

*Observatoire régional de la
santé du Centre-Val de Loire*
Tel : 02.38.74.48.80
Mail : accueil@orscentre.org
Site : www.orscentre.org
www.observationsociale-centre.org

[MESURE DES NOUVEAUX BESOINS POUR ACCOMPAGNER LES POPULATIONS ÉLOIGNÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ]

*POINTS DE VUE DES PROFESSIONNELS DE LA REGION
CENTRE-VAL DE LOIRE*

Septembre 2019



Sommaire

I – Synthèse	5
II - Objectifs et méthodes	9
A - Contexte de la demande	9
B - Objectifs de l'étude	9
C - Méthodologie	10
1. Revue de la littérature.....	10
2. Recensement et cartographie des acteurs et ressources	10
3. Enquête qualitative	10
III - Principales problématiques des parcours de santé des populations vulnérables	13
A. Des conditions de vie défavorables à la santé	13
1. Situation économique, précarité du logement et comportements à risques.....	13
B - Des difficultés d'accès aux soins et à la prévention.....	14
1. Les obstacles liés à la personne.....	15
2. Les contraintes vécues pour l'accès aux soins	18
IV - Quelles populations vulnérables en région Centre-Val de Loire ?.....	23
A. Les populations migrantes	24
1. Contextualisation de la problématique en région.....	24
2. Problématiques de santé : des pathologies spécifiques liées aux conditions de vie et d'exil des migrants	25
3. Problématiques spécifiques liées à la prise en charge de la santé des migrants.....	27
B. Les malades psychiques	32
1. Contextualisation de la problématique de la maladie psychique en région	32
2. Difficultés de prise en charge liées aux maladies psychiques	32
C. La grande exclusion	36
1. Les problématiques de santé en lien avec les situations de grande exclusion	36
2. Les difficultés de prise en charge des grands exclus	38
D. Les populations à la limite de la précarité	42
V - Etat des lieux de la prise en charge de la santé des populations vulnérables en région Centre Val-de-Loire.....	47
A. Les dispositifs de santé destinés à la population générale	48
1. Les libéraux.....	48
2. L'hôpital et les services d'urgence	52

3.	Les centres de santé	54
B.	Les structures sociales dédiées à l'accueil et l'accompagnement des publics vulnérables	56
C.	Les dispositifs et services dédiés à la santé des populations vulnérables	58
1.	Les Pass.....	58
2.	Les EMPP	60
3.	Les centres d'examens de santé.....	62
4.	Lits halte soins santé	62
5.	Lits d'accueil médicalisés.....	64
6.	Les appartements de coordination thérapeutique	65
VI -	Problématiques transversales aux dispositifs dédiés aux populations vulnérables	69
A.	Les coûts secondaires d'un accompagnement multidimensionnel et des frais de santé	69
B.	Une saturation des dispositifs dédiés.....	70
1.	Une prise en charge tardive des personnes	70
2.	Des sorties avec des solutions imparfaites d'aval.....	71
3.	Des profils défavorisés : malades psychiatriques non stabilisés, personnes vieillissantes sans domicile, grands exclus non-demandeurs.....	71
C.	Des dispositifs souples pour intégrer et maintenir les personnes dans un parcours	72
1.	Intégrer aux prises en charge la médiation à la santé, l'aller-vers, de la coordination	73
D.	Des ressources inégales et peu lisibles selon les territoires	81
1.	Une présence inégale des dispositifs selon les territoires	81
2.	Un manque de lisibilité des ressources disponibles.....	82
E.	Une prise en charge des situations de précarité-santé en tuyaux d'orgue.....	84
1.	Une forte spécialisation des réponses	84
2.	Une prise en charge fractionnée dans le temps.....	85
3.	Prises en charge spécialisées et temporaires : le risque de ruptures	86
	Liste des sigles	93
	Bibliographie.....	95
	Annexes	101

I – Synthèse

Contexte

En région Centre-Val de Loire, et plus largement en France, les franges les plus démunies de la population n'ont souvent pas accès à la prévention, ni à l'offre de soins. De nombreux facteurs bien documentés expliquent ces difficultés : impossibilité de financer le reste à charge, ignorance ou méconnaissance de leurs droits, lourdeur des démarches, perte de réflexes de recours aux soins et de prise en charge de son capital santé, refus de soins...

Ces difficultés se déclinent toutefois de façon différente selon les territoires, avec des populations aux besoins différents, et des dispositifs sociaux et de santé inégalement développés pour y répondre. Les finalités de cette étude sont d'identifier, parmi les populations vulnérables, des populations prioritaires dans notre région, avec leurs besoins et potentiels nouveaux besoins ; et d'apporter des pistes d'amélioration des dispositifs et des services existants permettant l'accès à la prévention et aux soins de ces publics.

Méthodologie

Afin de s'appuyer sur une connaissance approfondie des acteurs régionaux et pouvoir travailler sur des dynamiques territoriales, l'Observatoire régional de la santé (ORS) a recensé les ressources, dispositifs, établissements et structures permettant l'accompagnement et le soin des publics vulnérables. L'ORS a ensuite réalisé une enquête qualitative auprès de 21 structures et dispositifs de la région, dans le cadre d'entretiens individuels ou collectifs entre février et juin 2019. Ces entretiens ont été menés avec des professionnels et bénévoles rattachés à des dispositifs de soin, dont le public est principalement constitué de populations vulnérables (Pass, EMPP, LHSS, Lam, ACT, CES, CLAT, centre de vaccination) : avec ceux œuvrant dans l'accueil social de ces publics (SIAO, Cada, CHRS, Mecs, maraude, aide alimentaire, aide administrative) et avec d'autres acteurs ayant une perception plus transversale et globale de la situation en région et des ressources existantes.

Principaux résultats issus des entretiens

Populations migrantes



- Une intégration récente dans les dispositifs qui est source de déstabilisation : adaptation nécessaire des modalités d'accompagnement et de soins, moindre capacité à bénéficier à d'autres populations ;
- Une mise en place de la couverture sociale trop longue à l'arrivée des migrants ;
- Un interprétariat professionnel coûteux ;
- De nombreuses actions nécessaires de la part des professionnels de santé, ce qui allonge les temps de consultation et les réticences des praticiens : investigations sur le plan somatique

et psychologique, barrière de la langue, faible connaissance des droits, problématiques sociales périphériques, démarches administratives potentielles...

Malades psychiques



- Le manque de prise en charge spécialisée en psychiatrie : diminution des capacités d'hospitalisation au cours des trente dernières années ; augmentation et élargissement des demandes de la population aux secteurs psychiatriques qui ne peuvent répondre à tous les besoins ;
- Le manque de structures d'hébergement vraiment adaptées aux troubles psychiques ;
- Des troubles du comportement, des actes de violence et des addictions qui rendent difficile leur intégration à des lieux de vie, et conduisent à des exclusions des établissements sociaux et de soins sans solution d'aval satisfaisante ;
- Les modalités d'accompagnement à la santé somatique de ces publics plus distantes avec le virage ambulatoire de la psychiatrie ; les pathologies psychiques empêchant les personnes de prendre soin des autres aspects de leur santé somatique ;
- Un manque de coordination lié au nombre d'acteurs impliqués et aux différents cloisonnements entre ces secteurs d'activité (social, psychiatrie, addictologie, autres secteurs sanitaires) ;
- Un manque de relai avec la psychiatrie.

La grande exclusion



- Des difficultés à réaliser et renouveler les démarches administratives sans l'accompagnement d'un professionnel (incompréhension, situation d'instabilité...), notamment pour les couvertures maladies ;
- Des restes à charge et coûts annexes des soins qui constituent un frein important pour l'accès aux cabinets privés ;
- Une instabilité du logement affectant le suivi des pathologies ;
- Des approches d'« aller-vers » nécessaires pour ce public mais difficiles en l'absence de lieux de vie groupés, en milieu rural, et coûteuses pour les structures qui touchent déjà leur public cible sans ces approches ;
- Une priorisation dans les structures d'accueil, d'aide et de soins en défaveur des hommes isolés (par rapport aux enfants, aux femmes, aux familles) qui décourage leurs recours ;
- Des comportements indésirables (addictions, troubles psychiques, désocialisation) qui conduisent à des exclusions des établissements sociaux et de soins, sans solution d'aval satisfaisante ;
- Un manque de partenariat avec la psychiatrie.

Problématiques transversales



- Les coûts secondaires de l'accompagnement et de la santé non pris en charge (aide au transport pour les consultations médicales, médiation en santé, coût des traducteurs,

démarches administratives, sociales, d'insertion, coordination lors de la transition vers la sortie du dispositif, certains frais de pharmacie, traitements de maladies lourdes...);

- Une saturation des dispositifs dédiés aux populations vulnérables : prise en charge tardive des personnes, des sorties prématurées avec des solutions imparfaites d'aval, une absence de solutions pour certains publics (malades psychiatriques non stabilisés, personnes vieillissantes sans domicile, grands exclus, non-demandeurs de soins) ;
- Un investissement faible dans des démarches d'aller-vers pour toucher les publics-cibles ;
- Un manque de structures durables pour les populations en grande exclusion et malades psychiques qui cumulent des difficultés de différentes natures ;
- Une faible lisibilité des ressources existantes ;
- Une prise en charge des situations de précarité-santé en tuyaux d'orgue ;
- Des parcours marqués par des risques de ruptures à chaque étape ;
- Une articulation et des partenariats entre acteurs à construire et consolider.

Principales préconisations



Mieux repérer la vulnérabilité

- Encourager un repérage de la vulnérabilité plus systématique lors des passages dans les services hospitaliers et une orientation consécutive vers les services sociaux concernés ;
- Accompagner et encourager certaines structures de santé dans la priorisation de leur action en direction de publics-cibles vulnérables (CES, centre de vaccination...).

Favoriser l'accessibilité aux ressources par la médiation en santé, l'aller-vers et le soutien à la mobilité

- Favoriser le maintien et le développement des associations de médiation en santé, sans conditions d'accès et de durée, pratiquant l'aller-vers et permettant l'orientation dans un parcours de santé pour les personnes en situation de grande exclusion et les personnes en situation de précarité restant à leur domicile ;
- Favoriser plus généralement les démarches d'aller-vers des acteurs de santé, en s'appuyant sur les acteurs déjà au contact des populations vulnérables (maraudes, aide alimentaire...) ;
- De trouver des solutions d'aide au transport adaptées aux populations vulnérables en milieu rural, leur permettant de bénéficier des accompagnements et des soins disponibles dans les agglomérations.

Utiliser de plus larges ressources pour les personnes avec troubles psychiques

- Former les équipes soignantes (non psychiatriques) et sociales aux troubles psychiques, et soutenir leurs personnels face aux difficultés rencontrées dans l'accompagnement de ce public ;
- Etablir en amont les relais possibles entre ces équipes avec la psychiatrie ou les services susceptibles d'accompagner ces publics à domicile ;
- Adapter des lieux de vie et de soins aux problématiques multiples des malades psychiques et grands exclus, en encourageant les partenariats établissant des possibles allers-retours des usagers entre les structures ou des prises en charge conjointes (troubles psychiques/addictologie, maladie chronique/troubles psychiques...) ;

Coordonner les acteurs et les parcours des personnes

- Prévoir dès l'entrée dans un dispositif des passerelles et des relais d'une structure à l'autre en amont et en aval, et pour des périodes temporaires même s'il peut être parfois difficile d'anticiper les besoins ;
- Valoriser les temps de coordination entre acteurs et relancer les instances de coordination locales dédiées aux populations en situation de précarité ;
- Favoriser plus largement un décloisonnement des secteurs (social, médico-social, sanitaire, psychiatrique) pour que les situations des populations vulnérables soient traitées de façon plus cohérente et intégrée dans tous les lieux d'accueil et de prise en charge.

II - Objectifs et méthodes

A - Contexte de la demande

En région Centre-Val de Loire, et plus largement en France, une frange de la population n'a ni accès à la prévention, ni accès à l'offre de soins, quels que soient les territoires sur lesquels elle réside : en milieu urbain comme en milieu rural, à proximité ou éloignée géographiquement des dispositifs.

De nombreux facteurs peuvent expliquer les difficultés propres aux plus démunis de se rendre ou avoir accès à ces services : impossibilité de financer le reste à charge, ignorance ou méconnaissance de leurs droits, lourdeur des démarches, perte de réflexes de recours aux soins et de prendre en charge son capital santé... Ces éléments ressortent très largement de nombreuses études et des diagnostics locaux de santé réalisés en région Centre-Val de Loire. Des dispositifs comme les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) et les équipes mobiles psychiatrique-précarité (EMPP) ont été créés et jouent un rôle important dans la prise en charge de ces populations démunies. Cependant, au regard de l'étendue de la région, ces dispositifs ne peuvent être implantés au plus près de tous les lieux de vie de ces populations fragilisées. Ils s'inscrivent dans un maillage territorial constitué par de nombreux acteurs : accueils de soins temporaires (LHSS, Lam, ACT...), réseaux solidarité, associations humanitaires, centres d'examen de santé, centres de protection maternelle et infantile, structures médico-sociales et sociales, et plus largement par les professionnels de santé... Aussi, dans le PRAPS¹ du nouveau projet régional de santé, l'articulation entre tous ces dispositifs, réseaux, services, structures et professionnels ressort comme un enjeu majeur pour les 5 années à venir. Au-delà de cette interconnaissance et du travail en réseau, l'ensemble de ces dispositifs doivent également être en mesure de s'adapter afin de répondre au mieux aux évolutions des attentes et des besoins des publics les plus démunis.

En effet, selon les histoires de vie personnelles, mais plus largement selon les spécificités des territoires et plus encore des événements sociétaux comme les mouvements migratoires, les transformations de l'économie nationale et mondiale..., les évolutions de systèmes de protection sociale, les populations fragiles se définissent par une multiplicité de profils en constante évolution.

B - Objectifs de l'étude

Cette étude s'inscrit dans l'objectif 1 du PRAPS : « Mieux connaître les personnes les plus éloignées du système de santé pour mieux répondre à leurs attentes et à leurs besoins », décliné en deux actions différentes :

- Action 1.1: « Améliorer/consolider les connaissances sur les populations les plus éloignées du système de santé afin d'identifier leurs attentes et leurs besoins »
- Action 1.2 : « Recueillir les attentes et les besoins des usagers en leur donnant la parole »

¹ Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

L'ARS a sollicité l'ORS Centre-Val de Loire et le Creai Centre-Val de Loire pour réaliser deux études distinctes mais articulées, permettant de mesurer les besoins et attentes en matière d'accompagnement (prévention et prises en charge des soins) pour les populations vulnérables en région Centre-Val de Loire. Les finalités de cette étude sont d'identifier des populations prioritaires dans notre région, leurs besoins et potentiels nouveaux besoins, et d'apporter des pistes d'amélioration des dispositifs et des services existants permettant l'accès à la prévention et aux soins de ces publics spécifiques.

Cette appréciation des nouveaux besoins et attentes des populations vulnérables est établie conjointement selon les points de vue des professionnels exerçant au plus près de ces publics (étude menée par l'ORS), et à partir du recueil de la parole de ces populations-mêmes (étude menée par le Creai). Des recommandations communes à l'ORS et au Creai seront établies à partir des résultats de ces deux recherches.

C - Méthodologie

Pour la mise en place de cette étude auprès des professionnels, l'ORS Centre-Val de Loire a réalisé une revue préalable de littérature et un recensement des ressources, dispositifs, établissements destinés aux populations vulnérables, et une enquête qualitative. Le corpus principal de l'étude est constitué par des entretiens semi-directifs auprès des professionnels au contact des publics vulnérables, appartenant aux domaines du soin et de la prévention, de l'accueil et de l'hébergement social, et d'autres organismes (coordination, réseaux de santé, institutions).

1. Revue de la littérature

En amont de l'enquête, une revue de la littérature a été réalisée entre décembre 2018 et janvier 2019. Celle-ci porte sur les dispositifs spécifiques participants à l'accompagnement des publics démunis en matière de prévention et de soins. Elle permet d'identifier les différentes modalités existantes d'accompagnement, les difficultés auxquelles les dispositifs sont confrontés, leurs atouts, et les actions préconisées, quels que soient les publics-cibles. Elle a également permis de mieux préparer les entretiens réalisés grâce aux connaissances déjà disponibles.

2. Recensement et cartographie des acteurs et ressources

Afin de s'appuyer sur une connaissance approfondie des acteurs régionaux et de pouvoir travailler sur des dynamiques territoriales, l'Observatoire régional de la santé a recensé les ressources, dispositifs, établissements et structures permettant l'accompagnement et le soin des publics vulnérables. Ce recensement, classé dans un tableur, va être intégré dans le système d'information géographique que l'ORS a développé ; SIG d'ores et déjà en fonction².

3. Enquête qualitative

Pour mettre en lumière les besoins des populations vulnérables et les freins et les leviers permettant de mieux les accompagner, la liste des acteurs intéressants à solliciter était très importante. L'ensemble des acteurs ne pouvant être mobilisés, le comité de pilotage, en collaboration avec le Creai, a affiné avec l'ORS les types d'acteurs à solliciter pour une interview. Différents points de vue sont ainsi apparus incontournables à croiser et étudier :

² <http://sig.observationsociale-centre.org/>

- Les professionnels rattachés à des dispositifs spécialisés dans le soin et la prévention, dont le public est principalement ou exclusivement constitué de populations vulnérables (Pass, EMPP, LHSS, Lam, ACT, CES, CLAT, centre de vaccination) ;
- Les professionnels et bénévoles œuvrant dans l'accueil social de ces publics (SIAO, Cada, CHRS, Meecs, maraude, aide alimentaire, aide administrative) ;
- D'autres acteurs ayant une perception plus transversale et globale de la situation en région et des ressources existantes (3 organismes de coordination d'acteurs locaux et 3 associations d'accompagnement à la santé).

Au total, la connaissance et l'expérience de 21 structures et dispositifs ont été recueillies, dans le cadre d'entretiens individuels ou collectifs. 18 entretiens ont été menés en face à face dans la région entre février et juin 2019.

Afin d'avoir des points de vue les plus hétérogènes possibles, ces entretiens ont été menés en portant une attention particulière au fait que les personnes interviewées provenaient de structures touchant des publics vulnérables différents et issus de tous les départements de la région Centre-Val de Loire. Même si un type de structure n'a été rencontré qu'en une occasion et sur un territoire, la diversité de fonctionnement et de publics au sein de structures similaires ont souvent été abordés au cours de ces entretiens, en fonction de la connaissance des professionnels rencontrés (certains organismes ayant un rayonnement régional ou national, et certains acteurs ayant travaillé sur d'autres territoires de la région Centre-Val de Loire).

Même si une attention toute particulière a été portée sur la diversité des interviewés, celle-ci ne peut pour autant occulter :

- l'impossibilité de rencontrer tous les acteurs touchant des publics pouvant être considérés comme vulnérables, ceux-ci étant très divers dans leurs caractéristiques ;
- la difficulté conséquente, d'approfondir les problématiques et pistes d'amélioration pour tel ou tel public-cible précis (par exemple les mineurs) ;
- l'existence de structures et modalités d'accompagnement méconnus des acteurs rencontrés, même lorsque leur activité prend place sur les mêmes territoires ;
- les biais involontaires de sélection des personnes contactées et ayant accepté l'entretien.

Pour déterminer les acteurs à interroger plus précisément et obtenir les contacts avec les personnes interviewées, plusieurs voies d'entrée ont été explorées :

- Des contacts directs, à partir du recensement effectué par l'ORS, par email et téléphone.
- L'identification par des membres du groupe Praps de structures et dispositifs jugés intéressants pour l'enquête, qui ont transmis à l'ORS leurs coordonnées.

L'organisation, la conduite des entretiens, les retranscriptions et l'analyse de l'ensemble ont été assurées par l'ORS. Les entretiens ont été menés le plus souvent en face à face, sur le site de travail ou au domicile de la(es) personne(s) interviewée(s). Seuls deux entretiens se sont déroulés par téléphone. Ces entretiens ont été fixés après un échange téléphonique au cours duquel l'objet de l'enquête était présenté.

Une grille d'entretien a été adressée et validée par le comité de pilotage. Celle-ci est constituée d'une trame commune pour les différents entretiens, mais de nombreux ajustements ont été réalisés en fonction des catégories d'acteurs sollicités. Les thématiques traitées lors des interviews ont été les suivantes :

- Description de l'équipe, des missions... ;
- Caractéristiques des usagers accompagnés, les évolutions de ces dernières années, de ces derniers mois, des besoins au regard des publics rencontrés ;
- Actions qu'ils mènent auprès de ces publics : prévention, accompagnement, prise en charge ;
- Leviers et freins pour accompagner les publics (moyens humains, financiers, matériels, organisationnels... ;
- Publics qu'ils identifient et qu'ils ne peuvent aujourd'hui accompagner, les freins et les pistes pour atteindre ces populations ;
- Relations partenariales, acteurs, professionnels, services, établissements... avec lesquels ils collaborent et ceux avec lesquels ils ne collaborent pas : identifiés ou non identifiés ;
- Identification des points de ruptures dans le parcours de santé, de vie...

Le guide d'entretien contenant la trame commune des entretiens est consultable en annexes.

L'analyse, gardant en perspective les apports existants de la littérature, a porté sur l'ensemble des discours recueillis dans l'enquête en région, de façon transversale et thématique. Ont été recherchés les points communs et récurrents entre les discours des professionnels et, à l'inverse, les divergences, les variations sur une problématique donnée.

Guide de lecture

Le rapport dispose d'une synthèse située au début de ce document (partie I). L'analyse détaillée commence par aborder les principales problématiques des parcours de santé des populations vulnérables (partie III), avant d'approfondir celles qui correspondent aux populations identifiées par les professionnels dans notre région (partie IV). Il réalise ensuite un état des lieux de la prise en charge des populations en région, en mettant en perspective les atouts et limites de chaque dispositif de santé et social, dédié ou non spécifiquement à ces populations (partie V), avant de traiter des problématiques transversales à ces dispositifs, qui se dégagent au niveau des parcours des populations vulnérables (partie VI). Des encadrés situés à la fin des chapitres permettent de rappeler les éléments-clés développés dans ceux-ci. Enfin, des préconisations concluent le rapport.

III - Principales problématiques des parcours de santé des populations vulnérables

De nombreuses études et rapports se penchent sur l'état de santé des populations démunies. Les principaux constats s'articulent autour d'une santé dégradée, du fait de conditions de vie défavorables et de difficultés d'accès à la prévention et aux soins. Il existe en effet des inégalités fortes de mortalité et de morbidité entre les classes aisées et les plus pauvres ; la précarité et la pauvreté sont ainsi des facteurs de mauvaise santé³.

