation, de rdv imposés par les éducateurs, qui n'est pas bien vécu. Le souhait serait de pouvoir se confier librement, dans un endroit plus neutre, d'avoir une discussion « simple », avec des rendez-vous proposés et non imposés.

<i>Les résultats obtenus</i>	L'évaluation par les professionnels est positive, essentiellement sur le travail en réseau et sur l'approche psy par rapport aux bénéficiaires. Cette intervention du Réseau Epicure offre un premier pas vers le dispositif de soins psy. Elle permet de dédramatiser la prise en charge psy. L'évaluation par les usagers montre certains freins toujours existants.
<i>Le devenir de l'action</i>	<u>Développement et transférabilité :</u> ✓ Cette action bénéficie d'un financement ARS pérennisé ✓ Des améliorations sont envisagées pour cette action afin d'en améliorer la lisibilité, de rester sur les missions confiées (ne pas pallier l'urgence) et de renforcer l'animation régionale des EMPP ✓ Une évaluation de l'action par les bénéficiaires semblerait utile pour permettre une meilleure appropriation du dispositif



Encadré 5 : Les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

La circulaire créant les équipes mobiles définit deux principes prioritaires :

a) Aller vers les publics

S'agissant de la réponse aux personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes (qu'il s'agisse de publics très désocialisés et/ou de malades mentaux en situation de précarité), ce principe répond au fait que la dimension du travail pré-thérapeutique est essentielle et requiert une disponibilité à toute sollicitation là où elle se présente, au moment où elle peut s'exprimer, donc la plupart du temps hors du champ propre à la psychiatrie. La première mission des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie vise donc l'identification des besoins non repérés ou non pris en charge dans les dispositifs de « droit commun » (...) En réponse aux besoins des acteurs de première ligne, l'action d'aller vers les publics positionne l'équipe mobile spécialisée en psychiatrie sur une fonction de tiers. Le soutien aux travailleurs sociaux ou d'équipes médico-sociales, confrontés à des situations de vulnérabilité sociale et psychique et insuffisamment formés, constitue, de ce fait, une mission essentielle de ces équipes mobiles spécialisées.

b) La nécessité d'un partenariat dense et structuré

Les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie destinées aux personnes en situation de précarité et d'exclusion exercent une fonction d'interface au sein d'un partenariat pluriel et formalisé, reposant sur la volonté réciproque des acteurs et inscrit dans la durée. Il s'agit d'organiser des parcours permettant à ces publics d'accéder aux soins et de bénéficier de prises en charge globales et continues. Ces dernières permettent d'éviter des ruptures préjudiciables à la qualité de leur projet de vie et de réinsertion.

Action n° 2015 - 12 : Maison de l'Adolescence de l'Aube – m2@ : « Accueil, écoute, soutien des jeunes, de leur famille et de ceux qui les accompagnent »

Présentation de l'action et du porteur :

Porteur du projet : GCSMS « Maison de l'Adolescence de l'Aube » 30 G mail des Charmilles 10 000 TROYES	Personne-contact : Directeur Yann VILLANE Directeur de la m2@ www.m2a10.fr
--	--

Action : Accueil d'adolescents âgés de 13 à 21 ans, et de leur famille
 Accueil de professionnels « au contact » de publics jeunes ayant besoin d'un échange, conseil, documentation, ...

Définition rapide de l'action :

- ✓ L'accueil se fait sans condition, avec ou sans rendez-vous, en garantissant l'anonymat.
- ✓ Consultations pluri disciplinaires.
- ✓ L'adolescent, ou/et les parents sont reçus au maximum 5 fois avant d'être réorienter vers le droit commun.

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

- ✓ Notion de « l'aller vers »
- ✓ Coopération de différents professionnels
- ✓ Espace de rencontre ouvert

<i>Le projet initial</i>	Créer un espace de rencontre à destination des jeunes et de leurs parents en difficultés et orienter vers la personne la plus compétente. L'équipe est constituée de professionnels de divers horizons : infirmier, assistants sociaux, éducateurs, pédiatre, pédopsychiatre, juriste, infirmière et assistant social scolaires... Le personnel est mis à disposition par un partenariat entre le CCAS, EPSM, CSAPA, l'association des droits des femmes, le service de prévention, l'éducation nationale, etc. sous forme de conventions.
<i>L'action actuelle</i>	L'accueil prend plusieurs formes : - Formation collective en direction des parents - Ateliers entre professionnels de divers horizons - Entretien individuel avec un binôme de professionnels : éducateurs spécialisés, éducateurs de rue, médecins, infirmiers, pédopsychiatres, juriste, etc. - Permanences juridiques - Groupes à thèmes en direction des ados. Une juriste tient également une permanence une fois par mois. L'adolescent ou sa famille viennent pour 5 rencontres sur une thématique particulière. Ils peuvent solliciter à nouveau la structure sur une autre thématique. Pour les professionnels sont organisées, 2 fois par mois, des rencontres sur une situation qui demande un travail de réflexion pluri-professionnelle.

<i>Le vécu de l'action</i>	La demande vient à 20% des adolescents seuls et à 80% des parents. Les jeunes viennent souvent pour une situation familiale complexe, un isolement face à la famille, une rupture sociale et/ou familiale. La Maison de l'adolescence offre un accompagnement de proximité et des réponses multiples ainsi qu'une prise en compte plus globale de la problématique du jeune. Cette action permet également d'entamer un travail autour de la famille. Les thématiques les plus représentatives sont l'alcool, le tabac, la drogue, la sexualité. La santé n'est pas une priorité pour le public accueilli et les professionnels constatent là une précarisation de plus en plus importante.
<i>Les résultats obtenus</i>	Un accompagnement vers les soins soutenu par la famille et une orientation mieux adaptée à la problématique rencontrée. La mise en relation avec les soins psy est facilitée. Cet accueil a permis d'effectuer un travail important sur la relation enfant/parents, sur le rétablissement des liens et une meilleure compréhension des inquiétudes de chacun. Pour les professionnels, cela favorise les relations entre les différents corps de métiers ainsi qu'une reconnaissance mutuelle.
<i>Le devenir de l'action</i>	<u>Développement et transférabilité :</u> La volonté est d'étendre l'action à d'autres quartiers de Troyes mais aussi de développer des outils supports et d'augmenter les consultations pluridisciplinaires.



Encadré 6 : Les Maisons de l'Adolescence (MDA).

Les Maisons des Adolescents répondent à un cahier des charges élaboré par le Ministère de la santé : elles diffèrent cependant les unes des autres, selon leurs moyens, leur histoire, leur projet et leur bassin de population.

Les Maisons des Adolescents ont pour mission **d'informer, conseiller, accompagner, orienter les adolescents, leurs familles et les acteurs au contact des jeunes : ce sont des lieux polyvalents**, où la santé est abordée sous l'angle physique, psychique, relationnel et social, éducatif.

Elles offrent aux adolescents un **accueil gratuit sur des plages horaires souples et adaptées**.

Les missions : « L'adolescent doit retrouver, dans ce lieu, tous les moyens de construire son avenir ».

- ✓ L'accueil, l'écoute, l'information, l'orientation
- ✓ L'évaluation des situations
- ✓ La prise en charge médicale et psychologique
- ✓ L'accompagnement éducatif, social et juridique

Les MDA **s'adressent également aux parents d'adolescents**, en termes d'information et d'accompagnement. Elles s'organisent en articulation avec les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), ainsi qu'avec les Points info famille (PIF).

Enfin, les MDA s'adressent aux **professionnels** qui souhaitent obtenir un avis sur un adolescent ou des conseils pour son orientation.

Les MDA font partie d'un réseau de partenaires, ouvert sur la ville. Elles permettent une coordination entre les professionnels de santé (institutionnels et libéraux), l'Education Nationale, l'Action sociale - avec notamment les Points d'accueil écoute jeunes -, la Protection judiciaire de la jeunesse et les collectivités

(Source : Ministère de la famille, de l'Enfance et des Droits des femmes)

B. Analyse transversale des actions

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

1. Quelques précautions méthodologiques

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

➤ Une impression de déjà vu

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, elle est récurrente et la question se pose toujours mais dans les termes d'aujourd'hui qui ne sont plus ceux d'hier. Plus précisément une précarité accrue et durable s'est installée, des dispositifs ont été créés pour apporter des réponses mais ils 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)⁷.

Plus récemment, le rapport de la Cour des Comptes a indiqué que : *« malgré son ancienneté et le niveau de protection qu'elle procure, la CMU-C fait cependant l'objet d'un non-recours important, estimé pour l'année 2013 entre 28 % et 40 % de ses bénéficiaires potentiels (soit entre 1,6 million et 2,7 millions de personnes non couvertes pour la seule France métropolitaine). Les causes de ce non-recours sont mal connues. Par ailleurs, les droits procurés par la CMU-C demeurent*

⁷ - Cette indication renvoie à la bibliographie qui figure à la fin du rapport, avant les annexes.

imparfaitement connus par une partie de ses bénéficiaires. Certains continuent à se heurter à des refus de soins, explicites ou latents, opposés par certains professionnels de santé, de fait non sanctionnés. L'ACS connaît une situation plus défavorable (Cour des Comptes, 2015, p 10-11).

De même, le récent bilan du collectif Alerte sur le plan de lutte contre la pauvreté insiste à la fois sur la progression observée dans l'accès aux soins mais aussi le chemin qu'il reste à parcourir : un taux de recours en progression mais encore insuffisant, l'amélioration de l'accès aux soins par le relèvement conséquent du plafond d'attribution de la CMU-C et par voie de conséquence celui de l'ACS en 2013 s'est confirmé en 2014. Dans son rapport sur l'année 2014, publié le 01/07/2015, le Fonds CMU note : « le nombre de bénéficiaires de la CMU-C est estimé à 5,2 millions à fin 2014, dont près de 4,7 millions au régime général. La progression est de 6,5 % sur l'année, elle reste soutenue sur l'ensemble de l'exercice, mais elle ralentit sur le second semestre » soit un taux de recours allant de 60 à 72 %. Pour l'ACS, dans le même rapport, il est annoncé que « 1,2 million de personnes ont bénéficié d'une attestation ACS au cours de l'année 2014. Ce nombre est en hausse de 3,9 % par rapport à 2013 » soit un taux de délivrance d'une attestation allant de 46 % à 59 % » rapporté au public cible évalué entre 2,1 millions de personnes et 3,1M, ainsi le taux de recours se situe entre 28 % et 41 % ce qui reste encore trop faible. Le taux d'utilisation de l'ACS s'élève à 80 % » (Alerte, 2016, p 25-26).

➤ **Le risque de l'évidence**

C'est ensuite le risque de l'évidence, par exemple pour « l'aller vers », sur lequel nous allons revenir. Certaines actions tentent de mettre en pratique ce principe, ce qui théoriquement n'a rien de très original. Néanmoins, 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 ?

➤ **Le risque de la projection**

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. Cela touche à la fois, aux représentations sociales, aux conceptions de la santé, de la maladie et du soin, et aux « choix de vie, traduits par des priorités ».

Pour éviter ces risques, le choix d'une démarche inductive s'est imposé à nous. Elle 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, dans la mesure où l'ensemble des projets concernés n'est pas connu et où nous avons privilégié une approche qualitative et s'inspirant de l'étude de cas.

De manière plus pragmatique, 36 initiatives (18 en 2014 et en 2015) ont été repérées et ont fait l'objet d'une analyse a priori pour voir si elles correspondaient aux critères posés. Six ont alors été retenues en 2014 et en 2015.

➤ **Les critères définis a priori**

Une première analyse de ces actions prend appui sur les critères définis a priori (voir page 14), au nombre de six. Les trois premiers sont repris ici ; les autres le seront dans la partie suivante.

Du point de vue des territoires d'action, les quatre départements de la Champagne-Ardenne sont représentés : la Marne avec 5 actions ; les Ardennes et l'Aube avec chacun trois actions et la Haute Marne avec une seule action. De manière plus précise, et selon les missions des porteurs d'action, les périmètres géographiques sont assez variables : certains, (3), vont agir sur tout le département ; d'autres, (2), sur le bassin d'emploi sur lequel ils sont compétents ; d'autres sur des zones spécifiques : rurales, (3), ou quartiers difficiles (1) ; les derniers, (3), vont agir sur les villes principales et leurs agglomérations (Reims et Troyes). Sans revendiquer la représentativité, non recherchée, nous pouvons au moins mettre en avant la diversité des territoires étudiés à travers les actions menées ce qui permet, de ce fait, d'aborder les problématiques de mobilité, de plus ou moins grande proximité des équipements de santé, de la diversité des acteurs présents sur les territoires....

Pour la nature des activités, nous souhaitons avoir au moins une action dans chacun des 4 axes suivants : le premier accès aux soins, le parcours de santé, la prévention et l'éducation. C'est le cas (tableau 2). En fait, toutes les actions combinent plusieurs activités, du moins dans les informations que nous avons pu recueillir avant vers les acteurs. Au vu du tableau, c'est la prévention qui est la plus présente, (11 fois), avec le premier accès au soin. A contrario, les actions mettant en avant l'éducation sont plus rares. Mais ce sont souvent des combinaisons de plusieurs activités qui les caractérisent.

Tableau 2 : Les actions étudiées selon la nature des activités

	<i>Premier accès</i>	<i>Parcours de Santé</i>	<i>Prévention</i>	<i>Education</i>
2014-1	X	X	X	
2014-2	X		X	
2014-3	X	X	X	
2014-4	X	X		
2014-5			X	
2014-6	X		X	X
2015-7	X	X	X	
2015-8	X	X	X	
2015-9	X		X	X
2015-10		X	X	X
2015-11			X	X
2015-12		X	X	X
Total	8/12	7/12	11/12	5/12

Pour les publics concernés par les actions, nous avons opté pour éviter les publics spécifiques, avec au moins une des actions qui devait correspondre à la prise en charge des personnes en précarité avec un trouble psychique, mal être ou troubles associés. Qu'en est-il ? Là encore, les missions des structures vont être déterminantes. C'est notamment le cas pour les trois actions menées par des structures dédiées à l'adolescence ou à la jeunesse. Les autres sont définies soit comme généralistes « tous publics » (3) ou, de manière paradoxale, « tous publics en grande précarité, ou en difficulté sociale ou usagers de drogues » (6).

On peut donc conclure, sur ce premier point, que les douze actions étudiées sont diversifiées tant du point de vue des territoires concernés que de la nature des actions menées et des publics concernés.