Nous reprenons et synthétisons brièvement dans ce chapitre les principales problématiques des parcours de santé des populations vulnérables étudiées dans la littérature. Les problématiques d'accès aux soins et des parcours au sein des dispositifs seront ensuite abordées plus spécifiquement en fonction de la situation régionale avec ses particularités, avec l'expression particulière de ces difficultés pour certaines populations vulnérables : migrants, personnes ayant des troubles psychiques, grands exclus et populations dont la situation est susceptible de basculer dans la précarité.

A. Des conditions de vie défavorables à la santé

1. Situation économique, précarité du logement et comportements à risques

Le niveau de vie économique est lié à des facteurs associés à une santé plus ou moins bonne, comme la catégorie sociale, le diplôme ou la région de résidence. Les cadres ont un niveau de vie élevé et sont moins soumis aux risques professionnels (accidents, maladies, exposition à des produits toxiques) que les ouvriers. Les écarts d'espérance de vie selon la catégorie sociale et le niveau de vie analysés par l'Insee⁴ montre ainsi une corrélation : plus une personne est aisée, plus son espérance de vie est élevée. Ce phénomène est d'autant plus marqué pour les plus faibles revenus⁵.

La précarité ou l'absence du logement impacte directement la santé des personnes. Les personnes sans domicile se déclarent moins fréquemment en bonne santé que l'ensemble de la population, bien qu'elles soient en moyenne plus jeunes⁶. Seule la moitié d'entre elles se considèrent en « bonne » ou en « très bonne » santé, contre 69 % dans l'ensemble de la population. Ce niveau de santé perçue, quel que soit l'âge, est le reflet d'une santé physique et psychique dégradée. À structure par âge et sexe identique à la population générale, 34 % des sans domicile indiquent être en partie ou totalement édentés et 20 % déclarent être obèses, soit dans les deux cas une prévalence

³ Aiach P. Les inégalités sociales de santé. Écrits. Paris: Economica, Sociologiques; 2010. p. 43-77

⁴ Blanpain N., « L'espérance de vie par niveau de vie - méthode et principaux résultats », *Documents de travail* n° F1801, Insee, 2018

⁵ aux alentours d'un niveau de vie de 1 000 euros par mois, 100 euros supplémentaires sont associés à 0,9 an d'espérance de vie en plus chez les hommes et 0,7 an chez les femmes, tandis qu'aux alentours d'un niveau de vie de 2 000 euros par mois, l'écart de gain d'espérance de vie pour 100 euros supplémentaires n'est plus que de 0,3 an et 0,2 an.

⁶ Problèmes dentaires, tabac, dépression : la santé précaire des sans domicile.

supérieure d'un tiers par rapport à la population générale. Près d'un quart des sans domicile estiment être en dépression.

On peut également relever dans les études l'établissement de corrélations entre la situation de précarité et la fréquence de comportements engendrant des prises de risque pour la santé, comme des consommations abusives de produits psychoactifs et des violences⁷. La pauvreté économique et sociale entraînerait ainsi des sentiments d'inutilité sociale et de mésestime de soi qui provoquent une souffrance psychique, pouvant conduire à l'adoption de comportements pathogènes et de conduites à risque comme fumer et boire⁸. Les comportements moins favorables à la santé sont plus fréquents chez les non-diplômés que chez les diplômés. Par exemple, d'après le Baromètre Santé 2016, 39 % des personnes âgées de 15 à 64 ans sans diplôme fument quotidiennement, contre seulement 21 % des diplômés du supérieur.

B - Des difficultés d'accès aux soins et à la prévention

Le rapport de la mission relative à l'accès aux soins des plus démunis et à la lutte contre le non-recours aux droits sociaux montre que les personnes en situation de précarité sont victimes d'une "triple peine" : elles sont plus exposées à la maladie, moins réceptives aux messages de prévention mais ont aussi moins recours au système de soins⁹. D'autres rapports plus récents relatent les mêmes constats avec des difficultés persistantes d'accès aux soins pour ces populations, comme par exemple, le rapport 2015 de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de Médecins du Monde, basé sur les 40 000 consultations médicales réalisées dans leurs Centres d'accueil de soins et d'orientation en 2014. La mauvaise situation économique des consultants, l'absence de logement stable ont des conséquences sur leur état de santé : plus de la moitié d'entre eux souffrent d'une pathologie chronique, potentiellement grave en l'absence de prise en charge et près de 40 % présentent un retard de recours aux soins.

Absence de recours, renoncement aux soins, refus de soins, limitations administratives, financières... De nombreuses études illustrent les difficultés rencontrées par les personnes en situation de précarité pour se faire soigner. L'évaluation de la première génération des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis a mis en évidence les attitudes et les difficultés spécifiques des groupes précaires vis-à-vis de la santé. Les facteurs de limitation ou de renoncement aux soins ont été par ailleurs largement étudiés et ont fait l'objet de différentes typologies¹⁰. Nous relèverons ici simplement les principaux facteurs de limitation des soins avec leurs traductions concrètes dans notre région.

⁷ Praps, État des lieux, Drass Midi-Pyrénées, février 2005.

⁸ Précarité, consommation à risques et cancer, Addictions n°33, mars 2011

⁹ Archimbaud A. l'accès aux soins des plus démunis 40 propositions pour un choc de solidarité

¹⁰ Une étude de l'Irdes catégorise le renoncement aux soins par deux formes principales : le renoncement « barrière » lié à des contraintes qui ne permettent pas d'accéder au soin désiré, et le renoncement « refus » qui témoigne de l'expression d'un choix. P. Warin, dans le cadre de l'Odenore, propose une typologie du non-recours aux droits et aux services avec trois formes : le non-recours par non-connaissance, par non-demande et par non-réception. Une étude menée par l'ORS Nouvelle-Aquitaine élabore une typologie assez proche mais plus spécifique au phénomène du non-recours aux soins.

1. Les obstacles liés à la personne

La non-perception du besoin de soin

La perception du besoin en matière de santé dépend de normes sociales et culturelles. Certaines pathologies sont enclines à engendrer un déni des problèmes, notamment les addictions (à différents produits : alcool, cannabis, héroïne ou produits de substitution), auxquelles s'ajoute le fait que certaines addictions ne laissent pas la place dans le quotidien des personnes à autre chose que la recherche et la consommation de ces produits.

« Ces gens-là ne sont pas demandeurs de soins donc c'est ça qui est très compliqué. Et c'est... ce n'est pas leur demande principale. »

« Les gens qu'on rencontre, ils ne sont pas forcément dans une demande dans un premier temps, souvent c'est l'assistante sociale ou la personne de la structure d'insertion, l'encadrante qui dit « voilà, ça serait peut-être bien d'aller te faire soigner », mais des fois les personnes, elles n'ont pas conscience qu'elles ont besoin de soins. »

Certaines personnes sont conscientes de leur état de santé mais estiment que celui-ci est la conséquence de leurs conditions de vie. Pour elles, ce sont donc ces conditions de vie qu'il convient de changer pour espérer un meilleur état de santé ; et cette idée occulte d'autres causes qui pourraient être traitées dans le cadre d'une consultation médicale.

La difficulté à se mobiliser pour sa santé : des priorités autres au quotidien

Certaines études suggèrent que les personnes en situation de précarité ont du mal à se mobiliser pour leur santé. Un des principaux facteurs explicatifs de ce constat serait que les personnes rencontrent d'autres problématiques qui passent avant la prise en charge de leur santé.

« Ça leur demande une énergie telle qu'ils ne viennent pas, et quand vous êtes dans des problèmes insolubles, la prévention c'est pas la préoccupation, si vous n'avez pas de toit, si vous n'avez pas de quoi bouffer. »

Le rapport de l'Académie nationale de médecine intitulé « Précarité, pauvreté et santé »¹¹ insiste sur le fait que les politiques engagées ne répondent pas assez efficacement, ni de façon suffisamment structurée, aux problématiques spécifiques de ces populations pour lesquelles la santé, rapportée à l'ensemble des pressions et contraintes du quotidien, devient de plus en plus une préoccupation secondaire. L'étude réalisée par l'ORS Nouvelle-Aquitaine¹² pointe le fait que cette difficulté de mobilisation ne serait pas le résultat d'une moindre importance accordée à la santé. Sauf exceptions liées à des états de santé psychique fortement dégradés dans des situations de grande exclusion, les personnes sont bien préoccupées par leur santé. S'il ne s'agit pas d'un renoncement à la santé,

¹¹ Académie nationale de médecine : Rapport « Précarité, pauvreté et santé [20 juin 2017]

¹² Véronique Bounaud, Nathalie Texier, *Facteurs de non-recours aux soins des personnes en situation de précarité. Étude qualitative auprès de personnes accueillies dans les dispositifs d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine (Centres d'hébergement et de réinsertion sociale, centres d'hébergement d'urgence, maisons relais)*

d'autres logiques expliquent leurs non-recours ou recours tardifs aux soins. Bien souvent, leurs contraintes quotidiennes se cumulent avec d'autres facteurs : avoir à disposition une personne susceptible de traduire et d'expliquer quand elles ne connaissent pas la langue française, difficultés relationnelles avec les médecins, difficultés administratives ou encore défiance générale envers le système de santé.

Mais surtout, les conditions de vie de ces populations vont de pair avec un rapport au temps différent, peu compatible avec les délais de rendez-vous importants et la continuité des prises en charge de certaines pathologies. La capacité à se projeter dans le temps nécessite d'être affranchi des grandes difficultés quotidiennes et de disposer d'un minimum de sécurité de vie pour les ressources ou le logement¹³.

« Il y a un gros travail de rappel effectivement de rendez-vous parce que la population... ils sont plutôt dans l'immédiateté, donc ils veulent un rendez-vous tout de suite, si on leur propose un rendez-vous trois ou quatre mois après... »

« Le problème c'est que comme vous donnez un rendez-vous dans un mois, un mois et demi, voire deux, y a de l'eau qui coule sous les ponts et ils ne reviennent pas, il y a beaucoup d'absentéisme pour les résultats, pour les populations précaires. Parce que je pense qu'ils ont d'autres chats à fouetter. »

« C'est toute la difficulté après de la vie à la rue de certaines personnes, où le recul de vie n'est pas du tout le même et là on se retrouve confronté à des problématiques qui sont : « non je n'ai pas pu y aller car je me suis pas réveillé » ou « à cette heure-là je dormais » ou « à cette heure-là je faisais la manche. »

Ce rapport au temps affecte également le suivi des prescriptions et traitements qui ne s'inscrivent pas dans un quotidien où sont accessibles simplement les repas et l'hygiène.

« On est confronté à la prise de médicaments ou de réalisation de soins qui vont être soit par exemple prendre un médicament à l'heure des repas. Ou des fois, il n'y a pas de repas dans la journée, parce que la personne le matin ne va pas à l'endroit où elle pourrait accéder à un petit déjeuner gratuit. »

Par ailleurs, il y aurait également une composante culturelle de ce rapport au temps : la population des gens du voyage, même lorsqu'elle se sédentarise et accède à une situation économique plus satisfaisante, semble conserver ce rapport au temps, ce qui conduit à des consultations médicales en urgence¹⁴. Or, étant donnée la démographie médicale de la région, les délais de rendez-vous sont particulièrement longs, pour la médecine générale mais surtout pour certaines spécialités, et ces

¹³ Facteurs de non-recours aux soins des personnes en situation de précarité, Etude qualitative auprès de personnes accueillies dans les dispositifs d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine, ORS nouvelle-Aquitaine, DRDJSCS, octobre 2017

¹⁴ Bouvet Olivier, Floch Stéphane, « Manouches et Roms. Représentations sociales des personnels soignants : stigmatisation, déviance, étiquetage, stratégies », *Spécificités*, 2012/1 (N° 5), p. 257-274. DOI : 10.3917/spec.005.0257. URL : <https://www.cairn.info/revue-specificites-2012-1-page-257.htm>

délais sont d'autant plus importants auprès des professionnels de santé qui acceptent les populations vulnérables (médecine de secteur 1, pratique du tiers payant, recours au CMP plutôt qu'à la psychologie ou la psychiatrie libérale...).

« S'il n'y avait pas de pénurie de médecins sur la région, ça aiderait un tout petit peu. Déjà pour le public, trouver un médecin ce n'est pas possible, pour un public lambda (...) Ça permettrait que ce soit pris en charge plus rapidement, et vraiment les questions de rupture elles sont là aussi, c'est trop long ! »

Le renoncement aux soins des personnes

La limitation dans l'accès aux ressources en santé est parfois la conséquence directe de la volonté de la personne, de ses valeurs, de ses comportements avec les professionnels de santé ou de ses appréhensions quant aux conséquences d'un diagnostic. Les personnes peuvent craindre de consulter par peur du diagnostic au niveau médical, mais aussi car elles savent qu'elles ne pourront pas payer les soins ou encore parce qu'elles ont peur de perdre leur emploi en cas d'arrêt de travail.

Les normes sociales et culturelles influent sur le rapport au corps, à la douleur et à la plainte. Le non-recours à un médecin en situation de maladie est une attitude qui peut, par exemple, s'expliquer par des valeurs de courage et de résistance, constitutifs de l'identité masculine dans les milieux populaires¹⁵. L'absence d'intention de consulter se justifie par la volonté de ne pas se plaindre, d'afficher une certaine résistance à la douleur.

À l'appréhension à se montrer « faible » s'ajoute souvent des problématiques liées à la relation avec les soignants et les institutions¹⁶. Ces problématiques trouvent en partie leur origine dans une défiance générale envers les institutions et le système sanitaire et parfois dans des expériences de consultations ou de soins qui ont été mal vécues par le passé. Certaines expériences peuvent avoir été perçues comme humiliantes ou dégradantes, avoir donné aux personnes le sentiment d'être peu considérées (du fait du manque de temps accordé par les médecins.), mal comprises, jugées négativement ou simplement mal prises en charge d'un point de vue médical.

« Il y a des gens qui ont été suivis un certain temps et puis qui ne peuvent plus rencontrer des psychiatres ou prendre des médicaments, du coup c'est aussi les aider à reprendre leur parcours de soin. Il y a des gens, des jeunes, qui sortent de structures, qui n'ont plus forcément envie de retourner dans une structure, l'institution ils en ont un peu marre, donc ce sont des jeunes qu'on retrouve dans la rue, qui ne veulent plus avoir d'aide, être accompagnés... »

¹⁵ Roynette, Odile. « La construction du masculin. De la fin du 19e siècle aux années 1930 », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol. n° 75, no. 3, 2002, pp. 85-96.

¹⁶ Boissonnat-Pelsy H., Sibue-DeCaigny C. Accès aux soins des populations défavorisées : la relation soignant-soigné

2. Les contraintes vécues pour l'accès aux soins

Les freins financiers : mise en œuvre de la couverture sociale et coûts complémentaires

Les raisons financières comme limitation des soins sont très largement documentées. Par exemple, l'enquête Santé et protection sociale de 2014¹⁷ révèle que 11 % des adultes parmi les 20 % les plus modestes disent avoir renoncé pour des raisons financières à consulter un médecin au cours des 12 derniers mois, contre 1 % des adultes parmi les 20 % les plus aisés.

Une étude de l'Irdes montre une moindre couverture complémentaire pour les populations les plus pauvres¹⁸. En 2012 et 2014, près de 5 % des personnes ne bénéficient d'aucune couverture complémentaire santé, et c'est le cas de 12 % pour les 20 % les plus pauvres. Malgré l'existence de dispositifs d'aide pour les plus précaires, l'absence de couverture complémentaire reste souvent liée au revenu. Elle est plus fréquente chez les chômeurs, les inactifs en âge de travailler et les jeunes adultes. Sans couverture maladie, le seul recours reste les urgences et les permanences d'accès aux soins de santé. Parmi les salariés du secteur privé, près de sept sur dix bénéficient d'une complémentaire santé par le biais de leur employeur. Certaines catégories de salariés, les personnes en contrat à durée déterminée, les employés de commerce et les ouvriers non qualifiés sont nettement moins souvent couverts par une complémentaire de leur employeur.

« Il y en a qui ne sont pas stables au niveau de l'emploi, les missions d'intérim des choses comme ça, et du coup, payer 50 euros/60 euros par mois pour une mutuelle, pour des gens qui ne savent pas trop comment manger, c'est compliqué. »

Mais si les droits à une couverture maladie (CMU, AME, ACS...) permettent théoriquement aux populations économiquement vulnérables de bénéficier de l'ensemble des soins, la mise en œuvre de ces droits s'avère moins évidente (comme pour d'autres prestations). Certaines populations vulnérables n'en profitent pas parce qu'elles ne connaissent pas ces aides, d'autres n'entreprennent et ne renouvellent pas de démarches administratives sans l'accompagnement d'un professionnel. Enfin, d'autres ont bien des droits ouverts mais ne les utilisent pas pour autant.

« Ce sont des gens qui sont en difficulté et qui n'osent pas dire les choses, notamment par rapport aux finances... Ils n'osent pas dire qu'ils sont à la CMU ou à l'ACS, et on leur demande de payer même s'ils ont l'ACS, ils n'ont pas à payer, à faire l'avance, mais la secrétaire va leur demander de payer et ils vont payer et après ils vont se retrouver en difficulté donc ils ne vont pas continuer les soins... »

Même lorsque la couverture maladie est obtenue, il reste toujours compliqué pour les populations vulnérables d'accéder aux soins du fait d'autres contraintes économiques, et notamment :

¹⁷ L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) est l'enquête de référence sur la santé, l'accès aux soins et la couverture maladie en France. Elle recueille depuis 1988 des données sur l'état de santé, la couverture maladie, la situation sociale et le recours aux soins d'un échantillon de 8 000 ménages ordinaires, soit 22 000 personnes. Elle est représentative d'environ 97 % de la population vivant en France métropolitaine.

¹⁸ Perronnin M., Louvel A., La complémentaire santé en 2014, questions d'économie de la santé (IRDES), n° 229 (janvier 2018)

- des restes à charge de certains soins (consultations hors parcours coordonné, optiques, dentaires, consultations privées à l'hôpital...);

« Oui, c'est ce qu'on voit de plus en plus : c'est que la situation change beaucoup, que maintenant quand vous allez à la polyclinique, il y a beaucoup de dépassements d'honoraires, que ça, les gens n'osent pas forcément poser des questions, demander, donc après ils se retrouvent avec des factures... L'hôpital, il y a maintenant aussi des rendez-vous privés. »

- de l'avance des frais exigés par certains professionnels de santé, qui ne permettent pas à ces populations d'exercer leur droit au tiers-payant. Ces populations vont alors subir les mêmes difficultés financières que si elles ne bénéficiaient pas des aides ; le plus souvent pour des spécialistes, qui proposent des dépassements d'honoraires ;

Pass : « Des personnes [à l'AME], on les a obligées à payer, on leur a même des fois pris en otage leur passeport tant qu'ils n'avaient pas payé. »

- des coûts de transport. Cette difficulté concerne beaucoup l'accès aux spécialistes qui nécessite des déplacements importants dans la région Centre-Val de Loire. C'est dans une moindre mesure le cas également pour les médecins généralistes qui sont de moins en moins nombreux à réaliser des déplacements à domicile, en milieu rural comme urbain.

La Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (Pfidass¹⁹) a pour objectif d'accompagner les assurés sociaux dans leurs démarches de soins pour ceux qui y auraient renoncé. Cela peut se traduire par une ouverture de droits, une recherche d'aides financières, une orientation dans le parcours de soins... D'après des premières études²⁰, le service proposé par la Pfidass semble répondre aux besoins de guidance des personnes accompagnées et contribue à lever une partie des obstacles financiers qu'elles rencontrent, et aurait un effet préventif en remobilisant les personnes sur la prise en charge de leur capital santé, évitant ainsi une éventuelle aggravation de leur état de santé.

Une mobilité réduite des populations vulnérables, même en territoire urbain

Même quand les personnes vulnérables résident à proximité de transports en commun, le coût de ceux-ci, l'organisation nécessaire pour en bénéficier à peu de frais (abonnement, anticipation du transport à la demande, compréhension de l'organisation du réseau) ou encore le simple fait de se déplacer avec d'autres personnes inconnues peuvent constituer des freins (notamment pour les personnes ayant des troubles psychiques).

¹⁹ Le dispositif Pfidass est né fin 2014 et se trouve depuis en cours de généralisation par la CNAMTS. La Pfidass est un dispositif de détection du renoncement aux soins et d'accompagnement vers la réalisation des soins

²⁰ Revil H., Warin P., Gadjos T., Rapport relatif à l'accompagnement scientifique de la PFIDASS – Mars 2016

« On a aussi beaucoup de gens avec des difficultés de mobilité. Donc à [ville], il y en a qui prennent le bus mais tous ne prennent pas le bus. Il y a aussi des pathologies qui font qu'ils ne peuvent pas et à la campagne c'est pire ! »

*« - On n'a pas beaucoup de gens en capacité de prendre le bus, c'est ça...
-Il y a des gens, entre autres les personnes déficientes, c'est compliqué. On écrit la lettre D...
-Il y a ceux qui ont peur de l'autre, du regard de l'autre, même s'il y a trois personnes. »*

« Sur le nord de l'arrondissement, comme on manque de spécialistes, le souci c'est que les orientations se font beaucoup sur le Mans, et là c'est compliqué pour être en lien avec les services hospitaliers. (...) Et c'est vraiment très compliqué pour les gens, il n'y a pas de bus, il n'y a pas de train, donc si on n'a pas de voiture, qu'est-ce qu'on fait ? »

Les dispositions pour financer le transport pour les soins existent mais restent également sous-employées. Seuls certains professionnels du secteur social et de la santé connaissent ces droits et aident les personnes à y recourir.

« Ils ont augmenté le seuil, avant c'était RSA et CMU ; et maintenant c'est le barème pris en charge Cnav pour l'aide-ménagère. C'est plus de trois fois aussi. Mais c'est un système qui est malheureusement méconnu des professionnels, et peu connu du grand public, parce que les dentistes pourraient le faire par exemple. »

« Les professionnels n'ont pas non plus envie de remplir le papier pour la personne. Il y a déjà tellement de papiers administratifs que c'est compliqué. »

« Une grossesse à risques suivie sur Tours, oui c'est bien mais comment elle va à Tours ? Et bien avec ses petites jambes, de l'autre bout de Vierzon à pied à la gare et de la gare de Tours à Bretonneau parce qu'elle n'a pas d'argent pour payer le bus. Mais vous rêvez, une grossesse à risque de 8 mois et continuer à se balader comme ça et personne n'a eu l'idée de faire un bon de transport !!? « Mais on ne sait pas si on peut ». Mais bon quand-même, si on peut. Vous voyez, ce sont des bêtises comme ça ! »

L'exposition plus fréquente aux refus de soins de certains professionnels de santé

Parmi les motifs de refus de soins de professionnels, certains sont directement liés aux caractéristiques du patient, qu'il s'agisse de son comportement, de sa situation économique ou de sa condition sociale. Le rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé adopté en séance plénière de la Conférence nationale de santé en 2010 pointe le fait que les populations les plus susceptibles d'encourir un risque de refus de soins sont des personnes en situation de précarité, particulièrement les bénéficiaires de la CMU-C et encore plus de l'AME. Ces refus ont, entre autres, pour origine l'obligation de respecter les tarifs conventionnés et de pratiquer le tiers payant, et un

effet « repoussoir » de la venue dans la salle d'attente de personnes de classe sociale différente²¹.
D'autres éléments particuliers contribuent aux refus de soins, selon les populations concernées.