➤ **Des critères définis a posteriori**

Le recueil et le traitement des informations relatives aux actions ont permis d'affiner les premiers critères et d'en faire émerger d'autres. Cela permet de voir la place qu'elles occupent dans l'univers des pratiques.

Quatre variables ont été identifiées :

- ✓ la première est relative au statut juridique de la structure qui porte le projet
- ✓ la seconde concerne son champ d'activité. 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.
- ✓ la troisième porte sur les interactions développées avec d'autres champs, dans le cadre des projets étudiés. En effet, ils concernent souvent deux structures intervenant dans des champs différents.
- ✓ la quatrième distingue les lieux d'intervention : les structures d'hébergement, les services ambulatoires ou les structures tiers et le « nous » qui recouvrent 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.

Tableau 3 : Les caractéristiques des actions étudiées

Structures	Statut des structures	Champ d'activité	Interactions avec d'autres champs d'activité	Lieux intervention
2014-1	Association	Social		"Nous" (domicile)
2014-2	Association	Sanitaire (général)		« Nous » (quartier)
2014-3	Association	Médico-social	Sanitaire (général)	Hébergement
2014-4	Association	Médico-Social		Structure
2014-5	Association	Médico-social		« Nous » (village)
2014-6	Association	Insertion		Structure
2015-7	Association en convention avec Etablissement Public de Protection Sociale	Santé-Protection sociale	Social ; insertion	Structures tiers sur le territoire
2015-8	Etablissement Public de Protection Sociale	Santé-Protection sociale	Social	Structure
2015-9	Association	Insertion	Sanitaire (psy)	Structure
2015-10	Etablissement public de santé	Sanitaire (psy)	Social	Structure tiers ou structure
2015-11	Etablissement public de santé	Sanitaire (psy)	Social	Structure tiers
2015-12	GCSMS privé/public	Sanitaire (Psy)	Social	Structure

Quels enseignements peut-on tirer ?

- En quoi les investigations menées en 2014 et 2015 se complètent effectivement ? Même si c'était l'intention de départ, encore faut-il s'en assurer. C'est vrai, du point de vue du statut juridique. En 2014, les associations étaient les seules structures représentées. En 2015, c'est beaucoup moins le cas, les établissements publics sont plus nombreux. Finalement, sur les 12 projets étudiés, 8 sont portés par des associations, dont l'une est en convention avec un établissement public. C'est également vrai pour les champs d'activité d'origine des structures : en 2014, une seule action était portée par une structure sanitaire : en 2015, c'est l'inverse, puisque cinq projets sont directement liés au sanitaire ou à la protection sociale. On se doit de constater qu'aucune initiative 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 actions étudiées, deux impliquent des bénévoles, dont l'une sous l'intitulé « usager/bénévole ».
- Plus d'une action sur deux (7) se construit en interaction entre, a minima, deux champs. Le modèle dominant est ici l'association sanitaire /social, et non l'inverse. Tout se passe comme si le sanitaire, pour travailler avec les

personnes en situation de précarité, devait prendre appui sur des structures du social, nous y reviendrons.

- Dans les lieux d'intervention, les structures d'hébergement sont peu présentes, pour les deux années. Néanmoins, elles peuvent l'être implicitement quand des services extérieurs vont aller vers ces structures (réseau santé précarité et équipe mobile), alors que les interventions de proximité sont plus présentes en 2014. C'est ce que nous appelons, en référence aux ethnologues, le « nous », autrement dit le milieu de vie, le chez soi qui s'oppose ici aux structures. Il y a donc une distinction nette entre les actions qui sont menées sur le territoire familial des personnes, (son domicile son quartier, son village), et celle qui sont menées sur le territoire des professionnels - ce qui est appelé ici structure - que ce soit la sienne ou celle d'un partenaire. Deux remarques complémentaires sont nécessaires. Toutes les personnes en précarité n'ont pas forcément un « chez elle », notamment quand elles sont « hébergées ». Les interventions sur le territoire des personnes est plus rare pour les acteurs du champ sanitaire. La seule exception n'en est pas vraiment une puisque c'est une association de quartier qui gère un centre de soins infirmier en lien avec une maison de santé.

De manière synthétique, on peut regrouper toutes ces actions sur un même schéma (schéma 4) à partir de deux axes, l'un sur les champs d'activité, l'autre sur les lieux d'intervention. Sont en plus distingués les associations et les autres structures et les liens entre les champs d'activité⁸. Cette représentation d'ensemble fait notamment ressortir la différence entre les projets étudiés en 2014 et ceux qui le sont en 2015. Dans le premier cas, on a surtout des projets isolés, peu en lien avec le champ sanitaire. Dans le second cas, on a des projets initiés par le sanitaire qui prennent appui sur le champ social.

➤ **Les personnes rencontrées**

On peut également appréhender les projets par les statuts des personnes qui ont été rencontrées (Tableau 4). Globalement, ce sont 86 personnes qui ont été rencontrées pour les douze actions étudiées, soit 7.33 personnes en moyenne, sachant que la fourchette est large puisqu'elle va de 1 à 15 personnes rencontrées. Les plus nombreuses sont les professionnels du social et du soin. Les « usagers » constituent le deuxième groupe rencontré ; il n'a pas été possible d'en rencontrer dans deux structures. Les cadres sont le troisième groupe. Les bénévoles et les administrateurs des associations sont les moins nombreux. A cela deux raisons : cette référence n'a sens que pour les associations. De plus, pour les associations gestionnaires, les bénévoles ne sont pas présents dans les actions réalisées.

⁸ - La flèche part de celui qui est à l'initiative de l'action.

Schéma 3 : Les actions selon le statut et le champ des structures et les lieux d'intervention

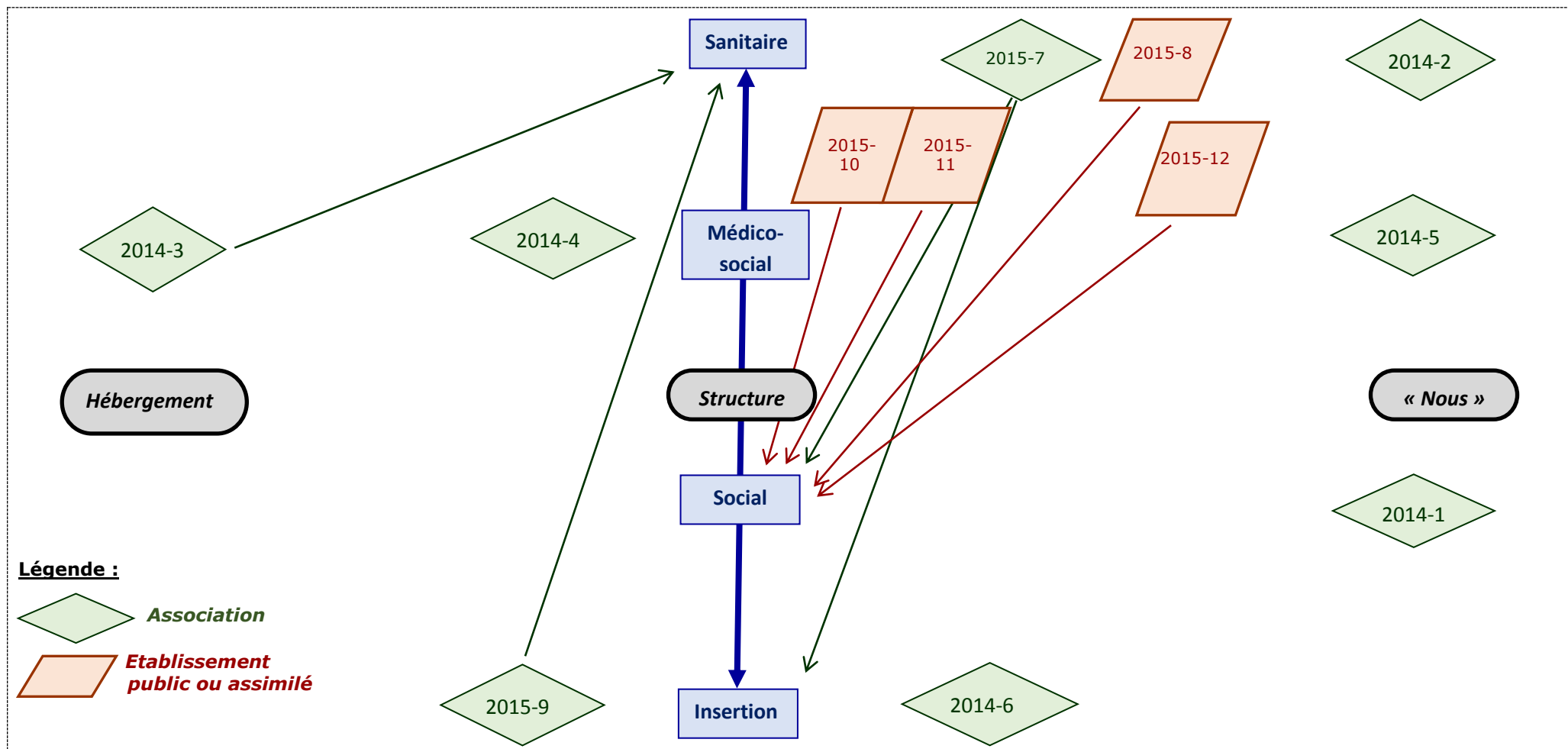


Tableau 4 : Les statuts des personnes rencontrées par actions

Actions	Usagers	Professionnels		Bénévoles	Cadres	Total
		Nombre	Type			
2014-1	2	1	Travailleur social chargé d'accès à la santé	0	1 Cadre	4
2014-2	3	1	Infirmier	1 Président	1 Coordinateur	6
2014-3	4	4	Assistant de service social +Educateur spécialisé+ Infirmiers (2)	0	1 Directeur + 1 Chef de service	10
2014-4	2	2	Médecin + Educateur Spécialisé	2° usagers et bénévoles	1 Directeur	5
2014-5	1	3	Educateur spécialisé+ Infirmier+ Secrétaire d'accueil	1 Vice-Président	1 Coordinateur	6
2014-6	5	8	Conseillers techniques (7) + Psychologue	0	1 Directrice + 1 Responsable secteur santé	15
2014	17°	19		4 °	8	46 (7.7)
2015-7	0	0		0	1 Cadre de santé	1
2015-8	5	2	1 médecin +1 accompagnatrice sociale	0	1 directrice adjointe	8
2015-9	3	3	1 infirmière+1 infirmier psy+1 chargé d'insertion	0	1 directeur adjoint	7
2015-10	3	6	1 psychologue clinicienne, coordinatrice de Réseau+ 4 travailleurs sociaux +1 infirmière	0	1 directeur 1 chef de service	11
2015-11	4	3	3 infirmiers psy	0	1 médecin psychiatre 1 cadre sup de santé	9
2015-12	0	3	3 éducateurs	0	1 directeur	4
2015	15	17		0	8	40 (6.7)
Total	32 °	36		4°	16	86 (7.33)

° Pour cette action, il y a un double compte : les usagers sont également bénévoles. Nous les faisons apparaître dans les deux catégories sans pour autant les compter deux fois.

De manière plus précise, parmi les professionnels, on retrouve deux groupes (tableau 5): des travailleurs sociaux, avec notamment des éducateurs spécialisés, et des professionnels du champ sanitaire, avec notamment des infirmières. Seuls deux médecins ont été rencontrés.

Tableau 5 : Les statuts des professionnels rencontrés

	2014	2015
Médecin, médecin psychiatre	1	2
Infirmier, infirmier psy	4	6
Psychologue	1	1
Travailleurs sociaux	5	7
Conseillers techniques	7	1
Autre	1	1
Total	19	18

➤ Les objectifs des projets

L'analyse des documents produits à l'issue des investigations, par les binômes, permet à la fois de mettre en évidence les objectifs poursuivis⁹.

La lecture des énoncés des douze actions étudiées donne à voir une grande diversité de pratiques.

On peut d'abord repérer les notions utilisées, en écho à ce que nous avons identifié au départ pour choisir les actions : les termes d'éducation et de promotion ne sont pas utilisés. D'autres sont utilisés de manière marginale : accès - aux soins ou à l'accompagnement - (3) ; prévention (2) ; parcours (1) ; aller vers (1). On se doit donc de constater un écart de vocabulaire. Pour autant, cela ne signifie pas que les pratiques n'ont pas à voir. Cela fait apparaître les décalages sémantiques entre les acteurs des politiques publiques et les promoteurs des actions. Sans doute un travail de traduction serait nécessaire.

On peut également appréhender les actions tant par la place occupée par la santé et le soin que par la finalité de l'action. Pour la place de la santé, il peut s'agir, dans un premier registre, de faire du lien entre les personnes et les organismes de soin pour accéder au système et aux professionnels de santé. C'est le cas pour l'accompagnement santé et pour le centre de soins infirmiers. Il peut aussi s'agir d'une « entrée en matière » pour avoir une appréhension plus globale de la situation de la personne, que ce soit en mission locale ou dans la réduction des risques. Il peut enfin s'agir d'un rapport plus distant encore lorsque l'on se propose de créer un espace de rencontre, dans lequel la préoccupation de la santé n'est sans doute pas également visible pour les différents protagonistes, comme dans la maison de l'adolescence par exemple.

Cette place différenciée de la santé est à mettre en relation avec la finalité des actions qui peut aller du lien social, à l'insertion socioprofessionnelle, à l'accès aux soins. Ces finalités distinctes sont enfin à mettre en lien avec la place qu'occupent les porteurs d'action dans l'espace que nous avons défini préalablement : la distinction sanitaire/médico-social/social/insertion va colorer

⁹ - L'ensemble des réponses est repris en annexe 3.

les projets à partir de l'origine du porteur de projet et des coopérations que celui-ci met en place.

➤ **Les cibles des actions**

Qu'en est-il des cibles de l'action ? Est-ce que des publics particuliers sont visés ou non ? Nous avons déjà abordé cette question, a priori, et à partir de notre propre repérage. Qu'en disent les porteurs d'actions¹⁰ ?

Deux actions visent le « tout public » : « *Tout type de personne* » (2014-2) ou « *Aux assurés sociaux bénéficiant des bilans de santé* » (2015-8). Cette définition doit cependant être relativisée dans la mesure où le tout public est « préconstruit » par le fait que ces deux actions portent sur des territoires bien identifiés, des quartiers de villes.

Une action porte sur un public cible « Les 13/21ans et les parents » (2015-12).

Les autres actions portent sur des usagers définis par les missions de ces structures :

- les jeunes : « *Les actions sont destinées aux jeunes des missions locales des Ardennes, le financement est porté par la Mission Locale de Charleville. Dans certains cas, la psychologue est sollicitée pour conseil par les conseillers* » (2014-6). « *Jeunes isolés/esseulés, jeunes un peu en difficulté sociale, jeunes Sdf, jeunes ayant un besoin de rencontrer d'autres jeunes, jeunes repérés par la Mission Locale et/ou partenaires, jeunes issus de familles éclatées* » (2015-9).

- les addictions : « *population pas forcément dans la précarité mais qui souffre d'une addiction. Tous âges, même si protocole particulier lorsque l'on reçoit un mineur* » (2014-4) et « *les usagers de drogue* » (2014-5).

- les personnes en situation de précarité : « *Public très ciblé jeunes, femme seule, sortie de prison (PRAPS) (2014-1). « Au sens de la circulaire : LHSS, patients en bobologie. Mais en réalité, le temps de présence s'allonge car problématique médicale alourdie (liée à la Réforme de l'hôpital selon le Directeur). Actuellement, 4 personnes relèvent d'une prise en charge qui n'est pas celle d'un LHSS » (2014-3). Personnes en situation de précarité vivant sur la ville de Reims et pour la plupart hébergées ou accompagnées par des structures existantes (2015-10). « Personnes en précarité et exclusion qui sont en mal-être/malades psy, non pris en charge dans un autre secteur psy. Définition large de la précarité : isolement pas seulement social ». (2015-11).*

Deux commentaires sur cette présentation des cibles des actions. Tout d'abord, on peut faire le lien avec une typologie utilisée ailleurs : « *il faut considérer que les besoins sociaux peuvent concerner des populations, des publics et des usagers. Dans le premier cas, il s'agit d'un ensemble de personnes qui résident sur un territoire et qui expriment – ou non – des besoins collectifs. Dans le second cas, il s'agit d'une sous population ciblée sur la base de certains critères qui peuvent être l'âge, les revenus, la situation familiale, le handicap, la*

¹⁰ - Un seul n'a pas donné d'indication. L'ensemble des réponses est repris dans l'annexe 3.

vulnérabilité... Dans le troisième cas, il s'agit des personnes appartenant à un public, effectivement touchées par un dispositif, une aide, une institution (Foudrignier, 2014). Nous retrouvons ici cette distinction, sachant que l'action ne peut pas se conduire de la même manière selon que l'on se focalise sur les uns et sur les autres. De plus, cela permet de faire apparaître une partie cachée de l'iceberg : la partie du public qui n'est pas usager, dit autrement les non recourant ou les invisibles. Ensuite, il faut relever que la cible n'est pas toujours là où on l'attend, soit parce que les personnes relèvent d'une autre forme de prise en charge, pas toujours accessible, soit parce que les professionnels peuvent être eux-mêmes la cible...

3. Des apports et des questionnements transversaux

Nous allons voir maintenant, à partir de l'analyse des douze actions, quels sont les apports et les questionnements transversaux. Plusieurs points apparaissent. Ils portent sur le lien aux politiques publiques ; les préalables aux parcours de soin ; l'aller vers le corollaire de l'accès aux soins ; de l'accès aux soins au parcours de santé ; analyser les temporalités et les spatialités ; la dimension pertinente des projets.

➤ Le lien aux politiques publiques

Les actions étudiées, et notamment celles de 2015, font, pour une part, référence aux politiques publiques. Par exemple, la CPAM fait à la fois référence à l'ordonnance de 1945 et à un arrêté de 1992 orientant les Centres d'examen de santé vers les publics vulnérables. « *Par ailleurs, l'objectif de développer le nombre de personnes en situation de précarité fait partie des objectifs de la convention d'objectifs et de gestion (COG) qui lie l'Etat à la CNAMTS.* » (Action 2015-7) (voir encadré 7). L'équipe mobile fait directement référence à la circulaire de 2005 qui les a rendues possibles...

Plus globalement, il nous faut préciser que cette référence est explicitement présente dans la moitié des actions étudiées¹¹. Elle est parfois ténue, lorsqu'il s'agit d'une circulaire, (action 11), ou d'une lettre circulaire (action 12). Il est à noter également que ces politiques sont plus directement liées aux politiques de santé et de santé publique.

Ce lien aux politiques publiques est plus étroit en 2015 qu'en 2014. En effet, seules deux actions y font référence en 2014 contre 4 en 2015. De plus, ce lien est en relation avec le statut des structures. Sur 7 projets portés par des associations, seuls deux sont référés, explicitement, à des politiques publiques. Pour les 5 autres actions portées par des établissements publics, ou des statuts apparentés, quatre sont adossées à des politiques publiques.

Doit-on en conclure que les établissements publics sont moins innovants que les associations ? Certes non. Il s'agit sans doute d'une autre manière d'envisager la question : pour les associations, les initiatives et les innovations sont a priori plus abordables. Pour les établissements publics, il s'agit d'une appropriation et d'une utilisation positive des dispositions légales et réglementaires. La preuve en est que tous les établissements de même type ne mettent pas en place les actions

¹¹ - L'annexe 4 reprend les textes de référence et notamment ceux qui valent pour les actions étudiées et les focus (voir supra).

étudiées, et ce, d'autant si les textes ont un faible pouvoir de contrainte¹².



Encadré 7 : Les Centres d'Examen de Santé dans la COG Etat/CNAMTS

Sont repris ici les principaux passages de la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) faisant référence aux CES.

L'Assurance Maladie s'appuiera sur ses partenariats afin de mutualiser les expertises et améliorer la participation des publics plus fragiles aux actions de prévention et d'éducation pour la santé. Enfin, elle mobilisera les Centres d'Examen de Santé (CES) pour apporter, en matière de prévention, des réponses plus ciblées en fonction des besoins et contribuer, au travers de leur participation au suivi de cohortes, à l'observation de l'état de santé de la population. (p 13).

Pour y parvenir, l'Assurance Maladie s'appuiera sur la mise en place du nouvel outil « Medialog + » pour optimiser chaque contact avec l'assuré que, ce soit aux travers des canaux de communication classiques, mais également lors de l'utilisation par l'assuré de services en santé (conseiller en santé dans le cadre de Sophia, conseiller de l'Assurance Maladie dans le cadre du PRADO, agent d'accueil des centres d'examen de santé ...). Cette meilleure connaissance de l'assuré permettra de lui proposer les services les mieux adaptés à ses besoins.

Ainsi, l'invitation d'un assuré en CES donnera lieu systématiquement au repérage de sa situation au regard de ses droits éventuels à la CMU-C ou à l'ACS mais aussi à des actions d'orientation dans le système de soins et dans les programmes de prévention et d'accompagnement de l'Assurance Maladie et de ses partenaires. (p 48).

Enfin, l'Etat veillera à enrichir les missions des médecins des centres d'examen de santé, en cohérence avec l'ensemble des actions par les autres acteurs du système de soins et au vu des besoins identifiés par leurs partenaires au niveau territorial. (p 62).

Mobiliser les centres d'examen de santé (p 64).

(Source : Convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS. 2014-2017, 28 juillet, 235 p.)

➤ Des préalables aux parcours de soin ?

La thématique de ce travail est centrée sur les parcours de santé. Avant de revenir sur cette notion, il est indispensable de distinguer les préalables aux parcours de soin. Il faut alors se centrer sur l'accès aux soins. En effet, 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,

¹² - Au sens de la différence entre la loi et la circulaire.

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 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.).

Ceci peut être explicité en faisant le lien entre souffrance et exclusion. Les travaux de Paul Ricoeur nous éclairent : il propose de répartir les phénomènes du souffrir, les signes du souffrir sur deux axes. « *Le premier est celui du rapport soi-autrui ; comment, dans ces signes, le souffrir se donne conjointement comme altération du rapport à soi et du rapport à autrui. Cela se passe sur un mode négatif à la façon d'une crise d'altérité que l'on peut résumer par le terme de séparation. Le second axe est celui de l'agir-pâtir. (...) La souffrance consiste dans la diminution de la puissance d'agir* »¹³. (Fourdrignier, 1999).

Pour les actions étudiées, trois exemples illustrent bien le fait que la thématique de l'accès aux soins reste très présente et prégnante pour certaines personnes : « *Le projet est né en 2001 du constat fait par différents travailleurs sociaux, paramédicaux et médicaux (PASS du CHU, CCAS de Reims, AS de la CRAM, psychiatre, responsables associatifs) de difficultés liées d'une part à leur isolement respectif et, pour les personnes accompagnées, à l'absence de continuité dans les soins, aboutissant à une logique d'urgences reconduites. « Il faut toujours tout refaire ». De plus, les personnes se positionnent difficilement dans le « aller vers ». (Action 10). « Deux collègues mandataires judiciaires remarquent qu'il y a un manque au niveau de l'accompagnement à la santé, ne serait-ce que pour aller chercher un certificat médical, les personnes ont des difficultés. (Action 1). « Un responsable formation associatif a constaté la difficulté à « accrocher » les publics, à leur faire prendre conscience de*

¹³ - RICOEUR (Paul).- La souffrance n'est pas la douleur. Autrement, Souffrances. 142, février 1994, p 59.

l'importance du bilan de santé. Il existait plusieurs freins et notamment celui de l'accès, se rendre au CES et s'y rendre seul ». (Action 8).

➤ **L'aller-vers, le corollaire de l'accès aux soins**

Cette notion de l'aller vers avait été largement développée dans le rapport de 2014. Il avait été notamment relevé que « *Les bénévoles et les professionnels vont au-devant des personnes et les rencontrent sur leur « territoire »*. (Rapport 2014, p 36). Dans la plupart des initiatives « l'aller vers » est présent. Il nous semble être le corollaire incontournable de l'accès aux soins. Encore faut-il préciser les choses. 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 8 : 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'Outreach¹⁴ 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^o 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

¹⁴ - « 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).

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

La référence à cette notion se décline pour nous de trois manières.

L'aller vers, le plus attendu, est celui des personnes vers les structures de soins. Il constitue un implicite de l'accès aux soins. Pourtant, comme le dit l'un de nos interlocuteurs, « *les personnes se positionnent difficilement dans le aller vers* ». 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 démythification du médecin.

Si l'on veut effectivement lutter contre les difficultés d'accès aux soins et développer une logique de parcours, il est nécessaire d'envisager les deux autres formes de l'aller vers. Cependant, l'affirmer ne suffit pas, il faut aussi voir dans quelle mesure c'est compatible avec les transformations du système de santé et de soin, qui peut plus prendre distance qu'aller vers. En effet, on pourrait dire que l'aller vers ne peut se limiter aux pratiques des professionnels, des bénévoles, cela concerne aussi les pratiques des organisations.

La deuxième forme de l'aller vers a surtout été observée dans les actions de 2014. 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.
- 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 le 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 soins¹⁵. 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, à 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 des professionnels, vers d'autres professionnels, ou des bénévoles, avec l'inévitable question des frontières (organisationnelles, professionnelles, personnelles...). Ensuite, il y a la liaison

15 - Ce constat est à l'origine de nombreux projets. On peut évoquer notamment celui qui a été initié par le SAMU social de Paris en 2014. Il s'agit du BEEP (Bus Espace Enfants Parents). « *Pour répondre aux besoins croissants d'hébergement des familles, le Samusocial de Paris est depuis plusieurs années contraint d'étendre ses réservations au parc hôtelier de la grande couronne. Isolement, difficultés d'accès au système de soins, tissu associatif moins dense pour ne pas dire parfois inexistant sont alors la cause de difficultés nouvelles. C'est pour aller à la rencontre de ces familles, connaître leurs besoins et les orienter, que le Samusocial de Paris a décidé, fin 2013, en faisant appel à des fonds privés, de tester la mise en place d'un Bus Espace Enfants Parents (BEEP)* ». <https://www.samusocial.paris/action/quest-ce-que-le-beep>. Voir aussi (Gaudin, E. Gatecloud, L. 2014).

avec les usagers. C'est donc cette capacité à faire ce double lien qui serait ici centrale.

La troisième forme de l'aller vers a plus été mobilisée pour les actions 2015 pour faire lien avec les personnes en situation de précarité. On peut parler d'une nouvelle forme car il s'agit d'aller vers les partenaires qui font lien avec les usagers eux-mêmes. Par exemple, pour l'action 2015-7, la responsable s'est constituée un réseau de partenaires qu'elle contacte et à qui elle propose de se déplacer pour exposer le contenu et l'intérêt des bilans de santé. Les usagers sont alors mobilisés par leur structure d'appartenance et la responsable de l'action expose devant eux la teneur et l'intérêt pour eux de participer au bilan de santé. Pour l'action 2015-8, cela passe par des rencontres, des contacts, des orientations via les centres sociaux sur des thèmes très variés. Cela nécessite de multiplier les contacts physiques ou par téléphone ; c'est toute l'importance du réseau.

Pour le réseau santé précarité, la place des usagers dans le projet initial était définie de la manière suivante : *« Les usagers étaient, (et sont), dans leurs structures respectives. L'objectif, si l'on reprend les documents d'origine, était de coordonner et d'échanger entre professionnels pour mieux se structurer. Les usagers eux-mêmes n'ont pas été présents physiquement dans le projet, mais leur représentation par les professionnels impliqués est réelle. C'est à travers le travail fait sur des situations concrètes que la vie et les difficultés spécifiques d'accès aux soins des usagers a été mise en évidence et qu'ainsi, progressivement, s'est mis en place un véritable réseau d'acteurs »*. Plus que l'aller vers, il s'agit ici de développer le travail en réseau avec les autres structures et les autres professionnels.