²¹ Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens, IRDES, rapport final, 2009

IV - Quelles populations vulnérables en région Centre-Val de Loire ?

La définition et la circonscription des publics-cibles est une question importante et complexe qui implique une certaine conception de la santé et de l'exclusion. Cette définition du public peut influencer sur les orientations prioritaires du Praps et ses déclinaisons en actions concrètes. Plusieurs terminologies sont employées pour désigner les publics-cibles des Praps : les actions s'adressent aux personnes les plus « démunies » ou encore les publics « fragiles », « précaires » ou encore les personnes « éloignées des systèmes de santé », « celles qui présentent, plus que les autres, des difficultés d'accès aux droits, à la prévention et aux soins ». Si l'on accepte ces différentes désignations, les publics-cibles potentiels sont composés de populations très hétérogènes. Elles sont aussi bien composées de population en situation de pauvreté économique, sociale, en faible insertion, avec des problèmes de logement, et bien d'autres problématiques en lien ou non avec la santé. De manière générale, ces personnes cumulent des difficultés sociales, de santé et d'accès aux soins. On pourra y inclure autant des populations migrantes, des personnes sans domicile fixe, des toxicomanes, des familles monoparentales, des personnes âgées avec de faibles revenus, des bénéficiaires de la CMU, des personnes avec des revenus situés juste au-dessus des plafonds pour bénéficier des aides sociales, des populations en situation d'emploi précaire, des populations qui ont culturellement un rapport difficile ou distant avec les praticiens en santé... et des personnes qui présentent parfois plusieurs de ces caractéristiques.

Les choix des populations vulnérables étudiées plus précisément ici se justifient en partie par l'importance des besoins estimés par les acteurs institutionnels, de terrain de notre région. D'autres populations pourraient faire l'objet d'une attention plus spécifiques dans des études ultérieures.

L'étude menée ici permet d'identifier des difficultés particulières pour toucher certains publics. Ces difficultés sont essentiellement celles mentionnées par les professionnels rencontrés. Il ne s'agit pas pour autant mécaniquement de populations qui « devraient » être prioritaires dans les orientations des politiques publiques : certaines populations représentent des effectifs restreints et la nécessité d'efficience des dispositifs peut conduire à concentrer des moyens d'actions sur des populations déjà partiellement prises en charge. La mise en exergue de certaines populations reflète la récurrence des difficultés exprimées par les professionnels et la cohérence entre leurs discours, alors qu'ils exercent dans des secteurs d'activité différents et sur plusieurs territoires de la région. Les difficultés pour ces populations reflètent certes des problématiques de santé qui peuvent leur être propres, mais surtout l'inadéquation des systèmes de prise en charge face à ces problématiques dans notre région.

S'il existe une cohérence entre les besoins perçus des professionnels, les attentes des populations vulnérables et les nécessités d'adaptation des dispositifs sanitaires et sociaux, le lien entre les premières et les secondes ne sont pas toujours directs. Les recommandations de ce rapport, et celles réalisées conjointement avec le Creai, découlent d'une mise en perspective à la fois des besoins perçus et des attentes exprimées sur le terrain de l'enquête, mais elles prennent aussi en compte la diversité des dynamiques territoriales au niveau des besoins des populations et des moyens humains, matériels et organisationnels qui y sont déjà disponibles.

Des difficultés prégnantes pour les populations migrantes, malades psychiques, personnes en situation de grande exclusion

Au regard des entretiens menés auprès des professionnels du secteur sanitaire, social et de membres d'institutions de la région, certaines populations soulèvent particulièrement des questionnements et des difficultés de prise en charge, de différentes natures : les populations migrantes, les malades psychiques et les personnes en situation de grande exclusion (notamment sans domicile fixe). Les personnes qui se trouvent dans des situations économiques et sociales légèrement précaires (que nous appellerons « à la limite de la précarité »), sont également souvent en situation d'éloignement des systèmes de soins et peuvent être considérées de façon complémentaire comme une cible intéressante d'action dans une perspective de prévention.

A. Les populations migrantes

1. Contextualisation de la problématique en région

Les professionnels des structures sociales et de santé ont témoigné d'un flux important de migrants ces dernières années sur l'ensemble des territoires de la région, mais surtout sur des territoires où la population et les professionnels n'étaient pas ou peu habitués à voir ces populations, en particulier dans l'Indre et le Cher.

« Il y a quelques gens de Vierzon de souche (...) Là les nouveaux, c'est que des migrants. Sur l'année 2018, ça c'est la famille en regroupement familial donc on les a tous. Depuis la dernière année ça fait presque les 4-5^{ème}. »

« Les migrants ça fait pas 15 ans qu'ils sont là, c'est depuis qu'on a démantelé Calais, qu'on a créé des CAO, des Cada, qui sont en train de fonctionner maintenant depuis 3-4 ans »

« Situation d'exil, depuis 2 ans... Là, il y a beaucoup plus d'accompagnement, l'année dernière on a même eu 180, l'année d'avant 60. D'abord parce qu'il y en a beaucoup qui sont arrivés dernièrement, et l'Agence régionale de santé nous demandait de faire la première visite quand ils arrivaient sur le territoire »

Si les populations migrantes constituent une problématique et un questionnement important pour les professionnels, c'est d'une part en raison des difficultés qu'ils rencontrent dans leur parcours social et de santé, et d'autre part en raison des effets de l'intégration récente des populations migrantes dans de nombreux dispositifs. L'intégration de ces populations modifie en effet les caractéristiques et les besoins de l'accueil et de l'accompagnement et du soin (avec la problématique de la langue en particulier) ; mais elle conduit aussi, dans un contexte où les moyens des dispositifs ne sont pas extensibles, à intégrer moins souvent d'autres populations qui en bénéficiaient par le passé, par un effet de vases communicants. Il en résulte parfois une tension entre les bénéficiaires, et des lacunes en matière d'accompagnement d'autres populations. Cette tendance s'observe dans un grand nombre de structures rencontrées, qu'il s'agisse de l'hébergement ou de soins.

« Aujourd'hui une grande partie des hébergements d'urgence est occupée par des personnes venant d'ailleurs (...) On regarde 15 ans en avant ou 20 ans en avant, c'était plutôt des hommes barbus avec un chien qui faisaient la route, qui étaient un jour à Orléans, le lendemain à Bourges au gré du vent. Aujourd'hui c'est plutôt des publics qui viennent d'ailleurs. Une grande majorité, je pense que 80 % sont des migrants avec des statuts très, très différents. »

« La population migrante, c'est la situation actuelle, mondiale qui fait que ça fait déjà une bonne quinzaine d'années, une vingtaine d'années que ça évolue. Qu'on a des grosses vagues de migration dues aux conflits un peu partout dans le monde. Et les migrations économiques de pays aussi, précaires. Et là nous, voilà c'est... de toute façon ça se voit partout dans les hébergements d'urgence (...) depuis les années 2000. Ça a commencé et ça s'amplifie là récemment. »

« Moi j'en entends : « oui de toute façon on réserve tout pour les migrants » « nous on n'a plus rien » ça créé beaucoup d'animosité. Oui à l'abri de nuit ça pose problème parce qu'il y a 12 places, ou 14 et plus de la moitié c'est des gens en demande d'asile. »

Les migrants occupent des places dans ces dispositifs car ils ont sensiblement les mêmes besoins, mais aussi du fait d'une absence d'orientation vers des structures spécialisées pour ce public, que ce soit par manque de place, ou parce que lien n'est pas fait avec ces dispositifs les plus adaptés. Ainsi les primo-arrivants bénéficient souvent d'hébergement d'urgence par l'intermédiaire du 115, sans avoir intégré le centre d'accueil et d'évaluation des situations qui leur serait plus adapté.

« Les services se rencontrent une fois par semaine pour faire le point sur les nouveaux noms qui arrivent sur la liste des SIAO pour tenter de voir s'ils ne peuvent pas aller vers le CAS car le CAS, c'est vraiment le service idéal pour un primo-arrivant en attendant son passage au guichet unique. Il est pris en charge dans un établissement spécialisé, il a de quoi aller s'acheter à manger, il voit des travailleurs sociaux. C'est quand même mieux qu'un hôtel. »

2. Problématiques de santé : des pathologies spécifiques liées aux conditions de vie et d'exil des migrants

Les problématiques de santé des populations migrantes sont en partie les mêmes que celles du reste de la population. Mais certaines pathologies sont directement en lien avec leurs conditions de vie dans le pays d'origine, celles vécues au cours de la période d'exil, et depuis leur arrivée sur le territoire français. Enfin, certains migrants peuvent avoir d'autres maladies, non traitables dans leurs pays. La recherche de soins est alors la principale raison de leur venue en France.

Parmi les affections courantes dans les populations migrantes, les acteurs rencontrés relèvent en particulier :

- Les troubles psychiques consécutifs aux violences subies dans le pays d'origine, dans le parcours de migration (conflits armés, tortures, viols...), et/ou depuis l'arrivée sur le territoire français. Ces violences sont fréquemment à l'origine d'état de stress post-traumatique et nécessitent une prise en charge psychologique. Les conséquences sont aussi somatiques,

avec des demandes de soins directement en rapport avec des violences, ou indirectement quand l'angoisse ou les troubles psychiques provoqués suscitent des demandes de soins et de multiples examens.

« Il y a une gamine du centre africain qui a servi de jouet sexuel pendant des mois en Lybie avant d'arriver en Italie, d'être prostituée. Donc elle arrive, elle a 20 ans, elle arrive avec l'hépatite C, enfin bon le cauchemar le plus total. Qui est ravagée, qui pense plus qu'à mourir, qui est psycho trauma. »

« Ils viennent aussi dans la détresse, ils ont besoin d'une écoute, d'une orientation, mais il y a beaucoup plus de psychologie, sous le médical entre guillemet, y a du traumatisme. »

« Ils ont envie d'une batterie d'examen parce qu'ils ont peur parce que toute cette angoisse, ce qu'ils ont vécu, il faut... Et il y a beaucoup d'impacts physiques et si on a mal au genou il faut tout de suite faire un scanner. Mais c'est... des fois, il y a une consommation et faut qu'on arrive nous à discerner ce qui est du vrai besoin mais on ne peut pas tellement des fois. »

- Les maladies infectieuses, plus présentes dans les pays d'origine, et dans les conditions de vie de ces populations en France. C'est notamment le cas de la tuberculose.

« Le taux de tuberculose doit être 100 fois plus élevé dans certains pays que chez nous... Donc il y a plus de risques (...) C'est une maladie qui est à transmission aérienne, qui, si vous êtes à 4 à dormir dans la même chambre, vous avez plus de chances de vous la refiler que si vous êtes un bon bourgeois qui a chacun sa chambre, par exemple. Donc c'est pour ça qu'on retrouve plutôt des cas dans les populations précaires. »

- La traumatologie.
- Des problèmes gynécologiques, avec des femmes qui ont subi des excisions.
- Les pathologies digestives avec l'exposition à des bactéries qui peuvent déboucher sur des complications, voire des cancers.
- D'autres maladies souvent graves mais qui ne sont pas spécialement en lien avec les conditions de vie particulières des migrants. Leur fréquence dans ces populations est plutôt la conséquence du fait qu'ils recherchent en France des soins qu'elles ne peuvent obtenir dans leur pays. Cette situation s'observe principalement pour certains pays, les professionnels observant des vagues de migrations avec ce besoin propre. La France dispose même d'une procédure spécifique de délivrance de titres de séjour aux étrangers malades, qu'il est désormais possible d'engager simultanément à une demande d'asile.

« On a constaté que pour certains pays le problème de santé, la demande d'asile est l'axe, est l'un des facteurs premiers de la demande d'asile. La Géorgie, c'est ce qu'on voit ces derniers mois. »

« Tous nos patients avec des problèmes de cancer eux, ils n'ont pas de solutions dans leur pays pour se faire soigner. Au Cameroun, il n'y a pas de scanner par exemple. »

« Je trouve, parce que pour des grosses maladies, ils arrivent à s'en sortir pas trop mal, le géorgien que j'ai revu cette année, il n'y a pas longtemps, que j'avais vu il y a quelques années, il était vraiment à l'article de la mort, il a eu une greffe de je sais plus quoi, il était vraiment mal, et il est survivant. Ils savent très bien quand ils viennent en France qu'ils auront des soins. »

3. Problématiques spécifiques liées à la prise en charge de la santé des migrants

Une mise en place de la couverture sociale trop longue à l'arrivée des migrants

La prise en charge financière des principaux frais de santé est possible pour les migrants par le biais de la PUMA (ex-CMU) et de l'AME. L'accès aux droits CMU et AME est généralement bien réalisé chez les migrants, du fait de la systématisation des démarches en lien avec la demande d'asile et les liens existants avec les communautés déjà installées sur le territoire. On relève, en revanche, la situation particulière des migrants qui ne peuvent ouvrir de droits lorsqu'ils résident depuis moins de 3 mois sur le territoire français. Ce délai est même souvent plus long, car cette demande n'est pas toujours initiée dès que cela est possible, et il faut y ajouter le délai d'instruction de la demande. Il existe certes une procédure pour accélérer ce traitement auprès de la CPAM, mais elle semble peu connue et rarement mise en œuvre selon les acteurs rencontrés.

« Il y a toujours la période des 3 mois quand ils arrivent sur le territoire français, là il n'y a rien pendant 3 mois, c'est là qu'on les voit nous. »

Encore sans couverture sociale, les migrants ont parfois recours à des structures ou professionnels qui ne leur permettent pas de bénéficier de la gratuité des soins. En effet, les populations nouvellement arrivées ne connaissent pas toutes les structures existantes, et leur situation de santé peut nécessiter une prise en charge rapide. Cela engage alors des frais potentiellement importants qui constituent un facteur dissuasif pour la poursuite de leur parcours avec certains professionnels de santé. Par la suite, les allocations dont bénéficient les populations concernées peuvent être amputées de ces dettes, ce qui impacte en retour leurs conditions de vie déjà souvent marquées par des moyens financiers très faibles.

« Entre le moment où ils arrivent en France et le moment où la demande de CMU est déposée, souvent il y a des familles qui sont confrontées à ... Moi ceux que je suis, ils ont tous des avis du Trésor public parce que c'était avant. (...) Ils ne sont pas passés par le service de la Pass, donc ce n'est pas pris en charge. »

« J'ai l'exemple d'une famille, où ils ont été hospitalisés à la descente de l'avion suite aux persécutions et aux tortures qu'ils ont subies au pays. Comme là, la famille que j'ai accueillie hier. La famille a été accueillie directement aussi à l'hôpital parce que thrombose hépatique, poliomyélite, donc dans un état... »

« Je vois la situation de la femme seule avec enfants ou les enfants bah de la fièvre. Simplement direction les urgences quoi. Un bras cassé enfin voilà, on induit tout ça. Donc ça entraîne des frais importants et tout ça avant le CMU. »

« A [ville] pendant un moment il faisait ça, tout ce qui touchait entre guillemets les primo arrivants sur [ville], (...) les CLAT, hôpital, CHU. D'accord les gens disaient « on n'a pas de couverture sociale », les médecins disaient « ce n'est pas grave », Et après clap ! (...) la dame avec son bébé avec le cœur mal foutu, ils lui ont piqué en une fois 170 euros sur son RSA. »

De nombreuses actions à mener par les professionnels de santé

Les difficultés de prise en charge des migrants sont en partie liées aux pathologies spécifiques qui les concernent, mais aussi aux nombreuses actions nécessaires de la part des professionnels de santé. Aux investigations sur le plan somatique, où il est nécessaire de comprendre les antécédents médicaux s'ajoutent la dimension psychologique, avec les violences subies lors du parcours de migration, la barrière de la langue, l'absence de carte Vitale, la faible connaissance des droits des étrangers et le temps nécessaire pour leur exposer le système administratif et de santé français, le paiement aléatoire ou retardé des actes du médecin par l'Assurance maladie, les problématiques sociales périphériques, et les démarches administratives potentielles qui y sont liées. Toutes ces actions ne sont pas bien maîtrisées par les professionnels de santé qui doivent s'y investir, et elles provoquent nécessairement un allongement des temps de consultation. La seule recherche des antécédents, sans dossier médical et avec les difficultés de communication liées à la langue peut être déjà très chronophage.

« Sur quelqu'un qui n'est pas nouveau, c'est à peu près ¾ d'heures (...) On prend un couple de russes qui ne parlent pas français, un qui est diabétique et l'autre problème d'hypertension, ils me sortent leurs médicaments en cyrillique. Il faut entre une heure et deux heures, globalement une heure et demie. »

« S'ils ont mis 4 mois pour venir en passant par le bateau, et puis qu'ils se sont planqués au Maroc pendant des mois, ou en Lybie (...) il y a des horreurs, on n'aborde pas les choses de la même manière, le problème de santé n'est pas le même, les dépistages ne vont pas être les mêmes donc il y a effectivement tout ça... Et s'ils ont pas le temps de s'exprimer, c'est pas possible. »

L'interprétariat et les aides à la communication

La communication est un élément essentiel dans la prise en charge du patient et les diversités linguistiques créent certaines barrières qui ont des incidences sur l'accès mais aussi la qualité des soins. L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé désigne la fonction d'interface, assurée entre des patients/usagers et des professionnels intervenant dans leur parcours de santé et ne parlant pas une même langue, par des techniques de traduction. Il garantit aux patients les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome. Il donne également aux professionnels les moyens d'assurer une

prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical²². La plupart des acteurs rencontrent des problèmes de communication avec certains migrants. Ils soulignent le besoin d'un interprétariat professionnel pour des consultations médicales qu'il est actuellement difficile de mettre en place du fait du coût important de ce recours.

« Maintenant le gros souci aussi, c'est que la famille ne parle pas du tout un mot français. Elle parle seulement géorgien. Donc là, tous les rendez-vous qu'on va essayer de mettre en plus, il va falloir un traducteur. Donc financer un traducteur, ce qui va revenir assez cher. »

« Depuis très peu de temps on a le droit d'avoir un service de traduction téléphonique, mais limité, que pour certains problèmes liés aux hépatites, sida ou tuberculose, pas pour une consultation tout venant. »

Ce besoin d'interprétariat est surtout prégnant pour les migrants qui sont arrivés depuis peu de temps sur le territoire et pour les langues qui ne sont pas du tout comprises par les professionnels.

« Les patients mongoles ne parlent ni russe, ni chinois. Donc c'est chaud d'avoir des traducteurs. Là on a une patiente guinéenne qui parle que le soussou qui est un dialecte du fin fond de la Guinée. »

Certains professionnels de santé exigent la présence d'un traducteur pour prendre en charge les migrants, avec des conditions qui peuvent varier d'un professionnel à l'autre (présence physique, traducteur professionnel et non membre de la communauté...).

« Les spécialistes refusent de faire les entretiens s'il n'y a pas de traducteur. Donc traducteur physique, même par téléphone ils refusent. Donc voilà il faut qu'un traducteur se déplace. »

« Là, j'ai un spécialiste avec lequel j'avais réussi à prendre rendez-vous avec la personne et quand il a vu qu'il n'y avait pas de traducteur, il a refusé la consultation et il a renvoyé la personne. Il se débrouille mais il a refusé catégoriquement, pour un rendez-vous dentiste hein. »

En l'absence des moyens pour financer un interprète professionnel, les acteurs sont contraints de se « débrouiller » et de « bricoler » des moyens pour communiquer avec les usagers. Parmi ces moyens, on relève le fait de recourir :

²² Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques, HAS octobre 2017

- à une personne maîtrisant la langue, parmi les professionnels de la structure. Il existe souvent au sein des établissements hospitaliers des personnels ayant des connaissances de langues étrangères, qui sont, au moins dans certains établissements, bien identifiés et recensés. Toutefois ces personnels n'exercent pas toujours directement au sein du service auquel à recours la personne étrangère, et ne sont pas toujours mobilisables facilement : soit ils ne travaillent pas à ce moment, soit il est nécessaire de les rechercher, et le service au sein duquel ils travaillent ne souhaite pas toujours les libérer. Ces dispositions peuvent donc être utiles ponctuellement, mais l'organisation interne de l'établissement ne permet pas une mise à disposition régulière, ce qui peut être nécessaire, par exemple pour des consultations pour des troubles psychologiques.

« Ça demande aussi de l'organisation pour que quelqu'un de l'hôpital se détache aussi ! Il y a une infirmière qui parle albanais, mais elle est en réa', c'est la seule. Elle ne va pas pouvoir se rendre disponible, il y a la priorité du service dans chaque service. »

« On a une liste... de collègues sur l'hôpital et qui peuvent traduire. On a pu se rendre compte, aussi au niveau du CMP que ça a ses limites, parce que ce sont des personnes qui ne sont pas formées à ce qu'elles vont entendre, et à devoir traduire, on est quand même sur des psychotraumas lourds, et ça peut mettre le traducteur en très grande difficulté. »

De plus, selon la taille de l'établissement, ou du service, toutes les langues ne peuvent être maîtrisées et certaines langues manquent en particulier, comme le russe... ou nombre de dialectes africains. La succession de vagues migratoires amène régulièrement de nouveaux besoins.

« L'année dernière, on avait 24 nationalités, 24 sur toute l'année. Les principaux c'était soudanais, turc, russe, euh albanais quand-même. Et ensuite c'était congolais, Centre-Afrique, Côte d'Ivoire, Lybie. »

« Quand on a ouvert (nom de la structure), en fait ils démantelaient un camp à Metz, et on a eu beaucoup d'Albanais (...) C'est vrai qu'on a eu une vague soudanaise en 2016, en 2017 les Syriens et là les Géorgiens. »

- Le fait de recourir à un membre de la famille (souvent les enfants) ou de la communauté parlant mieux le français (parce qu'installée depuis plus longtemps sur le territoire ou mieux insérée socialement). Les structures prenant en charge particulièrement souvent des migrants (associations spécifiques, Cada...) ont généralement connaissance des personnes susceptibles d'effectuer une traduction. Il peut s'agir par exemple d'actuels ou d'anciens résidents du Cada.

« Si c'est dans un Cada, il y en a un qui va être... un migrant... une langue particulière et ne maîtrise pas l'anglais ou le français, il y a toujours quelqu'un qui va faire l'interface. »

« C'est des traducteurs qui font ça parce qu'ils parlent les deux langues. Ils ne sont pas allés... ils n'ont pas de formation d'interprète, ce qui serait bien. Donc en effet, c'est d'autant plus compliqué mais voilà c'est comme ça que ça fonctionne. On se débrouille. »

Cette possibilité comporte plusieurs limites : le problème de la confidentialité des informations recueillies, les filtres et déformations susceptibles d'être induites par un traducteur de la communauté ou de l'entourage, et l'acceptabilité de l'association de cette personne par les acteurs professionnels.