Si cette analyse se confirme, il faut aller plus loin pour comprendre cette distinction entre ces deux formes de recours à l'aller vers. Est-il inhérent à la dominante de santé que présentent les structures de 2015 ? Est-il lié au statut plus souvent public et à une moindre proximité, aux usagers ? Est-il lié aux missions des organismes ? On pourrait faire l'hypothèse que deux modes d'intervention apparaissent :

- le premier, porté par les associations, relève plus de l'observation des besoins, de la création de réponses, sur le mode de l'innovation, par le biais de réponses directes et de contact direct avec les usagers.
- le second, porté par les établissements publics, prend plus souvent son origine dans les politiques publiques à travers des directives légales ou réglementaires. Pour autant, une initiative spécifique est prise ; elle vise souvent à entrer en relation avec des intermédiaires d'autres champs que le sien propre, ces intermédiaires faisant lien avec les usagers eux-mêmes. Il s'agirait plus ici d'un travail de liaison, plus que d'innovation, à moins que l'innovation ne réside dans la création de la liaison. Ces initiatives permettent de transcender les clivages habituels et de mettre en relations des structures, qui, sans ces actions, ne seraient pas amenées à coopérer.

➤ **De l'accès aux soins au parcours de santé**

Depuis le départ de ce projet, la focalisation sur les parcours est forte. Pourquoi se focaliser sur les parcours ? Que nous en dit l'expertise collective ? Que peut-on conclure sur ce point ?

De manière générale, la notion de parcours devient une référence dans l'analyse du fonctionnement social. Cécile Van de Velde, dans un ouvrage récent, rend bien compte de cette transformation : *« auparavant, on s'attachait surtout à observer les transitions, les frontières entre les âges qui conduisaient le jeune vers l'âge adulte, puis vers la vieillesse. (...) les parcours des individus sont devenus plus compliqués. (...) C'est ce que l'on appelle la « sociologie des parcours de vie » qui observe la façon dont les individus réussissent, ou non, à conduire leur propre existence »*¹⁶

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 »*¹⁷ (Bloch, Hénaut, 2014, p 95).

Pour y voir plus clair, il est nécessaire d'avoir en tête les trois types de parcours (encadré 9).



Encadré 9 : Les trois types de parcours

De façon habituelle, on identifie trois catégories de parcours :

- les parcours de soins : ils sont la réponse aux besoins sanitaires. Ils intègrent donc les soins ambulatoires et hospitaliers (soins de premiers recours et hospitalisation, hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, unités de soins de longue durée...);
- les parcours de santé : ils sont la réponse aux besoins de prévention, médico-sociaux et sociaux. Ce sont donc les parcours de soins articulés avec, d'une part, les actions de prévention et d'autre part, l'accompagnement médico-social et social, et le retour à domicile des personnes (établissements médico-sociaux, structures d'hébergement temporaire et de répit, services à domicile...);
- les parcours de vie : ils sont la réponse aux besoins de la personne dans son environnement. Ils intègrent donc les facteurs éducatifs, environnementaux, de réinsertion professionnelle, un éventuel contexte juridique, l'entourage familial.

(Source : Fery Lemonnier, 2014, p 13-14)

L'intérêt d'une telle typologie est, pour l'auteur, de *« permettre à chacun des acteurs d'agir dans une vision globale du parcours des patients et usagers qu'il prend en charge, et de ne pas ignorer les autres acteurs dans ses propres travaux. Elle permet aussi de décrire une complexité croissante des besoins des personnes et d'identifier les individus (et les parcours) les plus complexes, qui*

¹⁶- ASH. (2016). « Nous avons collectivement du mal à penser la vie comme un parcours à construire ». Rencontre avec Cécile Van de Velde, n° 2948, 19 février, p 36-37. Elle vient de publier Sociologie des âges de la vie, A.Colin.

¹⁷ - Communication relative à la stratégie nationale de santé annoncée par le Premier Ministre dans sa déclaration de politique générale, 16 janvier 2013.

cumulent problèmes sanitaires et difficultés sociales. On considère généralement que 5 à 10 % des patients sont en situation complexe ». (Fery-Lemonnier, 2014, p 14).

Cependant, cette typologie considère comme un allant de soi d'identifier ses besoins, de les prioriser, d'avoir accès aux soins pour permettre de mobiliser les réponses existantes qu'elles soient de l'ordre des soins ou des pratiques de prévention. C'est sans doute ce non allant de soi qui caractérise les parcours complexes. Cette notion vient d'être définie dans la nouvelle loi de santé : « *Le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux.* ». (Art. L. 6327-1. du CSP).

C'est le sens, par exemple, de l'action 2015-7 puisqu'après avoir amené des personnes à réaliser un examen de santé, on va chercher à les suivre et à s'assurer que les préconisations d'un accès à des soins de santé est bien pris en compte par la personne en situation de précarité et lui faciliter l'accès aux soins en levant les freins. Il s'agit donc de mettre en place un suivi post bilan afin de ne pas perdre le bénéfice du bilan et de s'assurer que les problèmes médicaux détectés trouveront une résolution. C'est donc la présence d'un - ou de plusieurs professionnels - qui va permettre d'éviter des ruptures dans les parcours de soin et de santé. Dans cette mesure, l'accompagnement est bien nécessaire si l'on souhaite que les parcours puissent se développer. C'est d'ailleurs le sens des dispositions de la loi du 26 janvier 2016 puisqu'il s'agit, notamment, (voir encadré 10), de mieux informer et mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé¹⁸.



Encadré 10 : Les parcours de santé dans la loi du 26 janvier 2016

La loi de santé du 26 janvier 2016 consacre une place centrale aux parcours de santé. En effet, un des cinq titres de la loi, le II, est intitulé « *faciliter au quotidien les parcours de santé* ». Cela se traduit par cinq axes - qui correspondent aux cinq chapitres du titre de la loi :

- promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé
- garantir l'accès aux soins
- mieux informer, mieux accompagner les usagers dans leurs parcours de santé
- renforcer les outils proposés aux professionnels pour leur permettre d'assurer la coordination du parcours de leur patient
- ancrer l'hôpital dans son territoire ».

« Art. L. 6111-1-1. Dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits. A cet effet, ils concluent, avec l'Etat, des

¹⁸ - L'annexe 5 reprend les cinq références faites dans cette loi aux personnes en situation de précarité... sur un ensemble de 227 articles...

conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

Autant l'aller vers est le corollaire de l'accès aux soins, autant l'accompagnement joue le même rôle pour le déroulé du parcours de santé. Pour autant, cela laisse en suspens les questions classiques par rapport à l'accompagnement : qui va le faire ? Quelles doivent être les postures de l'accompagnant ? Est-ce que cela relève exclusivement d'un accompagnement professionnel ? Comment faire pour que l'accompagnement ne s'inscrive dans une temporalité trop longue ? Des éléments de réponse sont apportés par un rapport visant à définir les contours de l'accompagnement santé, tel qu'envisagé dans la loi de santé qui vient d'être publiée. *« Ces apports permettent de singulariser l'accompagnement à l'autonomie en le reconnaissant comme un processus d'empowerment des personnes concernées par une vulnérabilité en santé. (...) L'accompagnement à l'autonomie en santé n'est pas la simple addition d'actions (information, éducation, conseil, soutien). Elles doivent être conduites en visant l'émancipation des personnes, c'est à dire leur « encapacitation » à faire leurs propres choix et non pas dans l'idée d'un processus de responsabilisation, opposé aux seules personnes et dégageant celles des organisations publiques et privées »* (Saout, Voiturier, 2015, p 5).

➤ **Analyser les temporalités et les spatialités**

Comme toutes les pratiques sociales, les pratiques de santé s'inscrivent dans le temps et dans l'espace. Ces deux paramètres vitaux ont connu des transformations sociétales importantes, que ce soit l'accélération du temps¹⁹ ou le développement d'une idéologie et d'injonctions à la mobilité. Cela contribue à créer des écarts entre les différents acteurs du système de santé et, par suite, à rendre d'autant plus difficile l'accès aux soins comme la réalisation des parcours de santé. Sur cette base, on peut comprendre le développement des ruptures et des non recours.

Par exemple, 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 époque 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*

¹⁹ Voir sur ce thème les travaux du sociologue allemand Hartmut Rosa. *Accélération. Une critique sociale du temps*. La découverte, 2010, 475 p.

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).

C'est aussi le cas pour la temporalité des projets et de leurs financements. De plus en plus s'opposent les financements pérennes et les financements sur projets inscrits dans des temporalités courts. Cela a aussi des conséquences sur le temps de l'évaluation : pour reconduire le financement d'un projet, on va chercher à savoir si dans un temps court il a obtenu des résultats et eu des impacts.

Dans le prolongement de ce que nous avons évoqué, pour l'aller vers la réflexion est la même pour les spatialités et les rapports à l'espace. Il serait important de développer une réflexion critique sur l'approche territoriale développée aujourd'hui dans le champ de la santé et ses impacts sur l'accès aux soins et la construction de parcours de santé. Le territoire de santé, unité territoriale d'action des politiques publiques ne correspond que très rarement aux territoires vécus des populations. Il en va de même pour les pratiques de réseaux qui, de plus en plus, s'inscrivent dans des territoires départementaux ou régionaux, en prenant distance des usagers et des acteurs de proximité. Cette notion est centrale dans les pratiques étudiées ; de même, lorsqu'il est fait référence à des réseaux, il s'agit souvent de réseaux de proximité.

➤ **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 pour 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, 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. D'une autre manière c'est la capacité à faire de la liaison, à développer des réseaux de

proximité et à construire des partenariats effectifs qui reste déterminante. Sur le principe cela n'a rien de très nouveau mais dans les pratiques cela reste à construire au quotidien tant pour les acteurs physiques que pour les organisations elles-mêmes. On voit poindre l'une des tensions fortes de l'époque : la capacité à travailler ensemble tout en étant mis de plus en plus dans des situations de concurrence.

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. « ELARGISSEMENTS » ET TRANSFERABILITE

A. Les Focus

Au-delà de l'analyse des 12 actions probantes, nous avons souhaité réaliser des Focus sur des actions, services ou dispositifs spécifiques « santé » du secteur social et médico-social afin d'apporter un complément d'information à nos analyses au travers d'études, fiches actions, observatoires récents.

Il existe un nombre important de réflexions et d'articles sur la thématique « Santé-Précarité » : l'ensemble de ces références sont mentionnées dans la Bibliographie de ce document.

Les Focus :

- Les Résidences Accueil de la région Champagne-Ardenne
- Un éclairage sur le Parcours de santé en Belgique
- La Banque d'expérience de l'UNCCAS
- Les Fiches de la FNARS issues du Guide accompagnement santé FNARS 2016 :
 - Aller vers les personnes en matière de santé
 - Accompagner en partenariat
 - Accompagnement santé et addictions
- Journée d'échanges entre Personnes en précarité et Acteurs sociaux : CCRPA
 - CCRPA de Provence Alpes Côte d'Azur
 - CCRPA de Champagne-Ardenne

1. Les Résidences Accueil

Résidence Accueil Résidence Accueil « Les Petits Jardins » (UDAF 51 – Châlons-en-Champagne) Résidence Accueil « L'Envol » (Jamais Seul – Reims)	
<i>Présentation de l'action et du porteur :</i>	
Porteur du projet : Association UDAF de la Marne 43 Bd Kennedy 51100 Châlons-en-Champagne	Personne-contact : F. FERREIRA Chef de Service hébergement
Porteur du projet : Association Jamais Seul 4 Boulevard Hector Berlioz La Neuville – 51100 Reims	Personne-contact : P. PELATAN - I. DUPUIS Directeur – Chef de Service
Action : Réaliser un « Focus » dans notre étude sur les 2 résidences accueil de la région : Pension de Famille dédiée à des personnes handicapées psychiques suivies par un service d'accompagnement (Accompagnement social, SAVS ou SAMSAH)	

Définition rapide de l'action :

La résidence accueil, comme les maisons relais, est une modalité de résidence sociale clairement inscrite dans le champ du logement social et relevant du code de la construction et de l'habitation. Elle s'inscrit dans une logique d'habitat durable, sans limitation de durée, et offre un cadre de vie semi collectif valorisant l'intégration dans l'environnement social.

Le concept de résidence accueil, qui associe Pension de Famille et service d'accompagnement, a été créé pour adapter les pensions de famille aux spécificités des personnes en situation de handicap psychique :

- l'obligation de "diversité de population", applicable aux résidents des Pension de Famille, n'est plus applicable dans le cas des résidences accueil qui sont des structures spécialisées handicap psychique, et n'accueillent que des personnes en situation de handicap psychique
- des conventions doivent être passées avec le secteur psychiatrique d'une part, et un service d'accompagnement (SAVS ou SAMSAH) d'autre part, afin d'assurer la continuité des soins et l'accompagnement social nécessaires aux personnes en situation de handicap psychique

Les Résidences Accueil s'adressent à des personnes suffisamment stabilisées pour vivre en logement autonome, mais dont la fragilité rend nécessaire une présence qui, sans être continue, apporte sécurité et convivialité, ainsi qu'un accompagnement social.

Les conditions de fonctionnement des parties "Pension de Famille" et service d'accompagnement des résidences accueil sont celles des Pensions de Famille d'une part et des services d'accompagnement d'autre part, auxquelles on se reportera.

L'admission en résidence accueil se fait via le SIAO du département puis par la commission d'admission de la structure, avec une orientation CDAPH pour la prise en charge par le service d'accompagnement.

<i>Le projet initial</i>	Une volonté des structures de proposer une offre diversifiée de logement pour les publics précaires rencontrant des problématiques psy. Un besoin de création de ces structures sur les territoires de Reims et Châlons-en-Champagne : besoin réaffirmé dans les différents diagnostics territoriaux, les attentes des acteurs du secteur social et sanitaire, dans le cadre de la stratégie du Logement d'Abord Co-construction des projets : des rencontres croisées entre associations du secteur AHI, des associations du secteur psy. (UNAFAM, ...) et le secteur hospitalier psy.
<i>L'action actuelle</i>	Pour les 2 porteurs du dispositif : ✓ La Résidence Accueil = Pension de famille et Service d'accompagnement ✓ Un concept pour adapter les pensions de famille aux spécificités des personnes en situation de handicap psychique ✓ Un projet social articulé autour du triptyque : - Logement assorti de la présence d'un hôte - Accompagnement à la vie sociale et vers les services de santé - Accompagnement à des activités sociales, culturelles et récréatives
<i>Le vécu de l'action</i>	C'est une offre adaptée de logement pour une certaine catégorie de personnes relevant de maladie mentale. L'obligation de soin est un repère et un support pour tous : usagers et salariés. L'accompagnement « au cas par cas », de proximité, d'écoute de l'équipe permet aux personnes malades de se structurer et de progresser dans leur autonomisation. Le travail pluridisciplinaire effectué, en individuel et en collectif, au sein de la structure s'appuie sur les partenaires (sociaux et médicaux) du territoire d'implantation : les travailleurs sociaux sont en proximité des personnes sans être intrusifs et ils créent des liens nécessaires avec les acteurs locaux pour répondre aux besoins du public accueilli rencontrant des troubles psychiques.

Les résultats obtenus	Un réel partenariat entre les secteurs « hébergement/logement » et « psychiatrie » pour l'accès aux soins des personnes sur un territoire donnée. Moins d'hospitalisation et stabilité des personnes grâce à ce dispositif logement + l'accompagnement proposé = collectif et individuel. L'action doit être poursuivie car elle a un réel impact positif sur les usagers.
Le devenir de l'action	<u>Développement et transférabilité :</u> ✓ Le problème du financement se pose : 16€/jour/personne accueillie ✓ Nécessité de pérenniser ce dispositif et de l'étendre sur l'ensemble du territoire ✓ Importance de la mise en réseau des porteurs de ce dispositif pour un échange de pratiques et partage d'expériences dans un souci de renforcer le partenariat entre les professionnels du secteur psy. et ceux du secteur de l'inclusion sociale.



Encadré 11: Les résidences accueil

La Résidence accueil, comme la pension de Famille (ex. Maisons relais), est une modalité de résidence sociale clairement inscrite dans le champ du logement social et relevant du code de la construction et de l'habitation. Elle s'inscrit dans une logique d'habitat durable, sans limitation de durée, et offre un cadre de vie semi-collectif valorisant l'intégration dans l'environnement social.

Le concept de résidence accueil, qui associe pension de Famille et service d'accompagnement, a été créé pour adapter les pensions de famille aux spécificités des personnes en situation de handicap psychique.

Elles s'adressent à des personnes suffisamment stabilisées pour vivre en logement autonome, mais dont la fragilité rend nécessaire une présence qui, sans être continue, apporte sécurité et convivialité, ainsi qu'un accompagnement social.

2. Les Réseaux de santé belges

Les recherches menées pour élargir notre réflexion nous ont amené à découvrir l'expérience des relais santé en Wallonie et à la retenir tant les similitudes avec les expériences étudiées sont fortes.

<i>Les Relais Santé en Belgique NAMUR</i>	
<i>Texte de référence</i>	Arrêté du Gouvernement wallon du 27 mai 2009 modifiant, en ce qui concerne les relais santé, l'arrêté du Gouvernement wallon du 29 janvier 2004 relatif à la reconnaissance et au subventionnement des relais sociaux (<i>Le Moniteur Belge</i> du 02/07/2009, p. 45331)

Missions réglementaires	Les missions du relais santé sont : ✓ 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, intégrant les communes avoisinantes lorsque le niveau de cohésion sociale défini conformément à l'article 3 du décret du 6 novembre 2008 relatif au plan de cohésion sociale dans les villes et communes de Wallonie, pour ce qui concerne les matières dont l'exercice a été transféré de la Communauté française, est analogue ou proche de celui de la commune où se trouve le siège du relais social. La première ligne de soins recouvre l'ensemble des dispensateurs de soins susceptibles d'intervenir au domicile. La deuxième ligne de soins recouvre l'ensemble des institutions et établissements de soins.
	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. Au total ce sont 6 Relais Santé qui se sont développés dans les grandes villes wallonnes.
Présentation	<i>Finalité :</i> Permettre aux personnes grandement précarisées d'accéder aux soins afin d'améliorer l'état de santé global, tant au niveau physique, mental que social. <i>Qui ?</i> Une équipe de terrain, composée de trois infirmiers à temps plein, qui sont 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.
Publication	Le relais santé namurois : Améliorer l'accès aux soins des personnes très précarisées. <i>Cahier Labiso, n° 138, octobre 2012, 26 p.</i>
Liens	Namur : ✓ http://rsun.jimdo.com/le-relais-sante/ Charleroi : ✓ http://www.relaissocialcharleroi.be/pages/qui-sommes-nous/relais-sante.html



Encadré 12 : Les pratiques du relais santé namurois

« Le Relais Santé de Namur s'attache à améliorer l'accès aux soins des personnes en grande précarité et à les ramener vers le réseau des soins traditionnels. Les infirmiers tentent de répondre à ces objectifs à travers trois grands axes : accroche du public, détection des besoins et des demandes. Cette action se réalise directement dans la rue, mais aussi via une présence dans plusieurs institutions sociales : restaurants sociaux, lavoirs sociaux... C'est ce qu'on appelle le « zonage institutionnel ». Troisième axe : des permanences, au sein desquelles des soins infirmiers sont réalisés, de même qu'un travail de relais vers d'autres services de santé et sociaux quand c'est nécessaire.

Au contact des infirmiers du Relais, on s'aperçoit que leur travail dépasse largement la réponse à une demande d'être soigné, au sens médical du terme. On peut se référer ici à la distinction sémantique anglo-saxonne entre le « cure » (soigner une maladie) et le « care » (le souci de l'autre, le fait d'en prendre soin). Ils le font en tenant compte des dimensions de bien-être, physique et psychologique de ces personnes, mais aussi de rapports au corps ou au temps. Une de leurs lignes de conduite demeure le respect, dans la mesure du possible, des rythmes et choix personnels, même s'ils vont à l'encontre de leurs propres priorités de soignants. Les patients sont considérés comme des acteurs de leur propre santé.

Tout ce travail ne peut se faire sans une imbrication importante dans tout un maillage de travailleurs de terrain, actifs dans les secteurs de la santé (en ce compris la santé mentale) et du social. Ce travail en réseau est organisé par le Relais Social Urbain Namurois (RSUN), qui est également l'organe de pilotage du Relais Santé. Un des succès de cette collaboration : les équipes mobiles de rue. ».

(Source : Le relais santé namurois (2012). Améliorer l'accès aux soins des personnes très précarisées. Cahier Labiso, n° 138, octobre, 26 p)

3. La Banque d'expérience de l'UNCCAS

Les données qui suivent reposent sur l'exploitation de la banque d'expériences de l'action sociale locale de l'UNCCAS. Celle-ci a été conçue pour permettre la

mutualisation des bonnes pratiques initiées par les centres communaux d'action sociale. Elle vise également à faire connaître le savoir-faire des CCAS et CIAS et la diversité de leurs actions locales.

Elles sont classées par thématiques : accès aux soins, prévention santé, santé et santé mentale.

Parmi les 669 fiches disponibles²⁰, nous avons retenu 4 expériences proches des actions analysées dans notre étude.

<i>Date</i>	<i>Action</i>	<i>Porteur et lien</i>
01/03/2013	Bus prévention Santé	CCAS de Privas http://www.unccas.org/bus-prevention-sante
01/02/2014	Favoriser une insertion socio-professionnelle par la pratique d'activités sportives	CIAS du Cap Sizun http://www.unccas.org/favoriser-une-insertion-socio-professionnelle-par-la-pratique-d-activites-sportives
01/01/2010	Point écoute souffrance psychique	CCAS Chalon-sur-Saône http://www.unccas.org/point-ecoute-souffrance-psychique
01/01/2008	Mise en place d'une équipe mobile dans le cadre d'une prise en charge globale des femmes victimes de violences	CCAS de Montpellier http://www.unccas.org/mise-en-place-d-une-equipe-mobile-dans-le-cadre-d-une-prise-en-charge-globale-des-femmes

4. Guide accompagnement santé – FNARS 2016

La FNARS publie 10 fiches actions thématiques, pratico-pratiques, en attendant la publication de la première partie du guide qui sera éditée après le vote de la loi santé (début 2016).

Aller vers les personnes en matière de santé :

Dans le cadre d'un accompagnement santé (dont « l'aller vers » est une composante), il est nécessaire de penser la santé comme une thématique transversale à tous les pans de l'accompagnement car la prise en compte de la santé ne se réduit pas à l'ouverture/ l'actualisation des droits sociaux ou l'accès aux soins. La posture préconisée est celle contenue dans les principes de l'accompagnement et va prendre en compte :

²⁰ <http://www.unccas.org/-banque-d-experience->

- . la personne dans sa globalité ;
- . ses potentiels, compétences et capacités ;
- . les difficultés qu'elle rencontre ;
- . les freins à l'insertion (souffrance psychique, conduites addictives...).

Il n'est pas toujours aisé de parler de sa santé avec un travailleur social. La première demande concerne parfois davantage l'hébergement / logement, les droits, le travail.

Insertion, logement, santé, emploi, etc. sont des leviers réciproques et à ce titre, se doivent d'être considérés ensemble. Aborder la question de l'emploi avec la personne par exemple peut permettre d'aborder des aspects liés à la santé : il peut s'agir par exemple de proposer un bilan de santé pour vérifier que tout va bien. La démarche d'aller vers va contribuer à aider la personne à restaurer le rapport à son corps, à retrouver une image positive d'elle-même, à avoir le souci de prendre soin de sa santé, à adopter une attitude préventive face aux risques auxquels elle est exposée.

La démarche d'« aller vers » comporte deux composantes :

- . Le déplacement physique, « hors les murs », vers les lieux fréquentés par la personne (la rue, la gare, le pied d'immeuble, le parc public, le squat, le domicile, etc...),
- . L'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans jugement, avec respect

(Source : FNARS (2015). *Aller vers les personnes en matière de santé. Guide accompagnement santé*).

Accompagner en partenariat

Cinq principes de base à l'action partenariale

1. Le principe d'intérêt mutuel des partenaires : Pour être viable un partenariat doit, dès le départ, susciter une source d'intérêt pour les différentes parties.
2. Le principe d'égalité des partenaires : Le partenariat repose sur des relations d'égal à égal, non hiérarchiques.
3. Le principe d'autonomie des partenaires : Les différentes parties s'engagent de leur propre chef et demeurent libres dans leur action.
4. Le principe de coopération entre les partenaires : Une entente partenariale s'inscrit dans un projet partagé et celui-ci n'a de sens que s'il y a entraide et échanges significatifs entre les partenaires.
5. Le principe d'évolution entre les partenaires : Un partenariat s'inscrit au sein d'un espace-temps limité nécessitant une évaluation continue dont la résultante peut se traduire par des changements ou une cessation de l'entente de coopération.

(Source : FNARS (2015). *Accompagner en partenariat. Guide accompagnement santé*).

Accompagnement santé et addictions

Enjeux essentiels

L'accompagnement en addictologie nécessite une diversité d'acteurs et d'aides pour répondre aux multiples problématiques rencontrées : conduites à risques de

l'adolescence, précarité, pathologies psychiatriques, psycho-traumatismes, souffrances familiales, complications somatiques, isolement social, délinquance, difficultés d'accès aux soins, à la prévention, aux droits, à l'insertion économique, à la culture. Ainsi, le parcours de soin ne peut être linéaire. Il n'existe pas de « modèle unique », chaque situation nécessite d'évaluer les besoins spécifiques et les réponses les plus adaptées.

Dans ce contexte, les enjeux sont :

Autour de l'accompagnement de la personne :

- . Pour certaines personnes en situation d'exclusion, un cumul de difficultés renforcées par des problématiques liées à l'addiction et de troubles psychiques.
- . L'isolement des usagers et/ou leur non-sollicitation des dispositifs : à terme, selon l'INSERM2 « une addiction sévère non soignée aboutit le plus souvent à l'isolement, la désocialisation et la paupérisation ».
- . Les professionnels expriment des difficultés à aborder ces questions par méconnaissance, représentations ou sentiment de ne pas être légitimes pour le faire, ou bien par crainte des comportements que peuvent générer des conduites addictives au sein d'un collectif.
- . Les représentations liées aux addictions qui peuvent constituer un frein à l'accompagnement des personnes : dépasser ses représentations, souvent d'ordre personnel (qui dépendent de l'histoire de chacun, de ses expériences, connaissances, rencontres) pour accompagner la personne dans le respect de ce qu'elle est.

Des obstacles structurels existent :

- . Le décalage entre l'offre et la demande en matière d'hébergement et d'insertion qui entraîne une sélection excluant encore plus les personnes souffrant d'addiction.
- . Un modèle d'insertion pensé dans une logique de parcours, marqué par des étapes qui peuvent se traduire pour les personnes par des changements de lieux, d'interlocuteurs, etc.
- . Autant de ruptures qui ne sont pas compatibles avec un parcours de soins pensé dans la durée.
- . Des règlements de fonctionnement excluant à l'égard des conduites addictives, avec par exemple une logique totale d'exclusion des consommations.

Entre professionnels des différents secteurs

- . Une certaine méconnaissance de l'existence de partenaires potentiels sur les territoires, des missions et des contraintes spécifiques à chaque dispositif, de l'histoire et de la culture de travail de chacun.
- . Une insuffisante coordination des acteurs et des pratiques autour de la situation de la personne.
- . Les contraintes liées au secret professionnel qui rendent difficile l'identification des éléments d'information qui peuvent être partagés, de ceux qui ne peuvent pas l'être.

**(Source : FNARS (2015). *Accompagnement santé et addictions*
Guide accompagnement santé).**

5. Point de vue des personnes : CCRPA Conseil Consultatif Régional des Personnes Accompagnées/ accueillies

CCRPA PACAC : contribution de la journée du 26 Mars 2013 à Marseille

« Faciliter l'accès à la santé : comment y remédier ? Les propositions »

AMELIORER l'INFORMATION

- . Informer les patients sur leurs droits en lien avec l'accès aux soins à travers des lieux, des espaces, des groupes de parole et par la mise à disposition de brochures.
- . Tableaux/bureaux d'information dans les établissements pour l'affichage d'information sur la santé.

FACILITER la PRISE en CHARGE FINANCIERE

- . Généraliser le tiers payant pour tous les patients ayant des revenus inférieurs au SMIC (et percevant des minima sociaux).
- . Créer un lien automatique entre perception de l'AAH et de la CMU, pour les personnes handicapées.
- . Faciliter l'accès à la santé en simplifiant les procédures : l'ouverture de droits systématique à généraliser.

SENSIBILISER les PATIENTS

- . Par l'Education à la santé, l'utilisation de témoignages d'autres personnes dans des situations comparables.
- . Par une pédagogie basée sur une approche par le corps – pour aborder les problèmes liés au corps. La prise en compte du rapport au corps permet de mieux adapter l'information et les modalités d'accompagnement des personnes (en fonction des cultures, religions, pathologies, handicaps).