« Ce qu'il faudrait (...) c'est en effet que tout ce secteur-là s'adapte aussi aux publics, ces nouveaux publics. Par exemple au CMP, il y a quelques années, ils ne voulaient pas de traducteur parce qu'ils ne voulaient pas qu'il y ait forcément une tierce personne et le patient. »

« Le secret, la confidentialité. Puis c'est... ça pose le problème de : qu'est-ce qui est traduit ? Est-ce que c'est traduit correctement ? On ne sait pas forcément, parce que des fois, vous posez une question, c'est traduit en trois mots, alors que vous avez parlé 5 minutes, ou l'inverse. Et que visiblement le traducteur, il y a une discussion entre traducteur et patient, et puis voilà, vous avez l'impression qu'il... filtre, enfin vous ne savez pas trop. »

- Recourir à l'anglais, que les professionnels maîtrisent plus couramment.
- L'usage des outils numériques dont l'usage est de plus en plus courant et efficace, comme Google traduction, ou tradumed.
- On peut également prendre en compte de façon plus large, tous les outils qui contribuent à faciliter les échanges et la compréhension entre les personnes en situation de précarité et les soignants. Il s'agit, par exemple, de kits de communication sous forme de pictogrammes ou d'aide à la traduction en langues étrangères, pouvant être intégrés aux pratiques de nombreux acteurs de la santé²³.
- A défaut d'autres solutions, des dessins sont parfois utilisés.

« Alors y a Google traduc' ! Ça marche très bien, puis on essaie de parler en anglais, il y en a quand même qui parlent anglais, mais enfin les populations migrantes de l'Est... c'est plus compliqué mais ça marche bien. Et puis après il y a les dessins... Je me souviens d'une patiente qui m'avait dessiné un char, avec je pense que c'était elle devant, donc une ukrainienne, donc j'avais compris ce qu'elle avait vécu... mais sinon Google traduc on y arrive. »

Néanmoins toutes ces possibilités nécessitent que le professionnel de santé prenne le temps nécessaire pour une bonne compréhension, ce qui n'est pas toujours effectué dans des conditions où les professionnels sont débordés. Pour ceux qui les utilisent, ces outils leur semblent encore imparfaits et insuffisants dans certaines conditions.

²³ Par exemple : kit de communication pour améliorer le dialogue entre les équipes soignantes et les patients Elsevier Masson, France, 2010

« Mais ils n'ont pas le temps en fait, ils ne prennent pas le temps en fait. Ils n'ont pas le temps de s'encombrer avec ça [traducmed]. »

« Parce qu'on ne peut pas ou ne veut pas financer donc là on fait vraiment du bidouillage, en anglais comme on peut, et quand il n'y a pas d'anglais on fait des dessins. Pour faire de la prise en charge psychologique poussée, c'est plus que limité ! Pour faire un recueil de données infirmier, ça peut aller. Pour faire la prise en charge plus conséquente, c'est quand même très compliqué. »

B. Les malades psychiques

1. Contextualisation de la problématique de la maladie psychique en région

La souffrance psychique et les troubles du comportement sont courants parmi les populations vulnérables²⁴. Ces troubles ne sont parfois que la résultante des conditions de stress auxquelles elles sont confrontées quotidiennement²⁵ (insécurité liée à l'absence de domicile, manque de ressources, violences...). Des études montrent que le stress chronique lié aux conditions de vie difficiles, plus que de jouer sur l'humeur ou le comportement, provoquerait des processus biologiques délétères, entre autres pour la santé mentale.²⁶

Mais les troubles psychiques sont aussi plus fréquents parmi les populations vulnérables et cela sans qu'elles soient la conséquence des conditions de vie particulières : maladies du système nerveux, psychoses chroniques ou alcooliques, schizophrénies, délires parmi des personnes sans logement fixe notamment²⁷. Mal identifiées et non soignées, de telles maladies peuvent expliquer certains parcours de vie et conduire à l'exclusion professionnelle et sociale²⁸. Cause au moins partielle de leur exclusion, le trouble psychique a donc aussi pour conséquence une dégradation des conditions de vie qui impacte en retour la santé mentale des personnes dans un cercle vicieux.

2. Difficultés de prise en charge liées aux maladies psychiques

Limites des prises en charge ambulatoires

Une partie des malades psychiatriques accueillis par le passé dans des établissements spécialisés ou hospitalisés en service psychiatrique, est amenée à vivre plus souvent en milieu ordinaire, à domicile, ou dans des dispositifs sociaux ou médico-sociaux. Selon le rapport de l'ANAP²⁹, les établissements psychiatriques ont diminué de moitié leurs capacités d'hospitalisation complète au cours des trente dernières années et le processus se poursuit encore. 80 % des patients psychiatriques sont désormais

²⁴ De la Rochere B., 2003, « La santé des sans-domicile usagers des services d'aide », Insee Première, 893.

²⁵ Joubert M., 2001, « Précarisation et santé mentale : déterminants sociaux de la fatigue et des troubles dépressifs ordinaires », in Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V., Précarisation, risque et santé, Paris, Inserm (Questions en santé publique)

²⁶ Avec notamment la production de cortisol. Kirschbaum A., Pirkek-M., Hellhammerd., 1993, « The trier social stress test : a tool for investigating psychobiological stress response in laboratory setting », Neuropsychobiology, 28, 76-81

²⁷ De la Rochere B., 2003

²⁸ Laporte A., Chauvin P. « Enquête santé mentale et addictions chez les sans-domicile franciliens. » 2010.Observatoire du SAMU social. http://www.samusocial.paris/sites/default/files/samenta_web.pdf

²⁹ Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale - Première approche, ANAP août, 2015

suivis en ambulatoire. Parallèlement, les moyens pour accompagner ces publics en ambulatoire sur les soins psychiques ne permettent pas de prendre en charge toutes les personnes qui en auraient besoin, particulièrement quand elles ne sont pas demandeuses. Un nombre important de malades psychiques sont de fait en situation d'exclusion et échappent à une prise en charge spécialisée, étant donné les difficultés des secteurs à répondre aux besoins de soins ambulatoires de l'ensemble de la population, et la nature même des pathologies psychiques qui va souvent de pair avec des changements d'attitude et la volonté d'arrêter les soins.

Les pathologies psychiques empêchent aussi souvent les personnes de prendre soin des autres aspects de leur santé somatique par elles-mêmes. Avec des suivis ambulatoires, les modalités d'accompagnement à la santé (somatique) sont plus distantes et fractionnées que dans des établissements psychiatriques. Les personnes sont spontanément assez peu attentives à leur santé, et des complications des pathologies peuvent facilement advenir. Quand les démarches de soins reposent sur la seule initiative des personnes, le recours au soin intervient souvent à un stade plus avancé des maladies.

« Souvent les troubles psychiatriques sont un gros frein aux soins, parce qu'en fait, il n'y a pas cette prise de conscience. »

Manque de formation et appréhension de la violence

Les pathologies psychiatriques posent à la fois des problématiques aux soignants non psychiatrique et aux acteurs sociaux. Les premiers comme les seconds sont peu familiers de ces pathologies, n'ont pas de formation spécifique et ne savent pas toujours bien adapter leurs comportements à ces usagers. Mais surtout, nombre de malades psychiques présentent des défauts d'accompagnement et de soin sur leur pathologie psychiatrique, ce qui entraîne des troubles du comportement parfois importants. L'imprévisibilité du comportement de la personne et sa potentielle violence est essentiellement à l'origine des peurs et réticences soulignées par les acteurs interrogés.

Les malades psychiques peuvent facilement déstabiliser des équipes soignantes non formées, notamment quand elles ne peuvent faire appel à des professionnels de psychiatrie ou n'ont pas un proche accompagnant susceptible de réguler certains comportements de la personne. Cette déstabilisation est d'autant plus importante et inquiétante pour des professionnels de santé libéraux qui travaillent de façon isolée et doivent préserver la sécurité de leurs patients en salle d'attente.

« Ils sont dans la limite du passage à l'acte, que ce soit envers eux-mêmes ou les autres, la limite de l'agressivité, (...) il y a même parmi les soignants spécialisés, il peut y avoir une notion défensive où : « bah non je n'allais pas le voir lui, il me fait trop peur ! » »

« Il [le médecin généraliste] a eu 3 de nos résidents et les mecs ont explosé son cabinet. Il dit « maintenant on va peut-être arrêter. » parce que les gars attendent trop, ils commencent à crier alors qu'il y a des mamans, des enfants... »

La conjonction de troubles somatiques et psychiques peut mettre en difficulté un service d'urgences qui ne dispose pas de ressources particulières en psychiatrie au sein de l'hôpital. Même les urgences psychiatriques peuvent être en incapacité de gérer certaines crises autrement que par des sédations et des contentions. Les personnels des urgences ont parfois le sentiment que les professionnels du secteur social et médicosocial leur envoient, sans raison médicale valable, des personnes malades psychiques parce que leurs troubles du comportement perturbent le fonctionnement de l'établissement ou parce qu'ils ne peuvent pas assurer un accompagnement suffisant en-dehors des horaires de journée en semaine³⁰. Ce sentiment s'enracine facilement dans une situation générale où les professionnels des services d'urgences répondent à de nombreuses problématiques qui ne relèvent pas de l'urgence médicale.

Une intégration difficile dans les lieux de vie des structures sociales et médicosociales

Les acteurs sociaux qui accompagnent au quotidien ces personnes et ont à gérer leurs troubles du comportement (en particulier pour ceux qui manquent d'un suivi psychiatrique suffisant) sont également largement démunis pour leur accompagnement, par manque de formation et parce qu'ils y ont été peu habitués.

« Les plus grosses difficultés sont souvent les pathologies psychiatriques. C'est souvent celles qui posent le plus de problème parce que la psychologie ou la souffrance psychique ou les troubles de l'humeur ou du comportement ne sont pas des choses familières pour les travailleurs sociaux. »

Les comportements de la personne peuvent mettre en danger les professionnels, les autres usagers, voire la personne elle-même. Certains troubles du comportement, la violence ou les addictions des malades sont même susceptibles de les conduire à une exclusion des établissements.

« On a quand même une grosse problématique sur l'aspect santé mentale, là je vois bien qu'ils sont démunis, autant sur des problématiques de santé, ils vont être en difficulté mais ils pourront mieux le gérer, là je parle pour les adhérents, les professionnels, mais c'est par rapport au psy, et puis ça fragilise l'équilibre de la structure, et donc c'est ça qui les met en difficulté .»

« Les objectifs, c'est d'être dans des lieux de vie, avec d'autres gens... dans de la vraie vie. Mais donc ça veut aussi dire du coup qu'on n'a pas envie de mettre en danger, ou en difficulté les voisins. »

« S'il y a des troubles psychiques – psychiatriques, il faut qu'il y ait une stabilisation, un traitement, un suivi, parce que ce sont quand-même des situations qui peuvent être très très complexes, et nous on n'a pas de psychiatre dans l'équipe, et on a ni la formation ni la présence en termes d'équipe pour accompagner des situations qui seraient trop compliquées. »

³⁰ Chalmeton Pierre ; Cherbonnet Claire ; Duquesne Aurore - Parcours de santé des personnes en situation de handicap en Centre Val-de-Loire, 2017

Les acteurs du secteur social ont d'autant plus de mal à composer avec les comportements de ces publics d'autant plus lorsqu'ils sont intégrés à un collectif. Leur intégration dans des lieux de vie est difficile, avec une cohabitation conflictuelle ou perturbante pour les autres usagers.

Des appuis et relais insuffisant avec la psychiatrie

Si les situations stabilisées peuvent y être gérées, les acteurs estiment ne pas avoir facilement de relai avec la psychiatrie en cas de difficulté, qu'il s'agisse d'information, d'hospitalisation ou d'accompagnement en CMP. Les prises en charge en urgence par exemple sont difficiles et souvent de courte durée, sans solution particulière après le retour sur le lieu de vie.

« Il y a une énorme difficulté car le médecin du secteur psychiatrique n'a pas jugé ou estimé nécessaire de ré-hospitaliser ce monsieur en estimant que ce n'était qu'un trouble du comportement. »

« Les CMP, c'est quasiment inaccessible pour les équipes. Moi je peux vous dire que j'ai travaillé à Paris, et tous les mois il y avait une réunion de coordination avec les CMP au sujet des personnes qui sortaient de détention. Donc il y avait des obligations de soins. Du coup les CMP devenaient naturellement nos interlocuteurs privilégiés en matière de coopération. »

« Il y a des délais d'attente, parce que ce sont des équipes qui sont en sous-effectifs et c'est pas si simple que ça de pouvoir les rencontrer... en savoir plus, il y a, au niveau institutionnel, des choses qui sont compliquées. »

Les professionnels du secteur social rencontrés, lorsqu'ils ne sont plus en mesure de garder les personnes dans leurs structures, ne disposent pas de lieux où les orienter de façon pertinente et constatent globalement un grand manque de structures d'hébergement vraiment adaptées aux troubles psychiques, ou de services susceptibles de les accompagner dans des dispositifs tels qu'un chez soi d'abord, où des Samsah psy seraient susceptibles de répondre à leurs difficultés.

La prise en charge complémentaire des addictions

La co-occurrence entre conduites addictives et pathologies mentales est importante. Les troubles psychiatriques peuvent favoriser les addictions, avec des prises délibérées de produit pour soulager la souffrance psychique ou au contraire être une conséquence des conduites addictives (par les effets du produit, et de l'addiction). La prise en charge des publics souffrant à la fois de troubles psychiatriques et de problématiques addictives est plus complexe. Elle fait en effet appel à des compétences de professionnels et structures souvent indépendantes, et nécessite une coordination des soins, alors qu'il existe un cloisonnement et des différences de culture professionnelle entre les secteurs psychiatrie et addictologie. Ces publics ont du mal à bénéficier d'une double prise en charge, avec des délais raisonnables. Il manque d'un système de prise en charge plus global par une même structure, de ces deux problématiques souvent associées.

« Fatalement notre population a des comorbidités avec des consommations de produits toxiques, mais il n’y a pas forcément de réponse au niveau CSAPA, parce que il y a aussi des délais importants (...) je suis pas sûr qu’il y ait une réelle réponse, les systèmes qui existent sont trop rigides pour ce type de population, mais qui est compliquée à prendre en charge hein ! »

L’articulation des accompagnements

Même si de nombreux acteurs en ville, à l’hôpital, dans le social et le médico-social interviennent auprès des personnes, ponctuellement ou régulièrement, ils sont peu coordonnés dans leur action, en matière de santé mais aussi sur d’autres dimensions de l’accompagnement. Ce manque de coordination est lié au nombre d’acteurs, et aux différents cloisonnements entre ces secteurs d’activité.

C. La grande exclusion

Par grande exclusion, nous entendons ici principalement les personnes qui ne disposent pas de logement stable, et sont socialement isolées. Cette population, de par ses conditions de vie même, présente de multiples problématiques économiques, sociales et de santé.

1. Les problématiques de santé en lien avec les situations de grande exclusion

Les personnes sans domicile se déclarent moins fréquemment en bonne santé que l’ensemble de la population, bien qu’elles soient en moyenne plus jeunes. Seule la moitié d’entre elles se considère en « bonne » ou en « très bonne » santé, contre 69 % dans l’ensemble de la population³¹.

L’enquête Insee auprès des usagers des centres d’hébergement et de distribution de repas chauds menée en 2001 montre que les deux tiers des usagers de 18 à 60 ans déclarent avoir une maladie ou un problème de santé. De plus, ces personnes cumulent plus souvent que la moyenne plusieurs symptômes à la fois. Les principales pathologies déclarées sont des états dépressifs ; des problèmes respiratoires ; ostéoarticulaires, digestifs, dermatologiques, et dentaires.

Différentes enquêtes révèlent la fréquence des troubles psychiatriques (psychoses, troubles anxieux, dépression), de troubles du comportement parmi les personnes sans domicile³², en cohérence avec les observations des professionnels rencontrés dans notre région. Près d’un quart des sans-domicile estiment être en dépression³³.

« on rencontre énormément de problématiques qui vont être psy sur la maraude. Un grand terme le psy, c’est très très large. Ça va du trouble psy assez simple jusqu’aux troubles psy schizophrénie ou autre. Donc assez élevés, des troubles de la personnalité.

³¹ Moisy M., « Problèmes dentaires, tabac, dépression : la santé précaire des sans-domicile », Drees, septembre 2015

³² Notamment la méta-analyse : Fazel S, Khosla V, Doll H, et Geddes J. 2008. The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: systematic review and meta-regression analysis. PLoS Medicine 5, no 12 : 1670-1680.

³³ Moisy M., Drees, septembre 2015

Enfin des choses assez marquées quoi. Et après on va dire, une très grosse partie de la population qu'on rencontre a ces troubles-là. »

« 90% des grands précaires à la rue ont un trouble psy associé. Dans ces 90%, 75% ont une pathologie addictive. Donc euh, voilà c'est pas les meilleurs patients, clients dans les endroits ».

Certaines de leurs problématiques de santé somatiques sont aussi en lien avec les mauvaises conditions de logement, l'insalubrité, et la vie dans la rue, que ce soit directement avec des maladies parasitaires, la déshydratation, des maladies de peau...³⁴ ; ou des complications de pathologies courantes, associée à un manque d'hygiène et de premiers soins résultant de l'absence de bains-douches publics accessibles, et du prix des produits d'hygiène.

« Une petite coupure sur un doigt ça peut dégénérer parce qu'il n'y a pas de soins. Dernièrement, on a une personne qui s'est fait mordre par son chien à la main et elle est restée deux jours comme ça sans aller voir un médecin ou sans même toucher à la plaie ou la désinfecter. Et donc du coup pendant deux jours, ça s'est complètement infecté, la main avait doublé de volume enfin voilà. » C'est des choses assez bénignes quand c'est pris rapidement mais qui peuvent dégénérer assez rapidement parce que les gens n'ont pas le réflexe [de se soigner].»

« Des choses simples comme rhume, petite infection, vont s'éterniser parce qu'on ne les habitude pas comme ça. Après on n'a pas trop, je pense à des choses comme cas de gale, je crois que sur l'année dernière on a dû en avoir un ou deux »

Les troubles digestifs sont également fréquents dans les situations de grande exclusion, car les aides dont les personnes bénéficient pour s'alimenter, auprès de particuliers ou d'associations, ou de maraudes, sont irrégulières et ne prennent que rarement en compte les besoins d'équilibre alimentaire.

« Des personnes vont avoir des troubles de santé liés à une alimentation qui n'est pas régulière, pas équilibrée, ça c'est assez récurrent. Des gens qui vont se plaindre aussi de douleurs à l'estomac, de diarrhée. Des choses qui ont du mal à passer parce que l'estomac est dérégulé. Ça ils nous le verbalisent régulièrement. »

« Je pense à un monsieur qu'on voit tous les jours, il prend qu'un seul repas dans la journée, ce qu'on lui apporte nous, et c'est un sandwich tous les soirs. Sur le long terme c'est pas évident. C'est vraiment des choses sur lesquelles on pourrait impacter mais il faut des moyens pour ça et en termes d'équilibrage alimentaire notamment nous on ne peut pas se le permettre car nous on fait en fonction de ce qu'on a à [nom de l'association] »

Les problèmes dentaires sont très fréquents eux aussi. Dans l'enquête réalisée conjointement par l'Insee et l'Institut national d'études démographiques en 2012, plus d'un tiers des sans-domicile

³⁴ Poinsignon, Farge-Banceld, « Précarité, pauvreté et recrudescence des maladies infectieuses », in Lebas J., Chauvin P., Précarité et santé, Paris, Flammarion, 1998

indiquent être en partie ou totalement édentés. Ces problèmes dentaires résultent en partie du manque d'hygiène buccale, de l'aggravation de ces derniers par la consommation d'alcool³⁵ et de tabac, et des difficultés d'accès à ce type de soins, en raison des coûts engendrés non pris en charge par l'assurance maladie, et du manque de professionnels dans la région. Les structures de santé accessibles à ces populations en grande exclusion ne permettent généralement pas d'accéder à ce type de soins, que ce soit directement, ou par l'intermédiaire de partenariats.

« Après dans tout ce qu'on a dans les problématiques de santé, il y a beaucoup de choses qui sont liées aux dents. La dentition c'est assez récurrent, on a beaucoup de gens qui ont des soucis de santé au niveau des dents, ils ont des dents en moins. »

« La plupart ne vont pas aller voir le dentiste. Ils vont s'orienter sur (nom structure). Des fois (nom de structure) parce que pour certains ils sont aussi suivis pour d'autres problématiques liées aux addictions, donc ils vont passer par là mais ce n'est pas forcément adapté pour cette problématique. Et du coup après le souci, aller voir un dentiste sachant que même pour quelqu'un qui n'a pas de souci, trouver un dentiste c'est pas évident. C'est souvent ça qui est mis de côté. »

S'ajoutent parfois à ces problématiques les addictions à l'alcool et à d'autres substances, qui permettent de rendre le quotidien à la rue plus agréable ou supportable pour certains ; diminuant la honte liée à la mendicité, et les angoisses liées aux risques d'agression la nuit (vols, violence...). Ces pathologies sont en partie cause et conséquence de leur mode de vie. On note toutefois une hétérogénéité des situations : Il existe chez les sans-domicile un pourcentage élevé à la fois de consommateurs d'alcool à risque et de non-consommateurs d'alcool.³⁶ Dans une enquête menée en 2012³⁷, près d'un tiers des sans-domicile déclarent avoir une consommation à risque, mais près de la moitié déclarait aussi ne pas avoir consommé d'alcool au cours des douze derniers mois (pourcentage plus élevé que celui mesuré en population générale).

2. Les difficultés de prise en charge des grands exclus

Un accompagnement indispensable à l'accès aux droits

Les grands exclus, personnes à la rue, sans domicile fixe, isolées, ne sont pas toujours en mesure de réaliser les démarches régulièrement (incompréhension, situation d'instabilité...). Ils n'entreprennent et ne renouvellent pas de démarches administratives sans l'accompagnement d'un professionnel.

« Les SDF en rupture, eux c'est parce qu'ils n'ont pas demandé, ou ils ont peut-être déménagé, changé de ville, et ils ont plus rien, et il faut les faire renouveler les CMU, sinon...voilà c'est comme ça qu'ils peuvent se retrouver sans rien.»

³⁵ Les liens entre alcool et l'absence de logement ont fait l'objet de nombreuses études depuis les années 1950. Celles-ci montrent une prévalence importante d'abus ou de la dépendance à l'alcool.