FORMER/SENSIBILISER les professionnels

- . Formation/sensibilisation des médecins : la manière dont le médecin aborde le patient a un impact sur le comportement du patient.
- . La forme de la communication doit être adaptée aux difficultés rencontrées par la personne. En fonction de l'attitude du professionnel, le patient aura plus ou moins envie d'y retourner ou de suivre son traitement. En fonction de la représentation qu'ils ont des patients, des médecins n'ont pas la même attitude, ne font pas les mêmes prescriptions. Aussi, les médecins doivent pouvoir être sensibilisés/formés à l'accompagnement des publics en difficulté, par des informations sur les difficultés rencontrées par ces publics, et cela, dès la formation initiale, sur la pédagogie, sur la communication des rapports avec les publics en précarité.
- . Les médecins doivent pouvoir consacrer plus de temps dans le cadre de ces consultations, pour s'assurer que les informations ont bien été comprises par les personnes, notamment au regard de l'intérêt que cela peut représenter pour leur santé.
- . Favoriser l'estime de soi au sein des pratiques professionnelles : le travail sur l'estime de soi peut être favorisé par le déploiement d'équipes mobiles pluridisciplinaires qui vont écouter la personne – aller vers elle – sur le modèle des maraudes – sorte de délocalisation du travail social.
- . Les professionnels du travail social devraient pouvoir être formés sur ces questions de l'estime de soi des personnes en précarité, pour mieux les accompagner.

ADAPTER les dispositifs à l'accompagnement des personnes

- . Développer les consultations médicales gratuites.
- . Favoriser le déplacement de médecins dans les établissements. Mais également des assistantes sociales dont les déplacements dans les établissements ou les lieux d'accès aux droits permettent de diminuer les délais d'attente pour les rendez-vous et les suivis.
- . Créer une passerelle pour l'ouverture des droits – un dossier unique pour les minima sociaux et les autres droits. Avoir un logiciel unique.
- . Pour les personnes en grande précarité : favoriser les accompagnements où ce sont les professionnels qui « vont vers » et non l'inverse (où ce sont les personnes qui doivent faire une démarche pour être accompagnés).
- . Développer les Equipes de rue, mais pas uniquement sur les compétences psychiatriques, car les personnes en grande précarité ont également des problèmes somatiques (de la *bobologie* à des problèmes plus graves). Les PASS mobiles devraient également être développées.

LUTTER CONTRE les REFUS de soins et les dépassements d'honoraires

- . **Concernant les dépassements honoraires** : Il pourrait être proposé aux médecins d'avoir dans leur patientèle un pourcentage de personnes qui ont des difficultés sociales, un quota, pour lesquels, ces dépassements ne seraient pas pratiqués.
- . **Concernant les refus de soins** : il pourrait être instauré une incitation fiscale liée au quota de patients CMU/AME : par exemple : si leur patientèle est composée de 6 à 10% de personnes ayant la CMU, les médecins ont droit à cette réduction fiscale, et au contraire, des sanctions financières pourraient être appliquées. Pour définir les pourcentages, il conviendrait de prendre en compte les réalités territoriales. En cas de refus de soins : le patient pourrait demander la motivation de ce refus, et une procédure pourrait être déclenchée en cas de refus non justifié.

CCRPA Champagne-Ardenne : contribution de la journée du 18 octobre 2011 à Charleville-Mézières

« Quel Accès aux soins pour les personnes fragiles aujourd'hui ? »

Être en bonne santé : quelle définition commune ?

Trois définitions sont ressorties :

- ✓ C'est avoir un état de bien-être physique et moral lié à des conditions matérielles et sociales favorables
- ✓ C'est un tout (mental, physique, et social), être sain de corps et d'esprit et se sentir reconnu
- ✓ C'est le bien-être physique, moral, et social.

L'accès aux soins des personnes : quelles difficultés ?

- . Aller vers => le médecin vient.
- . Dédramatiser les choses en faisant venir les professionnels dans les structures (entretiens individuels ou collectifs).
- . Document unique d'accès aux soins.
- . Information neutre sur les mutuelles, une présentation claire et accessible permettant de faire son choix et de ne pas avoir de mauvaises surprises (non remboursement, surcoût, non prise en charge, ...).

Les leviers : qu'est-ce qui permet d'être en bonne santé ?

- . Créer des groupes de paroles, pouvoir échanger pour oser ensuite

- . Donner les moyens aux médecins (temps, disponibilité, écoute) d'accueillir respectueusement les patients en difficulté sociale.
- . Mettre en place comme à Charleville-Mézières : une équipe mobile.
- . Développer la proximité (maisons de santé, meilleure répartition des médecins).
- . « Chéquier santé » pour tous.
- . Donner du temps aux travailleurs sociaux pour accompagner vers les soins si la personne le demande.
- . Créer un réseau de partenariats et un document avec les bonnes adresses : Cf. le Guide des Bons Tuyaux.
- . Pouvoir bénéficier de plusieurs avis médicaux. Développer la confiance.
- . Actions de prévention et d'information.
- . Créer des groupes de paroles pour favoriser la motivation, la confiance en soi.
- . Développer la formation aux premiers secours pour toutes les personnes.
- . Favoriser l'accompagnement des personnes dans leurs démarches.
- . Rendre les loisirs et le sport accessibles à tous, favoriser les sorties culturelles.
- . Développer l'éducation civique aussi bien pour les adultes que pour les enfants
- . Aider les personnes à connaître leurs droits et devoirs.
- . Prévention : faire des bilans, des examens réguliers (ex : CMPS à Reims, centre d'examen de santé à Charleville-Mézières), développer les bus itinérant prévention.
- . Avoir du personnel soignant dans les structures d'accueil, et y faire de l'information.
- . Développer les maisons de santé et avoir une meilleure répartition géographique des médecins.
- . Favoriser l'accès à la couverture sociale.
- . « Chéquier » santé ouvert à tous (pour les personnes qui n'ont pas ou plus de droits)
- . Développer les « bon PASS ».
- . Proposer des loisirs (sports, culture) accessibles et adaptés au public.

B. La transférabilité des actions

Au-delà de la seule analyse des 12 actions, il s'agit maintenant de mettre en perspective cette analyse et de s'interroger sur la question de la transférabilité et de ses conditions.

1. Des « angles morts »

Avant tout, il est important de repérer que l'analyse des douze actions n'est pas exhaustive : des points ont été, involontairement certes, laissés dans l'ombre. Il nous faut les identifier. A défaut, ils risquent d'être implicites dans l'analyse de la transférabilité. D'autres travaux peuvent nous aider à y voir plus clair...

- la question de l'ouverture et de l'usage des droits :

Le rapport préparatoire à la conférence nationale de 2012 avait bien rappelé que le facteur clef restait celui de l'accessibilité financière, le résumant dans une

formule « *plus on pauvre, plus on est malade, moins on est couvert* » (Legros, Bauer, Goyaux, 2012, p 37). Depuis, d'autres travaux sont venus confirmer ces éléments. La Cour des Comptes en 2015 a souligné la persistance d'un non recours massif, malgré les actions mises en place pour le réduire. Elle a estimé que « *plus des deux tiers des bénéficiaires potentiels de l'ACS et un tiers de ceux de la CMU-C n'y recourent pas effectivement malgré le niveau des droits sociaux qu'elles procurent* » (Cour des Comptes, 2015, p 44). Sont soulignés notamment le fait qu'il s'agit « *de droits qui doivent être demandés par leurs bénéficiaires au prix de lourdes démarches* » et que les démarches des organismes sociaux en direction des bénéficiaires potentiels constituent toujours un effort encore *inabouti* » (Ibid.).

De même un travail récent de la DREES, Noémie Jess montre bien que :

« *Les bénéficiaires de la CMU-C sont en plus mauvaise santé que les autres assurés et leurs dépenses de santé sont donc plus élevées. En tenant compte des caractéristiques socio-économiques et des écarts d'état de santé, la CMU-C favorise l'accès aux soins dans les mêmes proportions que les autres couvertures complémentaires.*

Lorsqu'ils recourent aux soins, les bénéficiaires de la CMU-C ont des dépenses de santé proches de celles des autres assurés, à l'exception des dépenses de généralistes, qui sont plus élevées. La CMU-C réduit également le risque de renoncement aux soins pour raisons financières, au même titre qu'une couverture complémentaire standard » (Jess 2015).

- la question des interactions avec les professionnels de santé:

Les analyses mettent souvent l'accent sur les inégalités dans l'accès aux soins. Certaines d'entre elles sont « *plus insidieuses car moins visibles (...) [elles] , se logent au sein même des relations médecin-malade, ou de ce qu'il est convenu d'appeler le colloque singulier : les inégalités d'accès à l'information – information sur l'état du malade, son diagnostic, sa maladie, les traitements possibles, leurs effets ou leurs risques –, nécessaire à l'exercice du pouvoir de décision aujourd'hui reconnu aux patients* » (Fainzang, 2014, p 47). Prenant appui sur des recherches nord-américaines, l'auteur nous montre que « *le statut socio-économique affecte la manière dont un patient est traité sur le plan thérapeutique : plus ce statut est élevé, plus le patient est susceptible d'être vu par le médecin plutôt que par les infirmières, plus il a de consultations, et plus il est susceptible de recevoir une intervention* ». Ces travaux montrent clairement que les caractéristiques des patients affectent le comportement des médecins. Interfèrent alors l'origine ethnique, l'âge, le sexe mais aussi, - et sans doute plus dans le contexte français - l'appartenance sociale et le niveau socio-culturel (Ibid., p 51).

Une étude, menée en Lorraine, sur les difficultés rencontrées dans la prise en charge des maladies chroniques chez les personnes en situation de précarité a interrogé des patients concernés et des médecins généralistes. Des difficultés nombreuses ont été identifiées, mais aussi des facteurs facilitants. « *Le discours des patients et celui des médecins convergent fréquemment : importance des conditions de vie, attitudes souvent péjoratives des médecins, contraintes administratives lourdes. La relation médecin-patient est le point-clé des facteurs facilitants. Les patients attachent beaucoup d'importance à la relation de confiance développée avec leur médecin traitant. Ils insistent pour que celui-ci*

emploie des mots simples, ne les culpabilise pas et qu'avec lui, ils puissent s'inscrire dans un véritable partenariat de soins où ils ont leur place dans les décisions les concernant » (Pikus, 2015).

Voyons maintenant ce qu'il en est de la transférabilité.

2. Des contextes à prendre en compte

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 milieux 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.

3. Des pratiques à construire

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 sur des connaissances strictement.

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

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. Il n'est pas évident que ce modèle soit plus pertinent. Ceci est d'autant plus vrai si l'on incorpore la question de l'usage des bonnes pratiques. Ont-elles valeur indicative ou valeur normative ? La DGCS a rappelé, il y a quelques mois, que les recommandations de bonnes pratiques n'ont pas de valeur normative. Elles « *crystallisent l'état des connaissances à un moment donné et servent à éclairer les professionnels du secteur social et médico-social et à procéder à l'évaluation des établissements et des services* »²¹.

Sur cette base, nous pouvons définir plusieurs éléments concourant à un meilleur accès aux soins et à l'inscription dans un parcours de santé :

- ✓ Une volonté politique d'accès aux soins et aux droits pour les personnes fragiles dans leur diversité. Elle doit être portée au quotidien par les institutions et les organisations, en veillant à ce que les orientations et les décisions prises ne soient pas en contradiction.

²¹ - Actualités Sociales Hebdomadaires, n° 2921, 21 août 2015, p 43.

- ✓ Une capacité des acteurs d'inscrire leur projet politique et associatif au sein de leur territoire d'action, en tenant compte de ses caractéristiques propres, de ses ressources, de ses offres de service et de leur accessibilité.
- ✓ Une capacité collective à identifier les besoins sociaux en se centrant non sur les usagers et les dispositifs mais sur les publics et les territoires (Fourdrignier, 2014).
- ✓ Des organisations en capacité de porter une action auprès des usagers dans une logique de réseau d'acteurs institutionnels, associatifs.
- ✓ Une initiative possible pour les acteurs - professionnels et bénévoles- dans une visée d'adaptation des réponses et d'innovation.
- ✓ 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.
- ✓ Une égale qualité relationnelle dans les interactions soignant-soigné.

V. APPORTS DE L'ETUDE ET PERSPECTIVES

A. Les apports pour l'URIOPSS Champagne-Ardenne et ses adhérents

Au travers la méthodologie de ce travail d'analyse et en appui sur l'approche scientifique apportée par Marc FOURDRIGNIER (des binômes à la rencontre des structures), cette étude a favorisé la co-construction de réponses en associant tout type d'acteurs du territoire Champardennais qui ne se côtoyaient pas malgré leur proximité et le public commun qu'ils accompagnent ou accueillent : acteurs du champ social, médico-social et sanitaire et acteurs du secteur non lucratif et public.

D'autre part, pour les porteurs d'action et l'URIOPSS Champagne-Ardenne, cette étude montre la capacité d'innovation sur notre territoire car au-delà des 12 actions analysées, ce sont plus de 36 actions qui avaient été identifiées sur les 4 départements : il existe donc un vrai « creuset » d'actions innovantes en Champagne-Ardenne, souvent transférables, à confronter avec les expériences nationales et européennes.

De même, dans le cadre de la mise en place de la région « ACAL » ou « Grand Est », de la construction des politiques sociales et de santé sur ce nouveau territoire (Loi Santé, Programme Régional Accès et Prévention aux Soins, Plan pauvreté, Schémas régionaux,), cette étude peut servir de base de travail commune aux URIOPSS et autres fédérations de Champagne-Ardenne, Lorraine et Alsace : des travaux qui seront repris et approfondis en groupe de travail ALERTE-URIOPSS « Santé/accès aux soins ».

B. Les perspectives et les pistes de travail

Une diffusion des travaux et une valorisation de l'étude auprès du plus grand nombre d'acteurs :

- Diffusion aux acteurs associatifs, représentants des services de l'Etat, collectivités, structures et établissements du service public de la région Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine
- Valorisation de l'étude lors du 32^{ème} Congrès UNIOPSS, le mercredi 30 Mars 2016 à Montpellier (Espace AGORA) : politiques publiques, politiques associatives : nouvelle donne ?