³⁶ Beck F., Legleye S., Spilka S., 2006, L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype, Économie et Statistique, no 391-392, pp. 131-150

³⁷ Idem note 33

« On est sollicité là sur la situation d'un monsieur qui est SDF qui est à la rue, et qui va pas...chaque fois il est en difficulté pour renouveler son RSA, qui est souvent alcoolisé, donc il ne va pas à la circonscription pour mettre à jour ses droits, récemment il a perdu ses papiers »

« C'est vrai qu'on s'aperçoit qu'il y en a beaucoup qui ne comprennent rien à l'administratif. Ce n'est pas péjoratif hein »

Les grands exclus ne bénéficient donc pas assez des couvertures maladie à laquelle ils pourraient prétendre. Alors que l'accès à la complémentaire santé est quasi généralisé dans l'ensemble de la population, un quart des sans domicile déclarent ne pas en bénéficier³⁸. Les restes à charge constituent donc un frein important pour leur accès aux soins, notamment l'accès aux cabinets privés. Si les personnes en situation de grande exclusion ont souvent des problématiques de santé, elles recourent de ce fait un peu moins aux soins que le reste de la population. Dans une étude menée en 2012, 85 % des sans-domicile enquêtés déclaraient avoir consulté au cours des douze derniers mois (contre 92% en population générale). Ces personnes privilégient par nécessité les lieux de soins pratiquant le tiers-payant ou gratuits (services d'urgence, Pass, dispensaires, associations), ce qui réduit la possibilité d'accès à certains soins spécialisés, en particulier dentaires. Plus d'un tiers des sans-domicile n'avaient pas reçu de soins dentaires aux cours des deux dernières années³⁹.

Des interventions difficiles en l'absence de lieux de vie groupés

Certains grands exclus n'effectuant pas ou plus de démarches pour accéder aux soins, il apparaît nécessaire de développer des approches d'« aller-vers » pour ce public. A l'exception des structures d'hébergement sociales et d'urgence, il est difficile d'aller-vers ces personnes en situation d'exclusion de par leur dispersion géographique sur des lieux impropres aux soins. La grande précarité se concentre dans les villes, mais il n'y a pas de lieux précis de regroupement, hormis l'hiver où les centres-villes sont plus investis.

« Après sur le reste de l'année c'est vraiment très, ça peut aller des bords de Loire, sous les ponts, au niveau de la gare, dans les entrées de banques, dans les jardins, dans les banques, ça peut être très isolé et dans plein d'endroits différents. »

Les démarches d'aller-vers sont déjà coûteuses en organisation, mais elles ne sont généralement possibles qu'avec un partenaire qui réunit les bénéficiaires potentiels. Le travail des maraudes, à la recherche de chaque personne, individuellement, est difficilement envisageable en dehors des grandes agglomérations. Il existe d'ailleurs peu d'équipes intervenant directement dans la rue en dehors du contexte d'urgence, avec une orientation sanitaire. Elles sont soit spécialisées en psychiatrie (Equipe mobile psychiatrie précarité), soit issues du monde associatif (Croix rouge, Médecins du Monde, notamment), mais elles nécessitent une connaissance des territoires et des personnes exclues dans la durée. Ces modes de prise en charge spécialisés ne peuvent que

³⁸ Moisy M., « Le recours aux soins des sans-domicile : neuf sur dix ont consulté un médecin en 2012 », Drees, Etudes et résultats n°933, 2015

³⁹ idem

difficilement être étendus en milieu rural. Pourtant, avec la fermeture de services hospitaliers de proximité pour des raisons de sécurité des soins et/ou de rentabilité, les populations en grande exclusion dans ces secteurs n'ont à disposition ni professionnels pour les prendre en charge directement, ni moyens de déplacement sur de longues distances.

Intégration et exclusion des lieux de vie

La saturation des dispositifs d'hébergement et de soins amène ces dispositifs (ou les SIAO) à prioriser les personnes qu'elles acceptent, avec des critères qui sont plus ou moins formellement établis. En pratique, certains usagers apparaissent prioritaires, d'autres sont considérés comme étant moins négativement impactés comparativement, et ces derniers ont des difficultés beaucoup plus importantes à accéder à certains dispositifs. Par exemple, l'hébergement d'urgence privilégie l'accueil des familles avec enfants, et des femmes seules, avant les hommes seuls.

« En fait, il ne manque pas de places pour un public en particulier, il manque de places. Mais nos critères de vulnérabilité font que certains publics sont prioritaires. Lesquels ? Et bien, d'abord entre un homme et une femme, la priorité ira vers une femme. Entre un couple avec enfant ou un couple sans enfant, la priorité ira vers l'enfant. Entre un nourrisson et un adolescent de 15 ans, la priorité ira vers le nourrisson. Entre une personne handicapée et une personne non handicapée, la priorité ira davantage vers le handicap. Entre une personne souffrante d'une pathologie, affection de longue durée ou une passagère, vous comprenez que l'affection de longue durée sera prise en charge un peu plus sérieusement que la grippe qui dure 2 jours. Et c'est là qu'on a besoin de toute l'intelligence des travailleurs sociaux. Et c'est pas la machine par magie qui nous sort une grille de priorité. C'est le mix de l'ensemble de ces critères-là qui va nous permettre de définir une liste »

« il y a plutôt une grande partie de migrants et ensuite les publics se sont beaucoup plus féminisés et rajeunis. Et de plus en plus aussi accompagnés de jeunes enfants. Une grande partie des personnes hébergées, si on regarde sur cette période hivernale c'est famille monoparentale avec enfants, c'est la grande majorité des cas hébergés et les hommes arrivent après et parfois même les hommes restent dehors. Aujourd'hui à l'heure où l'on parle on a une quarantaine d'hommes qui vont rester dehors »

Le manque de places récurrent peut avoir pour conséquence une absence d'accueil régulier pour ces hommes isolés, ce qui à terme peut les décourager d'effectuer cette démarche, et renforcer leur exclusion. Le mécanisme de sélection a lieu également pour des structures de soins ou d'hébergement sur des durées plus longues.

« Nous aujourd'hui on a une liste d'attente, et on a aussi des priorités...y a effectivement l'ordre d'arrivée, et puis après derrière il peut y avoir des priorités qui sont données, qui moi me semblent être la première, c'est si la personne est dans la rue ou pas. Si quelqu'un est dans la rue, pour moi il sera prioritaire à quelqu'un qui a un hébergement, même un peu bancal, et puis la situation médicale peut aussi avoir un impact »

Dans un contexte où les structures ont des listes d'attente importantes, une sélection s'effectue parfois aussi selon la capacité de la structure à intégrer la personne dans le lieu de vie et avec les compétences de ses personnels. Parce que certains grands exclus ont un mode de vie atypique, parfois des troubles associés (addictions aux drogues, alcoolisme, troubles psychiatriques), ils sont plus susceptibles de perturber les lieux de vie collectifs. Le cumul de leurs problématiques est source de difficultés d'accompagnement pour les professionnels, et affecte négativement les autres usagers de ces dispositifs. Ceci peut amener à prioriser les situations en défaveur des personnes susceptibles d'être perturbantes, qui sont aussi souvent les plus exclues.

« Les objectifs c'est d'être dans des lieux de vie, avec d'autres gens... dans de la vraie vie. Mais donc ça veut aussi dire du coup qu'on n'a pas envie de mettre en danger, ou en difficulté les voisins. Et donc oui effectivement...peut-être qu'il y a des populations pour lesquelles ça peut être un peu plus compliqué (...) il y avait une psychose avec troubles du comportement, quelque chose de très lourd, c'est quelqu'un qui avait déjà été exclu d'un hôpital parce qu'il dealait dans l'hôpital, et c'était quelqu'un qui était vraiment dans la manipulation...moi c'est vrai que dans la responsabilité, pour l'équipe qui vient de démarrer, avec des professionnels assez jeunes...j'aurais dit non, en fait. »

« On priorise la pathologie en premier. Après à pathologie égale bah dans un collectif, on n'a pas trop le choix car on a un effectif à gérer. On a 25 résidents, euh... on ne peut pas faire n'importe quoi non plus, mettre en péril tout le monde. Quand les mecs ils vont fumer dans leur piaule et déclencher l'alarme incendie toutes les deux minutes »

Aux mécanismes de sélection à l'entrée s'ajoutent l'exclusion des lieux de vie et de soin. Par leurs comportements inquiétants, perturbants, voire violents, certaines personnes deviennent indésirables dans la quasi-totalité des structures sur leur territoire, et sont connues comme tels.

« Donc on en plusieurs des grands précaires qui sont grillés, qui sont exclus de partout, qui ont plus le droit d'aller en hébergement au CHRS parce qu'ils ont des dettes, ou ils ont été violents, ils ont sorti des couteaux. Enfin j'en sais rien, qui ont fait n'importe quoi. »

« Quelqu'un qui est sur un CHRS, qui s'était engagé à limiter ses consommations, qui picole tous les soirs, qui tape sur ses collègues de chambre puis sur le personnel, on ne peut pas le garder sur un collectif. Vous comprenez que c'est trop dangereux. Voilà, il y a une sortie, le SIAO, le 115 est alerté et y a une sortie vers l'hébergement d'urgence. »

« On a un règlement, on en a exclu plusieurs, qui respectaient pas, qui rentraient à 9h du matin qui étaient bourrés. Pas du tout dans le soin, qui étaient violents, qui perturbaient le collectif, qui pissaient partout, qui ne respectaient rien. On sait qu'à un moment y a des gens qui sont en fin de vie. On a des gens qui sont vraiment... diminués, fatigués. Et donc quand on a des mecs qui cassent un collectif au moment du repas, qui vont tomber, qui vont puer, qui, qui ne vont pas se laver... (...) Nous on est la dernière, dernière solution pour eux. Même l'hôpital en veut plus (...) Nous on tente mais au bout d'un moment bah y a pas de solutions. Ça ne marche pas. Donc on est obligé de faire une exclusion au bout d'un moment. »

Les difficultés de prise en charge des grands exclus, avec des troubles psychiques ou addictifs, pourraient parfois être réduites avec la mise en place de partenariats entre les lieux d'hébergement et les structures de prise en charge psychiatrique ou des addictions. Cela pourrait être le cas notamment dans les maisons-relais⁴⁰, qui sont bien adaptées aux besoins des personnes sans domicile, mais qui ne répondent pas aux situations les plus complexes par manque d'accompagnement en interne. Des partenariats sont à développer avec le secteur sanitaire et en particulier la psychiatrie, afin de mieux gérer les situations de crises des personnes ayant des pathologies psychiques.

L'instabilité du logement affecte le suivi des pathologies

Selon le rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de médecins du monde, près d'un quart des personnes sans domicile ont connu au moins 5 lieux de vie différents au cours des 12 derniers mois. Ces conditions de vie impliquent une errance qui ne permet pas aux personnes, ni de s'insérer, ni de prendre soin de leur santé de façon pérenne, avec un suivi des pathologies.

De la même façon que pour les migrants, il est difficile de rechercher les antécédents médicaux de ces patients. Ils ne disposent généralement pas d'un dossier médical, et ont eu affaire à des professionnels dans des territoires différents, au sein de structures de soins gratuits, d'associations, de libéraux, à l'hôpital... les résultats des examens déjà réalisés ne sont pas disponibles et nombre d'examens sont réalisés plusieurs fois de façon inutile.

D. Les populations à la limite de la précarité

Comme l'expose parfaitement E. Cambois⁴¹ : « la précarité n'est pas un état figé : une frange importante de la population est soumise au risque de se trouver un jour dans une situation précaire et certaines situations de précarité peuvent n'être que temporaires, pour peu que la personne retrouve un travail ou un logement... La frontière est fragile et varie selon la définition de la précarité : les « allers-retours » peuvent être de ce fait plus ou moins fréquents. Il apparaît en tout état de cause que les facteurs de précarisation (peu de qualification, chômage, pauvreté, isolement...) concernent une part importante de la population et bien plus importante que celle que représentent les groupes identifiés comme précaires à un moment donné : dans le rapport du Haut Comité de la santé publique en 1998, en s'appuyant sur cette vision dynamique et longitudinale, on estimait à 12 ou 15 millions les personnes concernées, de près ou d'un peu plus loin, par la « précarité », soit 20 % à 25 % de la population totale ».

On pourrait, en plus de ces populations à la limite de la précarité, inclure des populations supplémentaires qui sont, elles aussi, pour des raisons différentes, éloignées du système de santé.

⁴⁰ La Maison-Relais est destinée à l'accueil de personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire. Elle s'adresse de manière privilégiée aux personnes fréquentant ou ayant fréquenté de façon répétitive les structures d'hébergements provisoires et qui ne relèvent pas des structures d'insertion de type (C.H.R.S.) ni d'un logement autonome. Elle ne s'inscrit pas dans une logique de logement temporaire mais bien dans une logique d'habitat durable, sans limitation de durée, et offrant un cadre semi-collectif valorisant la convivialité et l'intégration dans l'environnement social.

⁴¹ Cambois E. , *Les personnes en situation sociale difficile et leur santé*, Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. 2004

Dans notre région en effet, la faible démographie médicale a pour conséquence que, particulièrement dans certains territoires ruraux, les difficultés d'accès aux soins sont valables pour une large part de la population, et pour celle en limite de la précarité encore plus. C'est par exemple le cas dans de vastes zones du département de l'Indre.

« Il y a plus de 12 000 personnes qui n'ont pas de médecin dans l'Indre. Dont 2 000 personnes, c'est la sécu qui m'avait donné ces chiffres ; qui n'ont pas de médecin traitant alors qu'ils ont une pathologie chronique, qui sont cardiaques, diabétiques...ils n'ont pas de médecin traitant, comment ils font pour être suivis, pour avoir un renouvellement ? Donc ceux-là ils peuvent parfois ne pas être précaires, vous pouvez être cadre et être diabétique mais vous n'avez pas de médecin. Donc ...médicalement vous êtes précaire, parce que vous avez une perte de chances »

Les problématiques de santé sont assez similaires à celle de la population générale, étant la grande diversité de profils des populations susceptibles de se trouver en situation de précarité ponctuellement. Toutefois, du fait que ces populations ne bénéficient généralement pas des protections destinées aux plus démunies, les freins financiers limitent leur accès aux soins coûteux comme le dentaire, l'optique, et de façon plus générale les consultations de spécialistes, d'autant plus quand elles sont hors parcours coordonné.

Pour les populations avec des revenus limités, couverts par l'Assurance maladie, mais qui ne disposent pas de mutuelle parce qu'elles n'en ont pas les moyens financiers et/ou parce que leur situation professionnelle ne leur permet pas d'accéder à une mutuelle d'entreprise, le recours à l'ACS est insuffisamment utilisé. Ainsi, pour les personnes soumises à l'effet de seuil ne bénéficiant pas de la CMU-C, les freins financiers sont plus importants et la sortie de la couverture par la CMU-C peut être un motif d'abandon des soins ou de certains types de soins.

« Des travailleurs qui sont à 1 100 [euros], ou qui sont un peu plus élevés que le barème CMU, mais qui ne peuvent pas avoir le droit à la CMU, mais pour qui une mutuelle c'est horriblement cher, donc ils ont pas eu connaissance du dispositif de l'ACS »

« Ils ont pas du tout connaissance du dispositif d'ACS, c'est pas assez communiqué par la sécurité sociale »

« Moi je suis sur le vendômois et les petites retraites, y a des dépassements d'honoraires, donc les petites retraites ne peuvent pas se le permettre. De plus en plus je trouve il y a cette population. Ce sont eux qui souffrent le plus, puisqu'ils n'ont pas la CMU, et donc bon, il y en a qui ont l'ACS, mais c'est très compliqué... il suffit de dépasser d'un tout petit peu »

Bien qu'en situation de fragilité et éloignés du soin, ces dernières ne bénéficient pas d'accompagnement vers la santé, et sont socialement isolées. Ces populations sont assez difficiles à repérer, car hétérogènes (personnes âgées, ou en situation de handicap, jeunes non insérés...) diffuses sur les territoires et sans accompagnement.

« Il n’y a plus de référent quand ils sont à l’AAH. Ils peuvent toujours solliciter une assistante sociale s’ils ont des difficultés, hein, mais encore faut-il qu’ils puissent le faire »

« Alors après des fois c’est les voisins qui nous interpellent, ou le bouche à oreille, le concierge, parce que c’est des gens qui sont plus en lien avec personne, ils n’ont pas de famille, ils n’ont pas d’amis, et y a plus forcément de structures qui les accueillent donc ils sont chez eux... »

« Il y a des gens qui ne fréquentent aucune association (...) avant on les rencontrait dans les structures d’insertion, y avait une association qui s’appelait « tremplin » où les gens pouvaient venir dans la journée boire un café, faire une activité, donc y a des gens je pense qu’on ne rencontre plus. »

On peut également relever que certaines populations vulnérables ont bien des droits ouverts mais ne les utilisent pas, parce qu’elles ne savent pas comment en bénéficier. La démarche d’ouverture des droits a parfois pu être effectuée par un professionnel, mais sans accompagnement ultérieur des personnes qui ne connaissent pas les actions à réaliser.

« à la fin de l’instruction [de l’ACS] on reçoit un dossier avec un chèque de 500, 600, 700 euros en fonction de la situation familiale, et ce chèque-là on le présente à harmonie mutuelle et y a un contrat et on paye avec ce chèque là sa mutuelle, et les gens ils ne savent même pas quoi faire de ce chèque-là »

Synthèse des problématiques prégnantes relatives aux populations prioritaires

La récurrence des difficultés exprimées par les professionnels, la cohérence entre leurs discours, alors qu'ils exercent dans des secteurs d'activité différents, et sur plusieurs territoires de la région, conduisent à mettre en exergue les difficultés de trois populations spécifiques, pour lesquelles des systèmes de prise en charge montrent des limites importantes : les populations migrantes, les malades psychiques, et les personnes en situation de grande exclusion.

Problématiques liées aux populations migrantes



- Une intégration récente dans les dispositifs qui est source de déstabilisation : adaptation nécessaire des modalités d'accompagnement et de soins, moindre capacité à bénéficier à d'autres populations ;
- Une mise en place de la couverture sociale trop longue à l'arrivée des migrants ;
- Un interprétariat professionnel coûteux ;
- De nombreuses actions nécessaires de la part des professionnels de santé, ce qui allonge les temps de consultation et les réticences des praticiens : investigations sur le plan somatique et psychologique, barrière de la langue, faible connaissance des droits, problématiques sociales périphériques, démarches administratives potentielles...

Problématiques liées aux malades psychiques



- Le manque de prise en charge spécialisée en psychiatrie : diminution des capacités d'hospitalisation au cours des trente dernières années; augmentation et élargissement des demandes de la population aux secteurs psychiatriques qui ne peut répondre à tous les besoins ;
- Le manque de structures d'hébergement vraiment adaptées aux troubles psychiques ;
- Des troubles du comportement, des actes de violence et des addictions qui rendent difficile leur intégration à des lieux de vie, et conduisent à des exclusions des établissements sociaux et de soins, sans solution d'aval satisfaisante ;
- Les modalités d'accompagnement à la santé somatique de ces publics plus lâches avec le virage ambulatoire de la psychiatrie ; les pathologies psychiques empêchant les personnes de prendre soin des autres aspects de leur santé somatique ;
- Un manque de coordination lié au nombre d'acteurs impliqués, et aux différents cloisonnements entre ces secteurs d'activité (social, psychiatrie, addictologie, autres secteurs sanitaires) ;
- Un manque de relai avec la psychiatrie.

Problématiques liées à la grande exclusion



- Des difficultés à réaliser et renouveler les démarches administratives sans l'accompagnement d'un professionnel (incompréhension, situation d'instabilité...), notamment pour les couvertures maladies ;
- Des restes à charge, et coûts annexes des soins, qui constituent un frein important pour l'accès aux cabinets privés ;
- Une instabilité du logement affectant le suivi des pathologies ;
- Des approches d'« aller-vers » nécessaires pour ce public, mais difficiles en l'absence de lieux de vie groupés, en milieu rural, et coûteuses pour les structures qui touchent déjà leur public cible sans ces approches ;
- Une priorisation dans les structures d'accueil, d'aide et de soins en défaveur des hommes isolés, (par rapport aux enfants, aux femmes, aux familles) qui décourage leurs recours ;
- Des comportements indésirables (addictions, troubles psychiques, désocialisation) qui conduisent à des exclusions des établissements sociaux et de soins, sans solution d'aval satisfaisante ;
- Un manque de partenariat avec la psychiatrie.

V - Etat des lieux de la prise en charge de la santé des populations vulnérables en région Centre Val-de-Loire

Des dispositifs dédiés aux populations vulnérables, en complément des acteurs sociaux et acteurs de santé de droit commun

L'accès à la santé des plus démunis est inscrit dans les politiques publiques françaises, avec une prise en compte des facteurs sociaux. Cela se traduit par des mesures législatives pour faciliter l'accès à la santé par le droit commun avec notamment des aides financières pour payer les soins (AME, CMU, CMU-C, Puma, ACS...) Le système d'assurance maladie français permet ainsi de protéger à la fois les personnes les plus malades, et les personnes aux revenus les plus bas, même s'il ne suffit pas à réduire totalement les inégalités sociales de santé.

Un ensemble de dispositions législatives visent plus spécifiquement à protéger les personnes en situation de précarité qui ont des difficultés d'accès aux services sociaux et de santé. On relève principalement la Couverture maladie universelle (CMU, devenu Puma) et la Couverture maladie universelle complémentaire⁴² (CMU-C) en 1999 ; la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui fait de la santé des plus vulnérables un objectif prioritaire⁴³ ; la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998 a permis la création des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins; la loi HPST⁴⁴ de 2009 mentionne ensuite le Praps comme l'un des programmes obligatoires du projet régional de santé concernant les personnes les plus démunies. Plus récemment la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté vient aussi appuyer ces orientations.

Toutes ces dispositions visent à la fois à rendre plus accessibles les dispositifs de santé de droit commun, et à créer ou aménager de dispositifs et services spécifiques dédiés à certaines populations cibles, pour prendre en compte leurs besoins sociaux et de santé. Si l'objet de cette étude concerne en premier lieu les réponses aux besoins des populations vulnérables, l'analyse de l'adéquation des dispositifs aux populations nécessite une vision d'ensemble des modalités qui participent à la prise en charge de leur santé. Tous les lieux de santé et professionnels, même s'ils sont théoriquement destinés à la population générale, prennent en charge en pratique des populations vulnérables. Certains services et professionnels de santé sont certes plus particulièrement concernés, dans la mesure où ils constituent en pratique les principaux lieux d'entrée dans le système de santé pour ces populations (services d'urgence, dispensaires, professionnels libéraux de certains territoires où résident des populations démunies...). Il semble néanmoins important d'identifier les atouts et

⁴² A partir du 1er novembre 2019, un tout nouveau dispositif porté par les pouvoirs publics, dénommé "Complémentaire santé solidaire", va faire son apparition, regroupant la CMU-C et l'ACS

⁴³ Exemple : La loi de santé publique adoptée en août 2004 affirme dans son article 2 que « l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de santé » enfin que « les programmes de santé publique mis en œuvre par l'État ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées ».

⁴⁴ La loi HPST définit une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale qui vise à mettre en place une offre de soins graduée de qualité, accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé. Elle a été promulguée le 21 juillet 2009 et publiée au Journal Officiel du 22 juillet

limites de l'ensemble des acteurs : en médecine libérale, à l'hôpital, dans les dispositifs sanitaires ou médicosociaux dédiés spécifiquement à ces populations, mais aussi dans les structures sociales qui n'ont pas *a priori* de mission de soins.

A. Les dispositifs de santé destinés à la population générale

1. Les libéraux

Une démographie médicale et paramédicale faible

Les nouveaux arrivants sur des territoires de la région Centre-Val de Loire, comme les migrants ou d'autres populations en situation de précarité, rencontrent couramment des difficultés à disposer d'un médecin traitant. Les médecins refusent d'intégrer de nouvelles personnes, alors qu'ils peinent déjà à répondre aux besoins de leur patientèle habituelle. La difficulté à pouvoir consulter un médecin traitant contribue au renoncement aux soins des populations vulnérables, et occasionnent probablement un plus grand nombre de recours aux seuls services d'urgences, quand le soin apparaît indispensable. Dans ces conditions, et en l'absence de suivi régulier, il est beaucoup plus difficile de prendre en charge des personnes peu mobiles, et cela encore plus quand celles-ci ont des maladies chroniques qui nécessitent des soins réguliers voire quotidiens.

Dans ce contexte où les médecins généralistes sont peu accessibles, les pharmaciens représentent dans certaines zones un interlocuteur important des populations vulnérables pour que les soins ne s'arrêtent pas ou puissent commencer, le lieu étant ouvert et le conseil gratuit⁴⁵.

L'accès à certaines spécialités médicales est encore plus difficile dans la région. Les populations vulnérables, moins demandeuses ou plus sujettes aux refus de soins, sont particulièrement en difficulté pour recourir à ces soins de spécialité. Elles ont souvent des besoins de prise en charge en ophtalmologie, et en soins dentaires non satisfaits. Les populations résidant sur ces territoires particulièrement mal pourvus en professionnels de santé ont du mal à trouver par elles-mêmes des praticiens qui acceptent de les prendre en charge. Il est souvent indispensable de savoir où s'adresser, et de pouvoir indiquer le nom du professionnel qui oriente.

« En théorie, on devait réorienter les gens vers leur médecin traitant, que le médecin traitant prenne la décision de faire ou ne pas faire, et d'orienter vers tel ou tel spécialiste. Se pose le problème que dans les territoires comme l'Indre, ou un peu partout, y a un nombre de plus en plus croissant de personnes] qui n'ont pas de médecin traitant, et plus vous êtes précaire, et moins vous avez de médecin traitant, donc se pose pour nous la question de savoir : qu'est-ce qu'on fait ? (...) le truc c'est de leur mettre le pied à l'étrier. »

« Je ne vois pas comment je peux faire de dire à quelqu'un : vous avez tel problème et débrouillez-vous, donc je fais un courrier, et je l'oriente, voilà »

⁴⁵ Boissonnat-Pelsy, Huguette, et Chantal Sibue-DeCaigny. « Accès aux soins des populations défavorisées : la relation soignant-soigné », *Laennec*, vol. tome 54, no. 2, 2006, pp. 18-30.

« Je parlais de la radiologie on a essayé en téléphonant, en demandant à des confrères à qui on adresse habituellement pour des radios pulmonaires mais c'est très dur ! donc, on a l'impression de mendier donc, on a de plus en plus de mal ça, mais lunettes et dentaires c'est impossible »

Des problématiques de santé lourdes pour des professionnels débordés

Les problématiques particulières de santé des populations vulnérables impliquent des prises en charge plus lourdes. Parmi les pathologies associées à la précarité, on relève certaines pathologies plus exigeantes en termes d'investissement et de suivi pour les médecins : maladies chroniques, troubles psychiatriques, maladies infectieuses, pathologies plus rares issues d'autres pays... Ces populations consultent souvent avec un état de santé plus dégradé ; que ce soit par le nombre de pathologies présentes, ou du fait d'un retard dans le recours aux soins.

« Alors les médecins font aussi la réflexion quand on leur demande de prendre quelqu'un en charge (...) ils disent nous on veut pas prendre des patients avec des pathologies chroniques trop lourdes, parce qu'on se déplacera pas »

De nombreuses études mettent en lien la précarité avec les troubles psychiques⁴⁶. Dans les zones géographiques où les secteurs psychiatriques sont sous-dimensionnés, les médecins généralistes sont généralement plus investis sur le domaine du soin en santé mentale⁴⁷. Certains médecins représentent le seul soutien psychologique des patients, et leur prescrivent les traitements médicamenteux.⁴⁸ Les maladies psychiques impliquent aussi des prises en charge plus globales, et chronophages pour les professionnels de santé, qui doivent accompagner et prendre en compte la dimension sociale des situations.

Des professionnels démunis face aux multiples problématiques et démarches supplémentaires

L'étude réalisée en 2014-2015 par la FNARS Aquitaine sur les besoins en santé dans le secteur de la lutte contre les exclusions montre que les professionnels de première ligne sont souvent démunis vis-à-vis des problèmes de santé des personnes précaires : leurs parcours sont souvent marqués par des ruptures, et une difficile mobilisation autour de leur santé. Lorsqu'ils accueillent des personnes en situation de précarité, les acteurs de santé doivent donc accepter certaines contraintes et accomplir des actions supplémentaires, pour que le soin puisse se mettre en place et durer (nécessité d'expliquer ou accomplir des démarches administratives pour l'obtention des droits, risque de ne pas être payé, obligation de respecter les tarifs conventionnés, pratique du tiers payant). Ces actions supplémentaires, directement liées à la situation économique ou à la condition sociale du patient, constituent une réticence des professionnels de santé. De nombreuses études dénoncent ainsi les refus de soins touchant des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle ou de l'Aide médicale

⁴⁶ Royer B, Gusto G *et al.* Situation de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'examen de santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, volume 41 n° 4. Octobre-décembre 2010

⁴⁷ Coldefy M, Le Fur Ph *et al.* Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale. *Pratiques et Organisation des Soins*, volume 40 n° 3. Juillet-septembre 2009.

⁴⁸ Dubois-Fabing, Delphine, *et al.* « Santé mentale, précarité et pratiques des médecins généralistes, enquête en Centres de santé de Grenoble », *Santé Publique*, vol. 23, no. HS, 2011, pp. 97-111.

d'État⁴⁹⁵⁰⁵¹. En population générale, en 2003, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) faisait état de 15% de refus de soins parmi des bénéficiaires de la CMU. Une nouvelle enquête menée par la Drees en 2008, démontrait que plus d'un tiers des personnes disposant de l'AME avaient déjà subi un refus de soins.

« Les spécialistes c'est la carte vitale. S'ils n'ont pas la carte vitale on a des refus parce que comme c'est des personnes qui ont le droit à la CMU complémentaire mais la plupart ont un numéro de sécu temporaire qui commence par 8 ou 7 et donc ils sont pas très bien... enfin au niveau de la sécurité sociale c'est plutôt compliqué pour les médecins, les généralistes, les spécialistes de les retrouver. En fait il y a des démarches administratives importantes. »

Les problématiques sociales peuvent donner aux professionnels de santé le sentiment d'être démunis tant ils ont parfois méconnaissance des démarches, et des structures relais adaptées à ces publics.⁵² Les problématiques sociales vont aussi de pair avec des contraintes et démarches administratives. Celles-ci sont particulièrement prégnantes pour les professionnels de santé libéraux, qui exercent de façon isolée, et qui n'ont pas de lien direct avec des services administratifs ou sociaux. Ils ressentent souvent déjà une saturation vis-à-vis de ces obligations et démarches. En dehors du service social de l'hôpital, les professionnels de santé sont donc souvent peu à l'aise avec celles-ci, et rarement en mesure d'aider les personnes dans celles-ci quand ils en ont la volonté. L'aide de professionnels du social, ou des administrations concernées, apparaît indispensable aux acteurs de santé, ou aux bénévoles qui n'ont pas travaillé dans ces secteurs.

« Ils ne peuvent pas payer ils n'ont pas l'argent, donc il faut renvoyer la facture à l'Udaf : [le médecin, voix fâchée] « oui mais qu'est-ce que c'est que ça ?!! vous feriez mieux de garder votre argent, vous devriez me payer, vous fumez...» mais ils ne veulent pas comprendre ! il a préféré ne pas se faire payer, puis il ne veut pas faire de papiers... »

« Venant du milieu hospitalier, mes deux autres collègues infirmières, bon les modalités de l'accès aux soins sur le plan de demandes administratives, c'était pas notre truc quoi. (...) A la sécurité sociale, elles nous aident beaucoup, elles comprennent bien que c'est pas tout à fait notre métier. Elles nous font des listes au stabilo et on s'appelle s'il y a un problème. Ça c'est incroyable. (...) Les personnes de la préfecture qui nous reçoivent, nous connaissent un petit peu, ça aide. Ils sont charmants, ils nous expliquent bien. Donc le médiateur interprète qui connaît les dialectes, il connaît bien lui d'ailleurs les formalités enfin les procédures pour obtenir tout ce qui est séjour. Nous on ne connaît rien, on commence parce qu'on nous explique mais c'est hyper compliqué. »

⁴⁹ Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens, IRDES, rapport final, 2009

⁵⁰ L'enquête ENFAMS, réalisée en 2013 par l'Observatoire du Samusocial de Paris, relève ainsi que parmi femmes sans domicile, la prévalence déclarée des refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME était de 22,1%.

⁵¹ Perret G, Vandentorren S, Chauvin P, Vignier N, Vuillermoz C. Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France. Bull Epidémiol Hebd. 2019; (17-18):341-50. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019_17-18_4.html

⁵² Cécile Flye Sainte Marie, Isabelle Querrioux, Cédric Baumann et Paolo Di Patrizio, *Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires*

Enfin, ces patients nécessitent un plus grand investissement en temps du médecin. Cet investissement découle des pathologies moins familières et parfois plus lourdes, des problématiques sociales, et psychologiques, et parfois de la barrière de la langue. Les acteurs rencontrés qui sont habitués à recevoir ces publics exposent clairement les difficultés et le temps très important nécessaire à passer pour avoir une prise en charge adaptée à leurs besoins. S'ils ne pratiquent pas le refus de soins, le manque de temps disponible pour prendre en compte le contexte social et les problématiques secondaires impactent la qualité de la prise en charge et au final le parcours de santé de ces personnes.

Caractéristiques et comportements gênants des populations vulnérables pour les professionnels de santé et leur patientèle

Si les démarches administratives constituent un facteur important dans le refus de soins, on ne peut totalement exclure une part de discrimination liée aux caractéristiques de nationalité et de couleur de peau du public migrant, discrimination supposée ou suggérée par les acteurs rencontrés, car les motifs de refus ne sont pas explicités par les professionnels de santé.

« Moi j'ai appelé encore là en début de semaine, en me présentant moi, oui j'avais de la place et quand j'ai dit après que c'était pour des demandeurs d'asile, ils ont refusé direct. »

« Je ne sais pas combien il y a réellement de médecin sur [commune] mais nous on a un seul médecin qui veut bien recevoir les gens du Cada. »

Le rejet ou la peur du comportement des patients sont aussi parfois à l'origine des réticences de médecins : comportements jugés gênants pour le médecin ou sa patientèle en salle d'attente (alcoolisation, agitation, manque d'hygiène)

« Les personnes qui ont des problèmes avec l'alcool, ils peuvent arriver à un rendez-vous alcoolisé, donc nous on est là, on connaît on tempore...ça on sent que les professionnels c'est compliqué pour eux, la gestion de la salle d'attente ! »

« Les mecs... les gars de la rue c'est pas la priorité non plus l'hygiène. Ou quand ils vont être complètement explosés avec 48h de beuverie. Ils vont être pleins de pisse, de merde, de gerbe. Euh ... je suis désolé hein mais ...c'est la réalité des choses. »

Si l'apparence des grands exclus est susceptible d'entraîner des refus de soins, c'est principalement l'imprévisibilité des comportements, et les actes de violence qui inquiètent les professionnels, particulièrement en secteur libéral où ces derniers sont isolés pour faire face à des personnes qu'ils n'arrivent pas à canaliser.

« On va voir des personnes qui peuvent être violentes en très peu de temps, on a eu plusieurs cas comme ça. Nous dans ces cas-là, on se met en sécurité et on va faire appel à

d'autres solutions. On a eu à plusieurs reprises appels pompiers et forces de l'ordre pour pouvoir canaliser la personne et la conduire vers les urgences. »

2. L'hôpital et les services d'urgence

Un recentrage de l'hôpital sur les soins techniques et un virage ambulatoire qui pénalisent les populations vulnérables

L'hôpital constitue une porte d'entrée essentielle de la population en situation de précarité économique et sociale⁵³. Parce qu'il est un lieu ouvert à tous, il représente souvent pour ceux qui sont exclus des autres structures de santé, le seul accès à des soins. Le service social de l'hôpital assure la mission d'aide à l'accès aux droits⁵⁴. Il joue aussi un rôle non négligeable dans l'organisation des transferts dans les structures sanitaires ou médico-sociales et dans l'organisation des retours au domicile, lorsque l'état du patient nécessite la poursuite de soins. Toutefois, des lacunes importantes existent dans le repérage des patients en situation de précarité dans les services médicaux, où les personnels soignants ne questionnent pas les conditions de vie des personnes.

« On avait mis en place 3 questions : avez-vous un médecin ? oui trois questions qui permettaient de dépister les personnes précaires et qui, si il y avait une des réponses qui étaient oui, il fallait appeler l'assistante sociale, ce qu'on n'a jamais réussi à mettre en place » (...) c'est compliqué d'avoir l'adhésion des personnels soignants à ce genre de choses : « c'est pas à moi de poser ces questions-là ». »

Dans des quartiers défavorisés ou dans des secteurs ruraux de la région, les soignants en secteur libéral sont moins nombreux à exercer que par le passé, alors que les besoins de santé sur ces territoires n'ont pas autant décliné. Les délais en médecine de ville sont longs, et les praticiens pas toujours prêts à s'investir auprès de ces patients. C'est donc l'hôpital qui représente le premier recours en matière de soins de spécialité mais aussi de plus en plus pour les soins de médecine générale.

« À Vierzon on s'est retrouvé en grande difficulté. Enfin personnellement, ça fait 6 mois, un peu plus que j'ai un médecin traitant. Il n'y avait plus de médecins traitants, donc forcément les urgences c'est le repère et pas à la maison médicalisée ou faut faire une avance ».

Avec une évolution vers des soins réalisés de façon de plus en plus en ambulatoire, les hospitalisations sont plus courtes, et l'hôpital remplit moins aujourd'hui sa fonction d'accueil, et d'hébergement temporaire pour certaines populations précaires. Celles-ci ont plus de difficultés à assurer la continuité des soins avec leurs conditions de vie (impossibilité des hospitalisations à

⁵³ J. Geeraert, Elisabeth Rivollier. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Soins, Elsevier Masson, 2014, pp.14-18.

⁵⁴ L'hôpital est identifié comme un acteur de la lutte contre l'exclusion sociale dans la loi de lutte contre les exclusions de 1998

domicile (HAD), et des prestations de soins infirmiers à domicile (SSIAD)), et continuent d'évoluer dans un environnement où leurs situations de santé peuvent se dégrader.

« L'hôpital maintenant c'est juste un plateau technique, il fait le soin, mais dès que la personne il la mette dehors tous les soins sont en externe...avant on restait, maintenant tout est en externe, donc ils sortent seuls avec leurs ordonnances et puis ils sont perdus, ils ne savent pas interpeller à droite à gauche »

« Au moins quand ils restaient à l'hôpital il y avait un service hôtelier, il y avait une bienveillance, il y avait un minimum. Moi j'en ai y a quelques années qui est mort de froid dans sa demeure, ah elle avait un diabète équilibré ! il sortait de l'hôpital, il y avait l'infirmière libérale qui passait, il avait tout ce qu'il fallait, sauf qu'il n'avait pas de chauffage, et qu'il est mort de froid »

L'hôpital se concentrant sur la prise en charge du soin, les personnes exclues et particulièrement celles ne disposant pas du tout de logement ne sont pas en mesure de bien supporter les traitements, ni d'avoir des conditions qui leur permettent de se soigner et de se rétablir.

« Les chimiothérapies, une fois que les examens sont réalisés, ils ne sont pas hospitalisés. A part en chirurgie pour enlever une grosse tumeur. Ils sont à la rue, ils font les chimio sauf qu'après la chimio, le soir quand vous sortez bah y a la gerbe, les diarrhées, la fatigue puis vous êtes en vrac quoi. »

« En gynéco, après les accouchements, J +4 vous êtes sortant de l'hôpital qu'il y ait un bébé ou pas de bébé, c'est sortant. Ils gardent parce que vous venez d'accoucher. On a pleins de dames à la rue avec des bébés de 4 jours. (...) une fois que le bébé est né, moi je n'ai pas de vocation à la garder, les soins seront finis. On est obligé de remettre la personne dehors même si elle a un bébé. On est plus dans le soin, le soin est fini. Emotionnellement c'est chaud.»

Des services d'urgence accessibles mais en incapacité de répondre à toutes les problématiques des populations

Les urgences, qui sont ouvertes tous les jours 24 heures sur 24, proposent un plateau technique complet et ne demandent jamais d'avance de frais. L'étude du recours aux soins dans les services d'urgence hospitaliers en fonction de la précarité sociale et de la proximité géographique a fait l'objet de nombreux travaux en France. Certains révèlent comment les services d'urgence sont utilisés couramment par les populations précaires alors que les soins qu'elles sollicitent ne relèvent pas nécessairement d'urgence médicale. Une étude menée par l'ORS PACA en 1998 au SAU de Nice a ainsi déterminé que la précarité et le niveau de couverture sociale constituent les principaux facteurs discriminants pour expliquer les recours injustifiés aux services d'urgence⁵⁵. D'autre part, lorsque les soins relèvent bien de l'urgence d'un point de vue médical, on constate qu'une part non négligeable est liée à des recours aux soins tardifs qui sont importants pour des populations précaires en

⁵⁵ La précarité était évaluée dans le cadre de cette enquête au travers du lieu de résidence (les habitants des îlots sensibles versus les autres, et la couverture sociale comparait les individus ne bénéficiant pas d'une couverture maladie complète versus les autres

particulier celles résidant dans les quartiers prioritaires. On peut observer dans la pratique que les pompiers constituent aussi un recours non négligeable pour une partie de la population dans le cas de problèmes médicaux⁵⁶. Les pompiers sont amenés à intervenir particulièrement dans ce cadre dans des secteurs où l'on rencontre de la précarité et auprès de personnes vivant dans la rue pour les amener dans des centres d'hébergement d'urgence ou à l'hôpital.

Les services d'urgence sont beaucoup sollicités, par ces populations mais pas exclusivement, et souvent saturés. Les personnes en situation de grande exclusion qui ont pris l'habitude de se rendre aux urgences pour avoir un lieu où passer la nuit peuvent être amenées par les personnels à quitter les lieux. Quand bien même elles déclareraient un problème de santé, celui-ci ne sera pas toujours considéré et traité, dans un contexte où de nombreux recours ont lieu pour des problèmes mineurs, qui ne relèvent pas en principe des services d'urgences. Les personnes peuvent alors plus durablement renoncer à recourir aux services d'urgence.

« Certaines fois, par faute de places d'hébergement, ils vont aller chercher refuge des fois au niveau de l'hôpital et du coup ils sont un peu fichés, reconnus et du coup ils se font mettre dehors car l'hôpital n'a pas de vocation d'hébergement ce qui est logique. L'hôpital ne les accepte pas forcément dans le hall. Donc le jour où ils vont venir pour un vrai truc de santé, ils ne vont pas être pris au sérieux ».

3. Les centres de santé

Les centres de santé sont des lieux de santé de proximité. Ils proposent généralement des soins primaires : médecine générale, soins infirmiers et chirurgie dentaire. Il y avait 1 750 centres de santé selon la Direction générale de l'offre de soins en 2017, dont près de 500 sont des centres de santé polyvalents ou médicaux (les autres étant infirmiers ou dentaires). Ces centres sont les plus nombreux là où les promoteurs historiques, municipalités ou mutuelles à forte motivation sociale, ont décidé de les créer : en Île-de-France, dans les Bouches du Rhône ou encore dans les régions minières. Mais ils se développent plus largement dans toutes les régions de France depuis une dizaine d'années et contribuent ainsi à lutter contre les déserts médicaux.

Les centres de santé sont ouverts à tous, ils proposent systématiquement le tiers-payant et ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires. Grâce à leurs liens avec les services sociaux, les centres de santé proposent un accueil aux patients précaires, exclus, et en accueillent une proportion plus grande que la population générale⁵⁷. Ces centres de santé, ainsi que les maisons de santé pluridisciplinaires, constituent un atout de par leurs liens avec les autres acteurs, mais aussi parce que leur implantation peut permettre de compenser certaines difficultés d'accès géographiques aux populations.

⁵⁶ Arnoud, Loïc. « Pompier, métier de l'urgence », *Rhizome*, vol. 68, no. 2, 2018, pp. 8-8.

⁵⁷ Par exemple, le projet exploratoire Epidaure-CDS visant à analyser la spécificité de 21 centres de santé (CDS) polyvalents, montre que les patients recourant à la médecine générale dans ces CDS sont socioéconomiquement plus défavorisés et déclarent un état de santé plus dégradé qu'en population générale.cf . Anissa Afrite, Yann Bourgueil, Marine Dufournet, Julien Mousquès « Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ? » Questions d'économie de la santé 2011, <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes165.pdf>

Limites des dispositifs de santé généraux

Éléments clés

- Une démographie médicale et paramédicale faible qui rend plus difficile la prise en charge des personnes peu mobiles ;
- des soins de spécialité, les soins dentaires et ophtalmologiques peu accessibles géographiquement et financièrement ;
- Des professionnels démunis face aux multiples problématiques et démarches supplémentaires, un investissement en temps nécessaire ;
- Une méconnaissance des structures relais adaptées à ces publics ;
- Une aide de professionnels du social, ou des administrations concernées indispensable aux acteurs de santé, ou aux bénévoles ;
- Les réticences des praticiens isolés en raison de comportements jugés gênants pour eux ou leur patientèle en salle d'attente (alcoolisation, agitation, manque d'hygiène...) ;
- Des lacunes importantes dans le repérage des patients en situation de précarité dans les services médicaux hospitaliers ;
- Une fonction d'hébergement plus rare de l'hôpital, qui amène les populations vulnérables à retourner dans un environnement où leurs situations de santé se dégradent, et où elles ont du mal à assurer la continuité des soins ;
- Des services d'urgence accessibles mais en incapacité de répondre à toutes les problématiques des populations ;
- une articulation social/santé limitée par le manque d'interconnaissance et les représentations mutuelles, en particulier les domaines de compétences et les limites d'intervention de chacun.