Des rencontres avec les décideurs de la région afin de porter à connaissance les résultats de l'étude pour contribuer/influencer sur les politiques publiques :

- Prise en compte des préconisations dans la mise en œuvre de la Loi Santé, de la déclinaison régionale du Plan de Lutte contre la pauvreté, de la Réforme du Travail social, de la construction du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)
- Prise en compte dans les dispositifs comme les Contrats Locaux de Santé (CLS) et Contrats Locaux de Santé Mentale (CLSM), les actions portées par les collectivités

Un accompagnement de la Transférabilité des pratiques des actions analysées :

- En appui sur les porteurs d'actions analysées en 2014 – 2015 et toujours dans une logique de co-construction : complémentarité des associations et Inter-fédérale (URIOPSS Champagne-Ardenne, IREPS, FNARS, URHAJ, etc.)
- En direction des acteurs de lutte contre les exclusions via le groupe de travail URIOPSS-ALERTE « Soins/accès à la santé »
- En proposant ou contribuant à une formation, formation-action en direction des professionnels Sanitaire-Médicosocial-Social - Insertion, étudiants,

Une réflexion sur l'opportunité d'une poursuite de l'étude au travers de nouveaux axes de travail :

- Approche territoriale spécifique : par « bassin de vie »
- Approche approfondie en direction d'un public spécifique et non étudié : Petite enfance, Enfance-Famille, Personnes Agées et Précarité
- En direction des Acteurs de 1^{ère} ligne et de 1^{er} recours : exclusion, prévention spécialisée, ...
- A partir des critères et catégories de l'étude sur les territoires de Champagne- Ardenne, Lorraine et Alsace

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.

Actualité et dossier en santé publique. (2014). Parcours de santé : enjeux et perspectives n° 88, septembre.

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.

Alerte (2016). Bilan de trois ans du plan de lutte contre la pauvreté et d'un an de feuille de route, 17 février, 50 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.

ASH (2014). Permanences d'accès aux soins de santé : le bouclier social de l'hôpital. N° 2851, 14 mars ,32-35.

ASH (2013). Les permanences d'accès aux soins de santé. Le cahier juridique, le N° 2837, 13 décembre, 49-53.

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

Bourdillon, F. (Dir). (2009) ARS: prévention, promotion et programmes de santé. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 192 p.

Bourgueil Y., Jusot F., Leleu H. (2012). « Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? », Questions d'économie de la santé, 179, septembre.

Bréchat, Ph. Lebas, J. (2012). (Dir). Innover contre les inégalités de santé. Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique,

Breton, E. (2013). Du changement de comportement à l'action sur les conditions de vie, Santé Publique, n° 2, Suppl. (S2)

Brasseur, M. Buisson, ML. (2008). La transférabilité des pratiques de gestion, une approche par le concept de légitimité, in Actes du Congrès AGRH, Dakar (Sénégal), 9-12 novembre.

Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH). (2015). État de santé et conditions de vie des populations sans domicile, n° 36-37, 17 novembre.

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.

Chaix, B. (2012). Villes et santé: consolider le dialogue entre santé publique et aménagement urbain, *Questions de santé publique*, n°17, juin.

Cour des comptes (2015). Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, mai, 153 p.

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

DIHAL (2015). Les pensions de famille et résidences accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui. rapport de synthèse établi à la demande de la Dihal, de la DGCS et de la DHUP, novembre, 175 p.

Fainzang, S. (2014). Les inégalités au sein du colloque singulier : l'accès à l'information, Les Tribunes de la santé, 2, n° 43, p. 47-52.

Féry-Lemonnier, E. (2014). Les parcours, une nécessité, Actualité et dossier en santé publique, n° 88, septembre, 12-15.

Fourdrignier, M. (2014). Le non recours une conséquence de la focalisation sur les besoins sociaux ? in Université d'Angers. SFR Confluences. Le non recours en débat. Expériences et usages des droits et des services sociaux parmi les professionnels et les ayants droit. 184 p. ²²

Fourdrignier, M. (1999). Quel regard sociologique ? Conférence de l'association EFORS « liberté, exclusion, souffrance », 30 septembre, 5 p.

Fournier, C. (2015). Les maisons de santé pluri professionnelles : une opportunité pour transformer les pratiques de soin de premier recours. Place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes. Thèse de doctorat Santé publique - sociologie, Université Paris Sud, 4 mars, 337 p.

FNARS (2015). Guide accompagnement santé 2016. 10 fiches.

Gaudin, E. Gatecloud, L. (2014). Le Bus Espace Enfants Parents et l'Equipe Mobile Famille : des allers vers pour les familles en hôtels. 5ème Rencontres Solipam, 20 novembre, 8 p.

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

Informations sociales (2013). Gérer les droits sociaux, n° 178, 4.

Jess, N. (2015). Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins, *Etudes et résultats*, décembre, n° 944.

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

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.

Legal, R. Vicard, A. (2015). Renoncement aux soins pour raisons financières. Le taux de renoncement aux soins pour raisons financières est très sensible à la formulation des questions. Dossier Solidarité Santé, n° 66, juillet, 28 p.

Legros, M. Bauer, D. Goyaux. (2012). Santé et accès aux soins. Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins. Travaux préparatoires à la Conférence Nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, 54 p.

²² - Textes disponibles sur le site de l'auteur : marc-fourdrignier.fr

- Lombrail, P. (2011). Inégalités de santé : le temps de l'action ! Santé Publique, 3, vol. 23.
- Maestracci, N. (2012). Le non-recours : un enjeu qui doit obliger les acteurs à changer leurs pratiques , *Revue de droit sanitaire et social*, n° 4, p 630
- Maurel, E. (2012). Le non-recours aux prestations sociales : les enjeux révélés par le vécu des usagers. *Revue de droit sanitaire et social*, n° 4, p 622
- Moisy, M. (2014). État de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA, *Etudes et résultats*, N° 882, juin.
- Nguyen-Thanh,V. Haroutunian, L. Lamboy, B. (2014). Les dispositifs efficaces en matière de prévention et d'aide à distance en santé : une synthèse de littérature. *Evolutions*, INPES, n° 30, février.
- Picon, E. Sannino, N. et alii. (2013). Evaluation du dispositif Lits Haltes Soins Santé. Itinere, DGCS, 179 p.
- Pikus, AC. *et al.*, « Maladies chroniques et précarité : obstacles à la prise en charge et préconisations », *Santé Publique, hors série*, (S1), p. 13-16.
- Revil, H. (2014). Le non-recours aux soins de santé. La Vie des idées, 6 mai.
- Revue de droit sanitaire et social* (2012). Le non recours aux droits, n° 4, juillet.
- Revue de l'atelier (La)* (2015). Psychiatrie, précarité et aller vers. SAMU social de Paris, n° 5 , juillet,28 p.
- Santé en action (La). (2013). Expérimentation sociale et santé des jeunes en mission locale. N° 425, septembre, 35-38.
- Saout, C. Voiturier, J. (2015). Cap Santé ! Rapport en vue du cahier des charges des expérimentations des projets d'accompagnement à l'autonomie prévues par le projet de loi de modernisation de notre système de santé, 71 p.
- Université de Lille 3. IRTS Nord Pas de Calais. FNARS Nord Pas de Calais (2016). Actes de la journée d'études « Travail, santé, précarité. Cultures professionnelles et enjeux de transformation dans les métiers de la santé et du social. 27 mars 2015.
- Tribunes de la santé (Les) (2014). Les inégalités de santé, n° 43, 2.
- Warin, P. (2013). Mieux informer les publics vulnérables pour éviter le non-recours, *Informations sociales*, 4, n° 178, p. 52-62.
- Warin, P. (2010) « Ciblage de la protection sociale et production d'une société de frontières », *SociologieS* [En ligne], Dossiers, Frontières sociales, frontières culturelles, frontières techniques, mis en ligne le 27 décembre 2010.

LISTE DES ENCADRES, SCHEMAS ET TABLEAUX

Encadré 1 : Les Maisons de santé pluridisciplinaires.....	28
Encadré 2 : Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) et les Lits d'Accueil Médicalisé (LAM).	30
Encadré 3 : Les CAARUD et les CSAPA	34
Encadré 4 : Les Centres d'Examen de Santé et le CETAF	39
Encadré 5 : Les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie	45
Encadré 6 : Les Maisons de l'Adolescence (MDA).	47
Encadré 7 : Les Centres d'Examen de Santé dans la COG Etat/CNAMTS	59
Encadré 8 : Trois exemples de définition de "l'aller vers"	61
Encadré 9 : Les trois types de parcours.....	65
Encadré 10 : Les parcours de santé dans la loi du 26 janvier 2016	66
Encadré 11: Les résidences accueil.....	72
Encadré 12 : Les pratiques du relais santé namurois.....	74
Schéma 1 : La démarche suivie.....	11
Schéma 2 : Les deux échéanciers du projet en 2014 et 2015.....	12
Schéma 3 : Les actions selon le statut et le champ des structures et les lieux d'intervention	54
Tableau 1 : Le récapitulatif des actions	16
Tableau 2 : Les actions étudiées selon la nature des activités	51
Tableau 3 : Les caractéristiques des actions étudiées.....	52
Tableau 4 : Les statuts des personnes rencontrées par actions	55
Tableau 5 : Les statuts des professionnels rencontrés	56



ANNEXES



Annexe 1 : Liste des sigles utilisés

ACS	Aide au paiement d'une Complémentaire Santé
AME	Aide Médicale de l'Etat
ANPS	Association Nationale pour la Protection de la Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
BO	Bulletin Officiel
CAARUD	Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCRPA	Conseil Consultatif Régional des Personnes Accueillies/Accompagnées
CES	Centre d'Examen de Santé
CETAF	Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de sante
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CLS	Contrat Local de Santé
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
COG	Convention d'Objectifs et de Gestion
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CROSMS	Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
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 Infirmier
CSP	Code de la Santé Publique
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
DIHAL	Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DHUP	Direction de l'Habitat, de l'Urbanisme et des Paysages
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
EPICES	Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
EPSMM	Etablissement Public de Santé Mentale de la Marne
FIR	Fonds d'Intervention Régional
FNARS	Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale
GCMS	Groupeement de Coopération Médico-Sociale
IREPS	Instance Régionale d'Education et de Promotion à la Santé
JO	Journal Officiel
LAM	Lits d'Accueil Médicalisés
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LHSS	Lits Halte Soins Santé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
UDAF	Union Départementale des Associations Familiales

Annexe 2 : Outils de recueil et d'analyse des entretiens

Fiche de suivi récapitulative des entretiens

Date	
Binôme	
Structure	
Personnes rencontrées Voir tableau détaillé page suivante	<u>Personnes accueillies</u> : <u>Acteurs sociaux</u> : <u>Directeurs et responsables bénévoles</u> :
Documents recueillis Faire figurer les documents fournis qui viennent compléter les entretiens	
Commentaires Faire figurer informations et commentaires utiles pour notre travail qui ne rentrent pas dans les questions posées	

Présentation des personnes rencontrées

N° d'ordre A 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				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Outil n° 1- Personnes accueillies
[Une fiche par personne si entretien individuel]

Thème	Sous thèmes	Questions	Réponses
1 A Le projet initial	1 Genèse du projet	D'où vient l'idée du projet ?	
	2 Les objectifs du projet	Quels sont les principaux objectifs du projet ?	
	3 La place des usagers dans le projet initial	Quelle place occupent les usagers dans le projet ?	
1B L'action actuelle	1 La mobilisation des personnes	Comment avez-vous été mobilisés pour participer à cette action ?	
		Qui vous a sollicité ?	
		Quels ont été les freins ?	
		Quels ont été les leviers (atouts ?)	
	2 Les méthodes mobilisées	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	Pourquoi y êtes-vous venu ?	

Thème	Sous thèmes	Questions	Réponses
	(« bénéficiaires » dans l'action	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	A ce jour qu'est-ce que cela vous a apporté dans l'accès aux soins ?	
		Qu'est-ce que cela vous apporté du point de vue de votre santé ?	
		Qu'est-ce que cela vous apporté en termes de relations ?	
1 E Le devenir de l'action	1 Attentes	Avez-vous d'autres attentes par rapport à l'action menée ?	<i>Oui / Non [faire développer le point de vue]</i>
	2 Perspectives	Pensez-vous que cette action devrait être poursuivie ?	<i>Oui / Non [faire développer le point de vue]</i>
		Pensez-vous que cette action devrait être réalisée dans d'autres lieux ?	<i>Oui / Non [faire développer le point de vue]</i>
		Quels seraient les aspects à reprendre ?	
		Quels seraient les aspects à modifier ?	

Outil 2 : En direction des acteurs sociaux (équipe, partenaires...)
[Une fiche par personne si entretien individuel]

Thème	Sous thèmes	Questions	Réponses
2 A Le projet initial	Genèse du projet	D'où vient l'idée du projet ?	
	Les objectifs du projet	Quels sont les principaux objectifs du projet ?	
	La place des usagers dans le projet initial	Quelle place occupent les usagers dans le projet ?	
2 B L'action actuelle	Votre mobilisation	Comment avez-vous été mobilisé sur cette action ? (volontariat, incitation, orientation ...)	
		Qui vous a sollicité ?	
		Quels ont été les freins ?	
		Quels ont été les leviers (atouts ?)	
	La mobilisation des usagers	Comment ont été mobilisées les personnes pour participer à l'action (volontariat, incitation, orientation ...)	
		Qui les a sollicités ?	
		Quels ont été les freins ?	

Thème	Sous thèmes	Questions	Réponses
		Quels ont été les principaux obstacles à franchir ?	
		Quels ont été les leviers (atouts ?)	
	Les méthodes utilisées	Quelles sont les méthodes mobilisées ? (individuel/collectif ; supports utilisés....)	
	Les moyens mobilisés	Quels sont les moyens humains mobilisés (professions et compétences particulières) ?	
		Est-ce que les personnes concernées ont suivi une formation – ou une sensibilisation-particulière ? O/N.	
		Si oui lesquelles ?	
		Quels sont les moyens financiers mobilisés ?	
		Quels sont les moyens matériels mobilisés ?	
2 C Le vécu de l'action	Du point- de vue des acteurs sociaux impliqués dans l'action	Pourquoi y êtes-vous venu ?	
		Que pensez-vous du déroulement de l'action (durée, contenu,) ?	
		Comment les usagers vivent cette action ?	

Thème	Sous thèmes	Questions	Réponses
2 D Les résultats obtenus	Du point- de vue des personnes impliquées (« bénéficiaires ») dans l'action	A ce jour qu'est-ce que cela a apporté aux usagers dans l'accès aux soins ?	
		Qu'est-ce que cela a apporté aux usagers du point de vue de leur santé ?	
		Qu'est-ce que cela leur a apporté en termes de relations ?	
	Du point de vue des acteurs sociaux impliqués dans l'action	A ce jour qu'est-ce que cela vous a apporté dans votre action auprès des usagers?	
		Qu'est-ce que cela vous apporté du point de vue de vos relations avec eux ?	
		Qu'est-ce que cela vous apporté en termes professionnels ?	
2 E Le devenir de l'action	Attentes	Avez-vous d'autres attentes par rapport à l'action menée ?	<i>Oui / Non [faire développer le point de vue]</i>
	Perspectives	Pensez-vous que cette action devrait être poursuivie ?	<i>Oui / Non [faire développer le point de vue]</i>
		Pensez-vous que cette action devrait être réalisée dans d'autres lieux ?	<i>Oui / Non [faire développer le point de vue]</i>
		Quels seraient les aspects à reprendre ?	
		Quels seraient les aspects à modifier ?	

Outil n° 3 : Directeurs et responsables bénévoles

Thème	Sous thèmes	Questions	Réponses
3 A Le cadre dans lequel s'inscrit l'action	Structure porteuse du projet	Quelle est la structure porteuse du projet ?	
	Cadre législatif ou réglementaire dans lequel elle s'inscrit ?	Est-ce que le projet s'inscrit dans un cadre législatif ou réglementaire ? O/N	
		Si oui lequel ?	
	Type de financement et financeur	Est-ce que l'action bénéficie d'un financement spécifique ?	
		Si oui, quel est le type de financement ? (subvention, financement non pérenne, financement prene, pas de financement spécifique...)	
		Si oui quel est le(s) financeur(s) ?	
	Les « cibles » de l'action	Sur quel territoire se déroule l'action ?	
		A qui est-elle destinée ?	
	Les partenaires de l'action	Est-ce que des partenaires sont associés à l'action ? O/N	
		Si oui lesquels	

Thème	Sous thèmes	Questions	Réponses
3 B Le projet initial	Genèse du projet	D'où vient l'idée du projet ?	
	Les objectifs du projet	Quels sont les principaux objectifs du projet ?	
	La place des usagers dans le projet initial	Quelle place occupent les usagers dans le projet ?	
3 C L'action actuelle	La mobilisation des usagers et des acteurs sociaux	Comment ont été mobilisés les usagers pour participer à l'action (volontariat, incitation, orientation ...)	
		Comment ont été mobilisés les acteurs sociaux pour participer à l'action (volontariat, incitation, orientation ...)	
		Quels ont été les freins ?	
		Quels ont été les leviers (atouts ?)	
		5- Quels ont été les principaux obstacles à franchir ?	
	2- Les méthodes mobilisées	Quelles sont les méthodes mobilisées ? (individuel/collectif ; supports utilisés....)	
	3 Les moyens mobilisés	Quels sont les moyens humains mobilisés (professions et compétences	

Thème	Sous thèmes	Questions	Réponses
		particulières) ?	
		Est-ce que les personnes concernées ont suivi une formation particulière ? O/N.	
		Si oui lesquelles ?	
		Quels sont les moyens financiers mobilisés ?	
		Quels sont les moyens matériels mobilisés ?	
3 D Les résultats obtenus	Du point- de vue des personnes impliquées (« bénéficiaires ») dans l'action	A ce jour qu'est-ce que cela a apporté aux usagers dans l'accès aux soins ?	
		Qu'est-ce que cela vous apporté aux usagers du point de vue de leur santé ?	
		Qu'est-ce que cela leur a apporté en termes de relations ?	
	Du point- de vue des acteurs sociaux impliqués dans l'action	A ce jour qu'est-ce que cela vous a apporté dans votre action auprès des usagers?	
		Qu'est-ce que cela vous apporté du point de vue de vos relations avec eux ?	

Thème	Sous thèmes	Questions	Réponses
		Qu'est-ce que cela vous apporté en termes professionnels ?	
3 E Le devenir de l'action	Attentes	Avez-vous d'autres attentes par rapport à l'action menée ?	Oui / Non [faire développer le point de vue]
	Perspectives	Pensez-vous que cette action devrait être poursuivie ?	Oui / Non [faire développer le point de vue]
		Pensez-vous que cette action devrait être réalisée dans d'autres lieux ?	Oui / Non [faire développer le point de vue]
		Quels seraient les aspects à reprendre ?	
		Quels seraient les aspects à modifier ?	

Annexe 3 : Exploitations des entretiens réalisés auprès des porteurs d'actions

	Définition des objectifs des actions par les intéressés
Action 2014-1	L'ARS a défini l'action. Et demande des résultats chiffrés de prise en charge par rapport à des statistiques (vous devez avoir 23% de jeunes, 35 % de personnes sur tel territoire ; etc.).
Action 2014-2	Assurer le lien entre la population et les professionnels de santé. Prévention et prise de conscience. Projet de santé qui se décline en 4 axes : santé de la femme, la douleur, le diabète, la santé mentale.
Action 2014-3	Répondre à la problématique santé et diversifier sa pratique.
Action 2014-4	Mission d'accueil, d'information, de prévention, orientation vers dispositifs adaptés, prise en charge en interne, parcours de soins offerts ici des personnes souffrant d'addictologie. Beaucoup d'ateliers de médiation.
Action 2014-5	La réduction des risques en milieu rural (distribution de kits, dépistage VIH si besoin). Prendre les besoins de l'usager de drogue dans sa globalité = le besoin de réduction des risques avec distribution de matos puis ensuite les autres besoins « hors drogues » - accès aux soins= acte infirmier de l'infirmier y répond et oriente ensuite - accès à l'administratif, accompagnement social, ...
Action 2015-6	Il s'agit d'un temps d'écoute selon un nombre de rencontres déterminé avec le jeune pour aboutir soit à une orientation spécifique vers des traitements soit vers une facilitation de la recherche d'emploi ou de stage ou de formation.
Action 2015-7	Permettre aux personnes en situation de précarité d'entrer dans le système de soins par la porte du bilan de santé des assurés. Pour cela leur présenter le bilan, lever les inquiétudes et ensuite faciliter l'accès aux soins.
Action 2015-8	Faire venir les bénéficiaires, entrant dans la catégorie « personnes vulnérables » au centre pour effectuer un bilan de santé.
Action 2015-9	Une autre approche pour le jeune de la Mission Locale = un espace particulier. Le vrai partenariat avec le secteur psy. au travers d'une autre façon de travailler (on a construit ensemble cette méthode et cet outil !). C'est un collectif intéressant : ce n'est pas un groupe constitué et régulier, ça va et ça vient, il bouge et reste vivant malgré ces mouvements de jeunes. Mais ce n'est pas un frein = on crée du lien social. Nous sommes renforcés dans l'idée que le « collectif » marche ! Rien n'est prévu d'avance et cela correspond aux jeunes. Cet espace et ces échanges nous obligent à rester à la page, être en veille à l'évolution des jeunes : une approche médico-sociale au service de l'accompagnement du jeune. Cela renforce l'idée que « la Mission Locale est le réseau des sans réseaux ! ».
Action 2015-10	Un réseau : des échanges et connaissances réciproques. Notion de « juste distance » : des liens avec les psychiatres.
Action 2015-11	Aller vers les usagers sur le territoire dans les institutions et domiciles, auprès des personnes avec accompagnement d'un travailleur social -TS- ou d'un acteur relais Faire repérage et évaluer situation mal être pour orienter et/ou accompagner vers les soins. Former/informer les professionnels sociaux sur les approches psy/précarité. Intervenir en cas crise aigüe possible.
Action 2015-12	Créer un espace de rencontres à destination des jeunes et de leurs parents en difficultés et orienter vers la personne la plus compétente ; Maxi 5 rencontres pas de suivi.

Action	Définition des cibles de l'action par les porteurs d'action.
Action 2014-1	Public très ciblé jeunes, femme seule, sortie de prison (PRAPS), AH. En fonction de l'année statistique précise de l'ARS à tenir.
Action 2014-2	Tout type de personne.
Action 2014-3	Au sens de la circulaire : LHSS patients en bobologie. Mais en réalité temps de présence s'allonge car problématique médicale alourdie (liée à la Réforme de l'hôpital selon le Directeur). Actuellement 4 personnes relèvent d'une prise en charge qui n'est pas celle d'un LHSS.
Action 2014-4	Population pas forcément dans la précarité mais qui souffre d'une addiction. Tous âges même si protocole particulier lorsque l'on reçoit un mineur (protocole qui nécessite une amélioration). On reçoit et on oriente aussi. Travail très important en réseau avec les différents partenaires.
Action 2014-5	Les usagers de drogue.
Action 2014-6	Les actions sont destinées aux jeunes des missions locales des Ardennes, le financement est porté par la MILO de Charleville. Dans certains cas, la psychologue est sollicitée pour conseil par les conseillers.
Action 2015-7	<i>Pas d'indication</i>
Action 2015-8	Aux assurés sociaux bénéficiant des bilans de santé.
Action 2015-9	Jeunes isolés/esseulés, jeunes un peu en difficulté sociale, jeunes Sdf, jeunes ayant un besoin de rencontrer d'autres jeunes, jeunes repérés par la Milo et/ou partenaires, jeunes issus de familles éclatées.
Action 2015-10	Personnes en situation de précarité vivant sur la ville de Reims et pour la plupart hébergées ou accompagnées par des structures existantes.
Action 2015-11	Personnes en précarité et exclusion qui sont en mal-être/ malades psy non pris en charge dans un autre secteur psy. Définition large de la précarité : isolement pas seulement social.
Action 2015-12	Les 13/21 ans et les parents.

Annexe 4 : Textes législatifs et réglementaires de référence

A. Textes généraux

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal Officiel n°0022 du 27 janvier 2016

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.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal officiel du 11 août 2004.

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.

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

B. Textes relatifs aux dispositifs mobilisés dans les actions étudiées

➤ *Action 2 : Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires*

Article L6323-3 du Code de la Santé Publique modifié par l'art 128 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.

Circulaire N° EATV1018866C du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural.

➤ *Action 3 : Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) et les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)*

Décret 2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS) et « lits d'accueil médicalisés » (LAM). Journal Officiel, n° 10, 13 janvier 2016.

Circulaire interministérielle DGCS/SD5C/DGS/DSS n° 2012-199 du 7 juin 2012 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2012 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, appartement de coordination thérapeutique (ACT), lits halte soins santé (LHSS), centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), communautés thérapeutiques (CT), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), lits d'accueil médicalisé (LAM) et l'expérimentation « Un chez-soi d'abord », BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2012/6 du 15 juillet 2012, Page 558.

Arrêté du 19 mars 2012 portant prorogation d'agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité.

Arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité.

Décret n°2006-556 du 17 mai 2006 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées "lits halte soins santé". Codifié aux articles D 312-176-1 et suivants du CASF.

L'article 50 de la loi n°2005- 1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la Sécurité Sociale pour 2006.

➤ *Actions 7 et 8 : Les Centres d'Examen de Santé*

Les articles L. 321-3 et R. 321-5 du Code de la Sécurité Sociale.

Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé.

➤ *Action 11 : Les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité*

Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 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.

➤ *Action 12 : 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.

✓ *Focus 11 : Les résidences accueil et les pensions de famille*

Note d'information DGAS/PIA/PHAN no 2006-523 du 16 novembre 2006 relative à la mise en place d'un programme expérimental de résidences accueil pour les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, ayant un handicap psychique.

Circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais.

Circulaire du 21 avril 1997 relative au lancement d'un programme expérimental de création de pensions de famille.

✓ *Focus 12 : Les relais santé (Belgique)*

Arrêté du Gouvernement wallon modifiant, en ce qui concerne les relais santé, l'arrêté du Gouvernement wallon du 29 janvier 2004 relatif à la reconnaissance et au subventionnement des relais sociaux (Le Moniteur Belge du 02/07/2009, p. 45331).

C. Textes relatifs aux autres dispositifs

- ***Les PRAPS***

Circulaire DGS n° 2007-430 du 7 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

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).

- ***Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé***

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.

- ***Le Contrat Local de santé***

Art. L. 1434-17 du Code de santé publique.

Circulaire SG/CGET n° 2014-376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville.

Référentiel national des ateliers santé ville (ASV) Bulletin Officiel Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2012/4 du 15 mai 2012, 359- 383.

Annexe 5 : Les cinq références à la précarité dans la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Titre II : Faciliter au quotidien les parcours de santé	Art 69 Chapitre Ier : Promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé	« Art. L. 3221-4.-Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, parmi les établissements de santé autorisés en psychiatrie et assurant le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1, les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur et sa déclinaison pour les enfants et les adolescents. Afin que l'ensemble de la région soit couvert, il affecte à chaque établissement ainsi désigné une zone d'intervention. Sur cette zone, l'établissement s'engage à travailler en partenariat avec les autres acteurs. «Le directeur général de l'agence régionale de santé organise également avec ces établissements les modalités de réponse aux besoins des personnes en situation de précarité ne disposant pas d'une domiciliation stable dans la zone d'intervention considérée.
	Art 99 Chapitre V : Ancrer l'hôpital dans son territoire	« Art. L. 6111-1-1.-Dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité , visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits. A cet effet, ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes. « Art. L. 6112-2.-I.-Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services : « 1° Un accueil adapté, notamment lorsque la personne est en situation de handicap ou de précarité sociale , et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé
Titre IV : Renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire	Art 158 Chapitre Ier : Renforcer l'animation territoriale conduite par les agences régionales de santé	« Art. L. 1434-10.-I.-Le directeur général de l'agence régionale de santé constitue un conseil territorial de santé sur chacun des territoires définis au 1° de l'article L. 1434-9. « Le conseil territorial de santé est notamment composé de représentants des élus des collectivités territoriales, des services départementaux de protection maternelle et infantile mentionnés à l'article L. 2112-1 et des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné. Il veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants. Il organise au sein d'une formation spécifique l'expression des usagers, en intégrant celle des personnes en situation de pauvreté ou de précarité . Il comprend également une commission spécialisée en santé mentale.
		L. 1432-1 du CSP : « L'agence régionale de santé veille à ce que la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé soit prise en compte au sein de ces commissions, lesquelles rendent compte d'actions précises de lutte contre ces inégalités, notamment à l'égard des personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale, dans le cadre du programme mentionné au 3° de l'article L. 1434-2 du présent code ».