B. Les structures sociales dédiées à l'accueil et l'accompagnement des publics vulnérables

Les acteurs du secteur social participent pleinement à la santé et à l'accès aux soins

Divers acteurs du secteur social participent à la santé des populations vulnérables, directement ou indirectement, en proposant de l'hébergement, de l'accueil, en améliorant leurs conditions de vie, en facilitant leurs démarches, et en étant parfois des médiateurs auprès des acteurs du sanitaire. Les structures d'hébergement sociales (Cada, CHRS, résidences sociales, pensions de famille) d'hébergement d'urgence, les services sociaux, les diverses associations d'aide sur le plan du logement, de l'hygiène, de l'alimentation, du droit... toutes contribuent à la santé de ces populations.

Ces acteurs sont avant tout essentiels pour assurer des conditions de vie sans lesquelles la santé ne peut être durablement maintenue. Mais ils représentent parfois aussi les seuls liens sociaux des populations, alors que celles-ci n'ont pas ou plus de lien avec le système de santé, ou de façon extrêmement ponctuelle. Dans un contexte d'isolement, ces acteurs sont les derniers à pouvoir leur permettre de surmonter leur défiance, leurs appréhensions et d'accéder aux soins de droit commun.

La culture professionnelle des acteurs du social est historiquement étrangère aux soins. Les structures sociales n'ont généralement pas de professionnels soignants dans leurs effectifs, et la plupart des acteurs rencontrés témoignent des réticences persistantes d'une partie des acteurs sociaux à s'investir sur ces problématiques de santé, ou à craindre d'être submergées par celles-ci. Cette segmentation du social et de la santé est largement documentée dans de nombreuses études. De ce fait, les personnes vulnérables qui ont des problèmes de santé, ont plus de risque de ne pas accéder ou de perdre leur place dans les hébergements sociaux comme les CHRS, du fait même qu'elles ne peuvent parfois pas répondre aux attentes de ces structures ou risquent de nuire à l'équilibre de leurs collectifs (respect des règles, construction de projets de sortie).

« On n'est pas équipé dans les structures, on n'a pas une équipe pluridisciplinaire avec une infirmière (...) ce qui est intéressant à savoir c'est que quand vous avez une infirmière dans une structure vous fléchez automatiquement, inconsciemment dans l'esprit des gens que c'est une structure sanitaire et sociale. Or c'est faux. »

-Enquêteur : quels sont les conséquences ?

-Ça veut dire que vous avez de plus en plus des demandes des SIAO via les hôpitaux psychiatriques sur des vraies pathologies lourdes et qui portent à conséquence dans l'organisation du quotidien parce qu'il faut le SAVS qui va avec, il faut le passage des structures de psychiatrie régulière. Il faut un travail régulier avec les CMP etc. sauf qu'aujourd'hui on n'a pas. »

« Je vous rappelle qu'on est une structure sociale. Ni une structure médico-sociale ni une structure sanitaire et sociale. Les éducateurs n'ont pas à distribuer les médicaments. »

Toutefois, certains acteurs sociaux vont à certains égards au-delà de l'action sur les seuls déterminants de santé et facilitent l'accès aux professionnels de santé, accompagnent leurs démarches et travaillent en partenariat avec des acteurs sanitaires. Cet investissement est très variable d'une structure à l'autre, et dépend des partenariats établis, des relations personnelles entre acteurs sur les territoires. Des ponts existent et peuvent continuer à être développés à l'avenir.

Ainsi, les maraudes ou équipes de rue permettent généralement d'évaluer l'aide dont la personne a besoin, y compris à un niveau sanitaire, et peuvent, en accord avec celle-ci, l'accompagner vers un centre d'hébergement d'urgence, un médecin, un hôpital, un lit halte soins santé, une Pass ou autre structure de proximité... Certaines équipes peuvent même réaliser directement certains soins primaires sur place. Ces maraudes sont composées de différents professionnels et bénévoles, dont parfois des infirmiers, voire des médecins pour certaines maraudes qui ont adopté une approche plus médicale en dehors de notre région (comme celles de l'Ordre de Malte France dans les Hauts-de-Seine, à Annecy ou à Lille). Les Centres d'accueil de demandeurs d'asile sont d'abord des foyers spécialisés pour l'hébergement des demandeurs d'asile durant le temps d'examen de leur demande. Mais ils ont aussi pour mission l'accompagnement social et administratif des personnes, ainsi que l'ouverture des droits à la CMU, le suivi médical dont au moins l'accès à une première consultation. L'accompagnement aux démarches en matière de santé n'est pas du tout négligeable.

« Le volet santé au Cada c'est lourd, très lourd. Ils attendent énormément de nous (...) Ils veulent tous avoir rendez-vous chez le dentiste, chez le gynécologue, rendez-vous dermato, neurologue, ils veulent tous les rendez-vous possibles et faut arriver à leur faire comprendre que ce n'est pas comme ça que ça fonctionne et on n'a pas des rendez-vous comme ça. »

Les différents lieux d'hébergement d'urgence pour les personnes sans domicile ou pour des personnes en détresse proposent lits, repas, douches mais aussi parfois la possibilité de rencontrer des travailleurs sociaux, d'avoir une prise en charge socio-éducative et médico-psychologique.

Un certain nombre de leviers pour faciliter l'accès aux soins concernent donc équipes éducatives et sociales. Leur connaissance des problèmes liés à la précarité est essentielle, de même que leur articulation avec les acteurs du secteur sanitaire. Cette articulation est parfois limitée par le manque d'interconnaissance des uns et des autres et les représentations mutuelles, en particulier les domaines de compétences et les limites d'intervention des partenaires potentiels.

Les acteurs du secteur social participent de la santé et à l'accès aux soins, mais leur culture professionnelle historiquement étrangère à la santé se traduit par un investissement très variable d'une structure sociale à l'autre. Faciliter l'accès aux professionnels de santé et accompagner les démarches des usagers, dépendent beaucoup des relations personnelles entre acteurs sur les territoires.

C. Les dispositifs et services dédiés à la santé des populations vulnérables

Un certain nombre d'actions ou de dispositifs particuliers de santé ont été progressivement mis en place pour les populations vulnérables, notamment dans le cadre de la lutte contre les exclusions. Ces dispositifs diversifiés visent différents publics, ciblés par des catégories de population ou des types de pathologies prises en charge. D'autres dispositifs sont l'aboutissement et la pérennisation d'expérimentations (lits halte soins santé, équipe mobile psychiatrie précarité).

Nous abordons ici les principaux dispositifs de santé qui s'adressent aux populations vulnérables (Pass, EMPP, LHSS, Lam, ACT, centres d'examen de santé, dispensaires et centres de santé), avec une prise en charge de la santé adaptée aux conditions de vie particulières des personnes, ou qui établissent directement un lien avec les acteurs sociaux susceptibles d'accompagner les personnes sur les volets non médicaux. Nous rappellerons ici dans un premier temps leurs missions et leur public cible. Nous mettrons ensuite en évidence comment ces missions et ces publics varient localement dans notre région en fonction de leur implantation, de leurs organisations et moyens, des besoins des territoires, des autres ressources existantes.

D'autres actions et structures atteignent également en pratique des populations vulnérables, et contribuent à répondre à certains facteurs de vulnérabilité, à certains aspects de leur problème de « précarité-santé » et certaines ont pu être rencontrées dans le cadre de l'enquête menée. Epicerie sociale, associations permettant l'accès aux droits, aide à des populations spécifiques (migrants, gens du voyage...), accueil de jour, maraudes...le nombre des associations qui interviennent dans le domaine de la santé au sens large des plus démunis est très important, et les conditions de vie qui impactent la santé sont multidimensionnelles. Certains lieux d'offre de soins apparaissent aussi adaptés à une certaine prise en charge des personnes en situation de précarité (centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaire) même si cela ne constitue pas un objectif théorique de ces structures. Des consultations médicosociales gratuites sont également proposées dans différents cadres pour des besoins spécifiques : centres de PMI (maternité, enfance), planning familial (planification, contraception), centres de dépistage gratuits (IST), Csapa (personnes en situation d'addiction) référents santé dans les missions locales...Toutes les structures ne sont donc pas évoquées et développées ici, d'autant plus que les organisations particulières sont très dépendantes des contextes locaux et des acteurs qui les portent.

1. Les Pass

Les Pass proposent des consultations médicales généralistes ou spécialisées, des soins d'odontologie ou infirmiers, la délivrance de médicaments, etc. Après sa prise en charge dans la Pass, le patient est aussi orienté vers d'autres

Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ont été créées par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion. Elles visent à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier, aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. La Pass s'adresse aux personnes en situation de précarité qui ont besoin de soins et ne peuvent y accéder en raison de leurs conditions de vie, de freins économiques, d'absence de droits, de pratiques professionnelles inadéquates ou de leur incapacité à suivre le parcours de prise en charge.

dispositifs de droit commun, afin de bénéficier d'une continuité des soins. Les Pass permettent ainsi aux personnes de réintégrer un parcours de santé avec une prise en charge et une orientation vers la plupart des acteurs médicaux.

Sans répondre à toutes les problématiques extramédicales, la Pass assiste généralement au moins la personne dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de ses droits, notamment en matière de couverture sociale. Elle propose également une écoute adaptée des publics vulnérables qu'ils trouvent difficilement ailleurs : elle prend le temps nécessaire aux consultations, en tenant compte la problématique sociale et les conditions de vie de la personne.⁵⁸, en ayant recours à des services d'interprétariat, et en effectuant des missions d'éducation à la santé peu remplies dans d'autres cadres

Les fonctionnements des Pass varient au sein de la région. Elles ne prennent pas en charge les mêmes publics selon les territoires, et sont composées avec des professionnels, des organisations et des budgets adaptés à ces spécificités.

« Il y a certaines Pass où il n'y a pas de médecin, il y a certaines Pass, par exemple à Pithiviers, c'est une assistante sociale qui fait appel éventuellement au médecin des urgences, à Tours ils ont plus de médecin depuis plusieurs années, au moins deux ans. »

La plupart ayant peu de ressources médicales propres (certaines n'ont pas du tout de temps de médecin), elles interviennent en s'appuyant sur ce qui existe dans les autres lieux et institutions d'accès aux droits et aux soins disponibles dans l'hôpital, et dans le réseau territorial.

« Ils ont une Pass à Gien, mais y a certaines choses auxquelles ils ont pas facilement accès, par exemple ils nous ont adressé une personne pour de l'oncologie »

Selon les Pass, il peut exister des partenariats avec les médecins généralistes, les centres de santé, les CCAS et les services municipaux de santé, le Samu social, les dispositifs d'hébergement, la PMI, les CMP, le CEGIDD, les CSAPA et différentes associations. Mais ce réseau est plus ou moins développé en fonction des ressources locales, et celles-ci, comme le dispositif des Pass lui-même ne sont pas simplement accessible géographiquement à toutes les personnes qui pourraient en bénéficier (elles sont situées principalement dans les grandes agglomérations). De plus, toutes les Pass n'ont pas une bonne visibilité, y compris dans l'établissement de santé dont elles font partie.

⁵⁸ Georges-Tarragano, C. Soigner (l') humain. Rennes : Presses de l'EHESP, 2015 ;

2. Les EMPP

Les EMPP ont pour mission :

- d'aller au devant des personnes en situation de précarité qui présentent des troubles psychiques, quel que soit le lieu de vie (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, à la rue...). Cette démarche d'aller-vers vise à faciliter la prévention, le repérage précoce des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire ;
- d'assurer les liens avec les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales du domaine de la lutte contre l'exclusion, afin d'effectuer des prises en charge coordonnées entre ces acteurs.

Les EMPP prennent en charge les exclus en assurant plus spécifiquement l'interface avec les secteurs de psychiatrie et les acteurs sociaux. Les premières équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) se sont constituées à la fin des années 90 en s'inscrivant dans le cadre juridique de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Elles se sont ensuite développées surtout à partir de 2005, avec la définition de leurs missions dans la circulaire du 23 novembre 2005 et l'attribution de financements dans le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008.

Les EMPP peuvent effectuer :

- des permanences infirmières dans des structures d'hébergement, des lieux d'accueil de jour, des établissements de soins... ;
- des consultations médicales, entretiens psychologiques, entretiens infirmiers et évaluations sociales... ;
- des prises en charge dans le cadre de groupes d'échanges ou de parole, d'ateliers thérapeutiques ;
- soutenir des acteurs de première ligne du secteur sanitaire et social ;
- communiquer avec des partenaires autour de situations complexes (synthèses, réunions, appels, analyse des pratiques...) ;
- des actions de formation et de sensibilisation aux problématiques liées à la précarité ou à la santé mentale, supervision.

L'objectif principal des EMPP est d'organiser des parcours permettant aux personnes en situation de précarité d'accéder aux soins et de bénéficier de prise en charge globales et continues, entre les différents dispositifs de santé (psychiatrie, addictologie) et du secteur social (accueil, hébergement...).

En termes d'implantation régionale, les EMPP ne sont pas déployées actuellement sur le Cher et le Loiret. Les professionnels de ces territoires attendent depuis parfois longtemps ce type d'équipe mobile dont le manque se répercute négativement sur les autres accompagnements et aides auprès des populations vulnérables, notamment celles en situation de grande exclusion.

« On n'a pas la chance d'avoir une équipe mobile psy. Ça fait des années qu'on le réclame parce que oui on se trouve confronté à des choses et je pense qu'on pourrait faire mieux pour les personnes. Et des fois on se pose nous la question « est-ce que c'est bien pour la personne ? » Parce que on se pose énormément de questions quand on intervient pour des personnes qui ont des troubles pysys vraiment avérés. Ça nous pose des questions énormes même en termes de sécurité de l'équipe (...) Avoir dans le cadre des maraudes, de façon ponctuelle, au moins une fois ou deux fois dans la semaine un soutien d'une équipe mobile psy. Ça c'est vraiment quelque chose essentiel. »

Les équipes mobiles psychiatrie précarité existantes dans notre région, et de façon plus générale au niveau national, ont investi différentes missions et publics. Elles présentent des fonctionnements différents, selon là où elles sont implantées. Cet investissement vers certains publics dépend des moyens humains, mais aussi souvent des besoins de la population et des ressources préexistantes sur le terrain. Les équipes des EMPP ne sont en effet pas composées des mêmes personnels : elles peuvent bénéficier de temps de travail de professionnels d'un CMP par exemple, et ainsi obtenir l'appui ponctuel ou plus régulier d'un psychiatre, ou d'une assistante sociale, qui ne sont pas prévus dans les financements de l'équipe mobile.

« C'est en fonction de ce qui existe sur le terrain. A Angers, il y a un dispositif qui existe depuis des années et des années, fatalement le dispositif équipe mobile s'est appuyé là-dessus. Dans l'Indre on a des gros soucis par rapport à la proximité, donc forcément l'activité d'équipe mobile elle est impactée par cet élément-là. Vous allez au Havre ils ont réduit la question, l'équipe mobile s'est réduit à une action citoyenne, voilà, pour le reste...dans la Vienne à une époque le personnel équipe mobile c'était que les psychologues, qui allaient vers une population au RSA ; jeune, qui était à la mission locale par exemple. »

« Au niveau médical on a demandé à avoir un appui, au niveau des psychiatres, pour avoir une vision lorsqu'on fait des réunions cliniques et pour une vision quand même, donc on a du temps qui nous est attribué en réunion du lundi matin, du temps médical. »

Les EMPP sont bien connues, identifiées des professionnels rencontrés et elles constituent un soutien important aux acteurs de première ligne qui n'ont pas de formations pour accompagner ce public, ni d'autres relais simples en matière de santé mentale. Leur intervention ne suffit pas à combler les manques d'accompagnement en CMP pour tous les publics. Ainsi sur l'Eure-et-Loire, l'EMPP répond bien à la problématique de la grande exclusion (dans sa mission d'aller-vers les publics qui ne sont pas demandeurs de soins) mais pas à celles des migrants en Cada qui sont potentiellement demandeurs de soins mais ne trouvent pas l'accompagnement dont ils ont besoin en CMP. L'accompagnement psychologique des migrants peut être effectué localement aussi par d'autres acteurs, comme dans le Loiret avec Interstices, ou dans l'Indre-et-Loire avec une Pass psy.

« ils sont là pour des conseils, ils sont à l'écoute. C'est très bien comme équipe »

« Elle fonctionne très bien avec les personnes du CHU, CHRS, ils ont des permanences dans les espaces genre refuges qui sont des accueils de jour pour les publics sans domicile (..) Nous en fait, il reste la barrière de la langue, puis nous à la base on ne fait pas forcément partie de leurs missions car eux ils sont là pour amener les gens vers les soins qui n'ont pas vraiment envie d'aller vers les soins »

3. Les centres d'examens de santé

Les bilans de santé gratuits proposés par l'Assurance maladie sont bien connus et utilisés par les structures sociales. Certains centres d'examens de santé ont vu leurs missions évoluer au fil des années, avec pour idée directrice de se concentrer sur certaines populations, et notamment celles qui sont démunies. Ils ont alors développé de nouvelles pratiques et des partenariats pour répondre à cette mission. D'autres centres d'examens de santé ont conservé leurs anciennes orientations et sensiblement le même public depuis des années. Ainsi on assiste à des contrastes territoriaux importants dans la contribution des CES à la prévention des populations vulnérables, et des évolutions en cours qui permettent à certains centres d'atteindre de façon nouvelle des populations éloignées des soins, et de faciliter la réintégration de ces populations dans des parcours de santé.

Créé en 1945, le réseau des Centres d'examens de santé (CES) propose des examens périodiques de santé aux assurés sociaux. Ces bilans de santé gratuits proposés par l'Assurance maladie sont bien connus et utilisés par les structures sociales. Les CES participent d'une part à la prévention auprès des populations qui en ont le plus besoin (personnes éloignées du système de santé ou fragilisées) et, d'autre part, à des études sur l'état de la santé de la population générale, contribuant ainsi à l'observation et à la surveillance épidémiologique. Ce sont des lieux de prévention et de dépistage. Ils ne peuvent pratiquer aucun soin contrairement aux centres de Santé. L'examen de prévention en santé (EPS) est destiné en priorité aux personnes de plus de 16 ans éloignées du système de santé et en situation de précarité qui ne bénéficient pas d'un suivi médical régulier réalisé par le médecin traitant, ni des dispositifs d'offre de prévention organisée comme les dépistages des cancers par exemple. Cet examen permet d'intégrer un parcours de santé avec la réalisation d'examens et d'actions de dépistage, une orientation éventuelle pour un suivi, mais aussi une information sur les droits, les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (CMU-C et ACS) et des temps d'échanges avec les professionnels du centre

« on faisait un examen plutôt global des gens, qui étaient assurés sociaux, affiliés à la Cnam, et ils avaient droit à un examen de santé, tous les 5 ans. Y avait pas de critères de tamisage, de sélection au départ, qui voulait venait. (...) depuis l'Assurance maladie, ça doit faire 3 ou 4 ans, ils ont réorienté vers la prise en charge des comment on appelle ? « les précaires » » (...) [le précédent responsable] avait pas forcément la volonté de s'occuper des migrants, et dans d'autres départements on n'a pas forcément la volonté »

4. Lits halte soins santé

Les « lits halte soins santé » (LHSS) accueillent des personnes adultes sans domicile fixe, de façon temporaire. La durée de séjour est de 2 mois, éventuellement renouvelable. Ces structures s'adressent à toutes les personnes dont l'état physique et psychique ne nécessite pas une prise en

charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée. On peut y relever une part importante de personnes souffrant de troubles psychiatriques et d'addiction.

Ces structures limitent les ruptures dans la continuité des soins, et l'aggravation de l'état de santé des personnes qui, du fait de leur absence de domicile, n'ont pas une prise en charge satisfaisante. Elles assurent une prise en charge à la fois sanitaire et sociale, proposent une offre de soins médicaux ou paramédicaux, un suivi thérapeutique mais aussi un accompagnement social, des prestations d'animation et une éducation à la santé. Le personnel fait un suivi social de toutes les personnes hébergées et accompagne les personnes pour les droits sociaux qu'ils peuvent solliciter. Ces structures disposent généralement d'une équipe pluridisciplinaire médico-sociale (médecin généraliste, infirmier, aide-soignant et assistant de service social) qui travaille avec des acteurs de l'urgence sociale et notamment les CHRS. Mais de grandes variations existent dans le personnel d'un LHSS à l'autre.

« On a rencontré des LHSS où il n'y a même pas d'infirmier, pas de médecin. Les coordinateurs des soins c'est un éducateur. Donc ils font venir des infirmières libérales. Ils mutualisent en fait avec le L'HAD, un cabinet de généralistes qui bossent à côté. Et viennent faire des vacations une demi-journée par semaine. »

Les LHSS ont une durée prévisionnelle de séjour de deux mois maximum, mais cette durée est renouvelable en fonction de l'état sanitaire de la personne. On peut ainsi assister à de grandes variations dans les durées effectives de séjour : certains LHSS les accueillent en moyenne beaucoup plus longtemps, en partie parce qu'il s'agit de malades chroniques sans réelle perspective de sortie à court terme, ou des malades qui même guéris sont sans solution d'aval. Ces LHSS sont donc sensiblement dans les mêmes difficultés que celles au moment de leur ouverture il y a 10 ans, qui avaient amené à la création des Lam. Selon une étude de 2013⁵⁹, plus de la moitié des personnes accueillies en LHSS avaient en effet déjà des pathologies chroniques et/ou des addictions connues.

« C'est pour ça que les Lam ont été ouverts, car les LHSS sont tellement saturés de pathologies chroniques. Les Lam ont été mis en place pour désengorger les LHSS. Et nous les LHSS, quand les Lam ont été ouverts sur 10 places, on en a 8 LHSS qui ont basculé en Lam. Et en deux jours le LHSS était re plein (...) Donc là, nous on essaye de se tenir à deux mois max. (...) Je sais que là j'ai un patient congolais qui est entré avec une tumeur énorme de l'estomac et du péritoine. Il a une sonde anneau gastrique il va pas être dehors, il a de l'appareillage. Je sais que lui je l'aurai plus de deux mois, c'est certain. »

« Nous, dans le centre de soins on a un règlement voilà, mais les gars ont le droit de rentrer alcoolisés... ils ont pas le droit consommer dans le collectif, mais ils ont une tolérance plus développée que d'autres structures qui sont très carrées. Ce qui est très normal hein. Mais nous voilà les gars ont le droit de rentrer éméchés le soir, de prendre des toxiques »

⁵⁹ Picon Elise, Dr Sannino Nadine, Minet Béatrice, Henocq Anne-Cécile, Seigneur Romain, Evaluation du dispositif LHSS, Itinere Conseil, DGCS, Février 2013

Au-delà du manque de solutions d'aval, les places de LHSS sont souvent occupées par des populations migrantes, qui apparaissent plus en recherche de soins que les populations françaises en situation d'exclusion. Il peut y avoir en outre une limitation de leurs sorties liée au fait que certaines personnes migrantes sont en situation administrative d'obligation de quitter le territoire français, ce qui exclut toute prise en charge avec une autre solution d'hébergement et la mise en place d'aides et de soins dans ce nouveau lieu.

« On voit là actuellement que nous sur nos Lam et LHSS, on est à plus de 75% de patients migrants. On n'est pas des... Voilà, l'image du SDF qu'on s'en fait habituellement, le SDF barbu qui tape la manche avec sa bouteille de rouge. On est pas du tout là-dessus. Bah non mais voilà, c'est que ces gens-là ne sont pas demandeurs de soins donc c'est ça qui est très compliqué. »

Du fait du manque général de places, les LHSS sont amenés à prioriser les admissions, en fonction des pathologies. Parce que les conséquences de certaines sont moins graves, ou plus compatibles avec les conditions de vie même très précaires des personnes, ces dernières sont beaucoup plus rarement intégrées aux LHSS car de nouvelles demandes plus urgentes arrivent régulièrement, par exemple de femmes enceintes qui sont proches du terme, et prioritaires.

Les personnes non acceptées sont alors parfois réadressées sur des structures sociales avec du soin ambulatoire en complément, quand elles ont une couverture sociale.

5. Lits d'accueil médicalisés

Les « lits d'accueil médicalisés » accueillent des personnes majeures sans domicile fixe atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures.

Les Lam ont pour missions :

- De proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;
- D'apporter une aide à la vie quotidienne adaptée ;
- De mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;
- D'élaborer avec la personne un projet de vie et de le mettre en œuvre.

Ces structures sont ouvertes vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. La durée du séjour n'est pas limitée et est adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne. Elles disposent d'une équipe pluridisciplinaire.

Le seul dispositif de lits d'accueil médicalisés de la région a ouvert tardivement comparativement à d'autres régions. Il dispose d'actuellement de trop peu de places par rapport aux besoins. De plus, il

fait face à des demandes qui viennent également d'autres régions, où les professionnels ont mieux intégré l'existence de ce dispositif.

« 15 dossiers là je pense. Et j'en ai plusieurs par mois qui arrivent. Là, je sais que j'ai eu la Besançon qui a un patient que je ne peux pas prendre. Euh j'ai Orléans pareil, j'ai Montargis, là on vient de prendre un patient de Blois il y a pas longtemps suite au décès d'une personne. Donc on a pris une dame de Blois. J'ai eu Chartres l'autre jour. Après j'ai eu Paris, Châtellerauld, Rouen, euh... Poitiers, Nantes aussi tiens je les ai eus une fois. (...) Mais on est interpellé d'un peu partout, parce qu'il y a vraiment de la demande »

Le manque de places en Lam est aussi lié à l'occupation partielle par des personnes qui pourraient parfois être accueillies dans d'autres structures. C'est le cas des publics précarisés vieillissants, qui pourraient être intégrés dans des structures plus pertinentes comme des EHPAD, et cela même avant 60 ans, étant donné le vieillissement plus précoce que certains subissent. La plupart des établissements pour personnes âgées dépendantes ont des règlements intérieurs très contraignants avec des conditions qui ne permettent pas l'accueil de ces publics en situation d'exclusion et/ou ayant des conduites addictives.

« On ne peut pas les empêcher de boire, on ne peut pas les empêcher de se défoncer... sinon on ne pourra pas faire le soin qu'ils ont besoin, on ne pourra pas gérer la situation, on ne pourra pas et ça s'aggraver. Et on ne pourra pas gérer le cancer, on ne pourra pas... donc on est obligé de faire avec et ça les EHPAD ne peuvent pas le faire. Parce que voilà, le règlement fait que c'est très très très compliqué. Déjà pour le commun des mortels, c'est très compliqué de trouver un EHPAD. Donc pour ces populations-là, c'est encore pire. (...) c'est à la Rochelle je crois qu'ils ont monté un EHPAD pour les SDF...et ça marche plutôt pas mal. C'est vrai que nous ici c'est une des choses qui manquent qui serait hyper intéressantes à monter, à développer. Moi j'en ai plusieurs qui sont vieillissants, des vieux gars de la rue dans les Lam. »

6. Les appartements de coordination thérapeutique

Les ACT accueillent des personnes avec des statuts forts différents. Dans l'Indre-et-Loire, la préfecture a demandé aux ACT de ne pas accueillir de personnes non régularisées au niveau de leur situation administrative, ce qui n'est pas le cas dans le Loir-et-Cher où elles ont été au contraire encouragées à se préparer à l'arrivée de ce public en particulier. Certaines places des ACT du Loiret sont réservés aux personnes sortant de détention. Les mineurs non accompagnés sont acceptés dans les ACT en région parisienne contrairement à certains de la région Centre-Val de Loire. Les pathologies prises en charge varient également beaucoup :

Les Appartements de coordination thérapeutique (ACT) sont dédiés avant tout aux personnes ou familles qui se trouvent en situation de fragilité psychologique, sociale ou financières et qui ont besoin de soins et de suivi médical. Un service d'Appartement de coordination thérapeutique propose une prise en charge médicale, psychologique et sociale des personnes hébergées. Il offre un logement individuel de relais et à titre temporaire. Une équipe pluridisciplinaire d'éducateurs, de psychologues, de CESF et de médecins accompagne le résident, et fonctionne sans interruption. Elle permet l'observance aux traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux, et l'orientation vers des partenaires sociaux ou associatifs pour l'insertion sociale, professionnelle, médicale et psychologique.

« sur Paris ils ont 80% des personnes qui ont le sida, alors que nous on a pas eu un seul dossier en un an...mais c'est parce que la population sur Paris qui est adressée aux ACT c'est pas du tout la même que chez nous »

Les appartements de coordination thérapeutiques sont reconnus comme des dispositifs très utiles, avec de bonnes fonctions de coordination des acteurs. Mais ils manquent encore de places, de façon générale et plus particulièrement sur certains territoires, comme en Eure-et-Loir. Certaines pathologies ou profil de personnes restent non couvertes. Ainsi des personnes n'ayant pas une stabilisation de leurs troubles addictifs ou psychiatriques ne pourront dans certains cas être acceptés dans les ACT existants, et pourraient bénéficier d'un centre thérapeutique résidentiel, ou d'un autre dispositif avec hébergement.

« L'idée d'un CTR, centre thérapeutique dédié aux addictions, ça aurait vraiment du sens sur le territoire, y a vraiment une population qui a besoin de ça (...) après y a aussi le dispositif un chez soi d'abord, qui serait vraiment utile sur le territoire, (...) ça ça serait vraiment bien, parce que nous on voit, on a un monsieur qu'on accompagne, s'il retourne tout seul, ça risque de pas tenir, alors que si il a son appartement mais qu'il a une équipe qui le suit, même si c'est une heure par semaine, ça peut maintenir quelque chose. »

« Si on était un ACT addicto mais moi je vous remplis 30 places ! sur des Csapa on est sur des gens qui ont des revenus du travail, il y a une petite partie dans la précarité, par contre sur cette partie dans la précarité et dans un alcoolisme, y a vraiment la grande souffrance et y aurait vraiment besoin d'un logement »

A la sortie des ACT, certaines personnes retournent à la rue, à défaut de place dans une structure sociale ou médico-sociale de droit commun, et parce que d'autres usagers ont également fortement besoin de l'ACT. Ce manque de lieu d'accueil en aval peut conduire à terme à engorger ces dispositifs, et il est nécessaire d'anticiper au mieux les sorties avec des partenaires préparés en amont à ces arrivées.

« La difficulté qu'on va avoir en effet c'est au niveau de la sortie...pour accéder à un logement chez un bailleur social, je sais qu'il y a des délais d'attente, je pense que le plus gros problème ça va être pour les réorientations, là on a deux monsieurs, où je suis pas sûre qu'ils puissent vivre dans un logement individuel, et je pense que la réorientation vers une autre structure elle risque de prendre du temps »

Limites des dispositifs dédiés aux populations vulnérables

Éléments clés

- **Les Pass** permettent aux personnes de réintégrer un parcours de santé avec une prise en charge et une orientation vers la plupart des acteurs médicaux. Elles assistent au moins la personne dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de ses droits, proposent une écoute adaptée, et effectuent des missions d'éducation à la santé peu remplies par ailleurs. Mais La plupart ont peu de ressources médicales propres et s'appuient sur les seuls soins disponibles dans l'hôpital, et dans le réseau territorial. Situées principalement dans les grandes agglomérations ; toutes n'ont pas une bonne visibilité, y compris dans l'établissement de santé dont elles font partie.
- **les EMPP**, bien identifiées, constituent un soutien important aux acteurs de première ligne qui n'ont pas de formations adaptées pour les problèmes psychiques. Leur intervention ne suffit pas à combler les manques d'accompagnement en CMP pour tous les publics. Les EMPP ne sont de plus pas déployées actuellement sur le Cher et le Loiret.
- **Les CES** contribuent très inégalement à la prévention des populations vulnérables, seuls certains centres atteignant des populations significativement éloignées des soins.
- **Les LHSS** limitent les ruptures dans la continuité des soins, et l'aggravation de l'état de santé des personnes qui, du fait de leur absence de domicile, n'ont pas une prise en charge satisfaisante. Prévus pour un accueil temporaire, nombre de personnes sont accueillies en pratique plus longtemps, ayant des pathologies chroniques et/ou ne disposant pas de solutions d'aval. Par manque de places, certaines personnes sont réadressées sur des structures sociales avec du soin ambulatoire en complément, quand elles ont une couverture sociale.
- **Le Lam** de la région dispose de peu de places par rapport aux besoins, tout en faisant face à des demandes qui viennent d'autres régions, où les professionnels ont mieux intégré l'existence de ce dispositif.
- **Les ACT** ont de bonnes fonctions de coordination des acteurs. Mais ils manquent encore de places, plus particulièrement sur certains territoires, comme en Eure-et-Loir. Certaines pathologies ou profils de personnes restent aussi non couverts (troubles addictifs ou psychiatriques non stabilisés)

VI - Problématiques transversales aux dispositifs dédiés aux populations vulnérables

Au-delà de la diversité des situations sur les territoires, des spécificités des dispositifs, certaines problématiques ressortent, et il est possible d'identifier de façon plus globale les atouts et limites de l'ensemble du système de prise en charge et d'accompagnement des populations vulnérables sur notre région.

A. Les coûts secondaires d'un accompagnement multidimensionnel et des frais de santé

Qu'il s'agisse de structures du secteur social ou sanitaire, la plupart ne peuvent prendre en charge par elles-mêmes l'ensemble de l'accompagnement de leurs usagers. Certains soins sont toujours à réaliser avec d'autres professionnels, et des démarches sociales et administratives ne peuvent être faites que par les personnes elles-mêmes à l'extérieur. Pour accompagner l'utilisateur et/ou lui permettre d'accéder à ces services, un certain nombre de services sont en pratique nécessaires, et représentent un coût non négligeable pour les structures : accompagnements physiques ou aide au transport pour les consultations médicales (parfois éloignées), médiation en santé, coût des traducteurs, démarches administratives, sociales, d'insertion, coordination lors de la transition vers la sortie du dispositif... Même si les professionnels sont dans une perspective d'autonomisation de la personne, ils sont contraints d'effectuer eux-mêmes des démarches pour les personnes, qui sinon ne les entreprennent pas ou y renoncent en cours de route.

« Nous on accompagne beaucoup les gens à l'hôpital, tous les rendez-vous, les choses comme ça. Je mobilise un soignant à chaque fois pour le transport (...) tous ces accompagnements nous prennent énormément de temps, de déplacement, de frais d'essence, tout ça. C'est de l'argent, c'est toujours pareil. »

« Les gens que je rencontre aux permanences des restos du cœur, voilà ils veulent un rendez-vous ophtalmo, un rendez-vous... alors bon je prends les rendez-vous, mais après c'est quand même compliqué, parce que y a la barrière de la langue quand on les rappelle, certains faut les accompagner, faut retrouver certains qu'on a vu une fois à une permanence les retrouver dans un endroit, pour les accompagner »

« S'il y a une démarche à la préfecture, récupérer du courrier (...) donc aller à la Croix rouge, CCAS, chercher des fringues, oui y a toutes ses missions là à côté aussi de la vie quotidienne. Le resto du cœur, aller ... faut aussi les accompagner bah... puis faut aller au labo, à la pharmacie... »

Dès lors que les personnes n'ont pas de couverture sociale (CMU, AME, et/ou mutuelle) de nombreux frais de santé ne sont pas pris en charge et ces derniers impactent directement le budget des structures spécialisées pour la santé des populations vulnérables. Ainsi, la prise en charge du

traitement de certaines pathologies lourdes est énorme par rapport au budget alloué dans ces structures. Certains soins pouvant être considérés de « confort » et non pris en charge, apparaissent aussi aux professionnels comme des besoins importants voire essentiels du public qu'ils accueillent.

Si la prise en charge en LHSS, ou en Pass présente un coût de revient largement inférieur à une prise en charge hospitalière, ces structures rencontrent néanmoins des difficultés à financer par eux-mêmes les frais de pharmacie et doivent établir des partenariats pour répondre à certains besoins de leurs patients.

« J'ai récupéré une patient géorgienne par exemple, ça fait moins d'un mois qu'elle est là, elle a une grosse pathologie hépatique. Sauf que voilà, elle fait des soins urgents et vitaux. Elle peut se faire soigner qu'à l'hôpital et il n'y a que l'hôpital qui peut nous donner des médicaments pour l'instant. Tout ce qui va être prises de sang, des choses comme ça c'est nous qui payons. On a un tout petit budget pour l'année. »

« Il y a plein de choses comme ça où les médicaments ne sont pas pris en charge à 100% par la sécu. Ou la part mutuelle, elle ne prend pas grand-chose. (...) rien que de faire un pansement c'est très, très cher, les compresses, les gants. (...) les patients qui ont le cancer, qui font une ablation du sein... Ils se font des contentions du bras. C'est une sorte de collant qu'on met autour du bras qui est pas pris en charge. Donc ça coûte 70 euros, tout de suite. Bah qui paye ? Ils n'ont pas de revenus les gens, ils ont plus rien enfin ils ont rien. Ils ont le droit à rien. Donc c'est à nous de financer. Ça monte très, très vite. Ça nous fait des trous très rapidement dans le budget ce genre de matériel. Mais ils peuvent pas s'en passer. Si on le fait pas, ça va s'aggraver. Donc on va retourner à l'hôpital, ça va coûter un blé monstrueux donc ... il faut le financer à un moment. »

« Nous on ne voit que des gens qui n'ont pas de couverture médicale, donc tous les frais sont à notre charge, c'est sûr que si on compare avec une Pass de Paris qui voit la majorité des gens qui sont à la CMU, la seule chose qui coûte c'est les 23 euros de la consultation, le patient va peut-être même payer, parce que je sais pas s'il passe par le bureau des entrées pour le faire...alors que nous il va y avoir ben là on a un patient VIH, c'est 700 euros par mois, de traitement, le labo, donc toutes les dépenses...ça se répercute par l'intermédiaire du bon Pass, l'UF débiteur c'est notre UF, donc c'est sûr qu'on a une dépense de pharmacie qui est colossale par rapport à d'autres Pass. »

B. Une saturation des dispositifs dédiés

Qu'il s'agisse de l'hébergement, de l'accueil social, des prises en charge psychologiques, des dispositifs de santé, la plupart des acteurs rencontrés témoignent d'un certain engorgement de leur structure. Les difficultés sont plus ou moins prégnantes, les listes d'attente plus ou moins longue, mais elles existent de façon récurrente et ont de nombreuses conséquences : prise en charge tardive des personnes, sorties parfois prématurées avec des solutions imparfaites d'aval, absence de solutions pour certains publics en situation de précarité.

1. Une prise en charge tardive des personnes

Parce que certaines populations précaires sont moins touchées par les actions de prévention, ont un rapport au temps différent, ou ont renoncé aux soins, elles ont tendance à consulter plus tardivement et avoir plus souvent recours aux urgences qu'aux soins ambulatoires, dans les systèmes

de soins.⁶⁰ La faible densité médicale⁶¹ de notre région, et les délais d'attente pour accéder aux soins de spécialité, à la psychiatrie en particulier, accentue ce phénomène. Les dispositifs dédiés aux populations vulnérables rencontrent eux aussi une forte demande, et ne peuvent répondre à toutes dans un délai optimal. A l'exception de quelques structures qui commencent leur activité et ne sont pas encore bien identifiées par le réseau de partenaires, l'attente qui découle du rapport offre/demande a tendance à laisser la situation de personnes se dégrader, ou à rechercher des solutions alternatives moins satisfaisantes mais plus rapides.

2. Des sorties avec des solutions imparfaites d'aval

Les professionnels des dispositifs dédiés aux populations précaires sont confrontés, avec les listes d'attente, à des arbitrages difficiles. D'une part certains usagers pris en charge ne sont pas encore prêts à sortir de leur dispositif, parce qu'il manque de solutions d'aval ; d'autre part, d'autres personnes pourraient bénéficier de leur prise en charge, et restent dans l'attente, sans solution satisfaisante à court terme.

« L'idée c'est de trouver un équilibre, de bien accompagner les personnes, sans emboliser notre service, et puis nous on est vraiment avec des personnes qui sont à la rue...là on sait que y a deux jeunes qui dorment dans une voiture, qui crachent le sang, donc ces personnes-là on aimerait bien faire en sorte que les choses tournent pour que tout le monde y gagne »

« On essaye de trouver une solution d'hébergement du mieux qu'on peut. Des orientations CHRS, en appartement avec différents partenaires associatifs de la ville et différentes associations dans l'entraide hein, on travaille aussi avec tout le monde. Donc on essaye de mettre un maximum de choses en place avant la sortie. Mais ça se peut qu'on fasse des sorties avec zéro solution. Ça peut arriver. »

3. Des profils défavorisés : malades psychiatriques non stabilisés, personnes vieillissantes sans domicile, grands exclus non-demandeurs

Le manque de place crée donc en pratique une certaine concurrence entre les bénéficiaires potentiels. Dans cette concurrence, certains profils apparaissent avantagés ou désavantagés, en fonction de leur situation, leurs problématiques, et des priorités des structures.

Comme nous l'avons vu précédemment, différentes priorisations ont lieu, dans le cadre de l'hébergement d'urgence (priorité aux familles avec enfants, aux femmes), de l'hébergement social ou des structures de santé (priorité à certaines pathologies plus graves, aux populations qui n'ont pas de logement, qui ne troublent pas les lieux de vie collectif ; à celles qui n'ont pas de trouble psychiatrique stabilisé, ou des conduites addictives). A cette priorisation à l'entrée s'ajoute des phénomènes d'exclusion des dispositifs, quand les personnes vulnérables mettent en danger les professionnels ou d'autres usagers.

⁶⁰ Grigno M., Polton., 2000, « Inégalités d'accès et de recours aux soins », in Mesurer les inégalités : de la construction des indicateurs aux débats sur les interprétations, Paris, D/Mire, 188-200

⁶¹ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014, chapitre XII Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser, p. 349-378, La Documentation française

Prises globalement, ces différentes sélections et exclusions se traduisent par un manque de structures pour des publics particuliers : c'est le cas notamment pour les malades psychiatriques non stabilisés et les personnes souffrant d'addictions importantes, qui ont du mal à accéder ou rester dans des dispositifs qui proposent un hébergement ; ou des personnes vieillissantes durablement à la rue, qui sont trop jeunes pour entrer en maison de retraite ou présentent des comportements indésirables qui les excluent de fait de l'accès à ces structures.

Mais si certaines populations vulnérables n'ont pas facilement de réponse à leur demande ou leurs besoins, les moins demandeuses de prise en charge sont aussi plus facilement oubliées. Des personnes, après une succession de tentatives sans suite cessent les démarches pour obtenir un hébergement d'urgence, d'autres ne se rendent plus aux urgences parce qu'elles y ont vécu une mauvaise expérience, ou ne sollicitent plus d'autres services pour différentes raisons. Toujours est-il que la saturation des dispositifs a tendance à rendre ces derniers plus sélectifs, et à favoriser le renoncement aux soins d'une partie des populations vulnérables. Quand les structures dédiées aux populations vulnérables sont débordées par les demandes, elles n'ont pas à investir les démarches d'aller-vers pour toucher leurs publics-cibles. Les individus qui ne sont pas demandeurs ne sont pas souvent sollicités, sauf par quelques acteurs dont la mission principale est justement d'aller rencontrer ces personnes (maraude, EMPP) d'établir ou reconstruire un contact, et amener éventuellement peu à peu la personne à reprendre une démarche plus active.

C. Des dispositifs souples pour intégrer et maintenir les personnes dans un parcours

La plupart des dispositifs de santé adaptés aux populations vulnérables (LHSS, Lam, Pass, EMPP, ACT, Samsah psy...) ont aussi des critères d'inclusion qui les amènent à ne pas prendre en charge certaines populations ou certaines situations administratives, et ont des prises en charge limitées dans le temps. Il manque donc, sur certains territoires au moins, des acteurs avec des critères d'inclusion plus souples et plus susceptibles de démarches de médiation, d'aller-vers ou d'aide au transport, et en mesure de coordonner une prise en charge sanitaire et sociale pour des personnes en situation de précarité restant à leur domicile.

Reprendre contact avec les personnes qui ne sont pas demandeuses, qui vivent parfois à la rue depuis longtemps, pour les amener à nouveau vers des solutions d'hébergement ou de soin ne peut se faire que dans la durée, avec des démarches régulières d'aller-vers et de médiation. Ces démarches sont essentiellement effectuées par des acteurs comme les maraudes, accueil de jour, et des associations. Qu'il s'agisse d'un lieu d'accueil ou d'équipes mobiles, ils ont pour point commun de permettre de rester accessible aux grands exclus, sans engagement ni contrat, et sans limite de durée. Pour réintégrer à terme les populations les plus vulnérables dans les parcours de santé, il apparaît nécessaire de disposer de tels lieux d'accueil sans condition préalable, sans condition de durée, avec la possibilité d'entrer et de sortir librement.

« Il n'y a pas de contraintes, on n'enquiquine pas les gens avec un contrat, voilà. On prend le temps, un peu comme les maraudeurs. Il faut aller vers, il faut aller chercher la confiance, ça ne se décrète pas tout ça. Il faut du temps. (...) On ne sort pas quelqu'un de la rue, qui a passé 20 ans dehors dans son trou ou sous son pont parce qu'on lui envoie quelqu'un avec une tenue sur le dos. Ce n'est pas ça. Il faut un peu plus de temps ».

« Quand elles sont en rupture de soins, et c'est compliqué pour elles de retourner vers le soin. Donc on est...possibilité d'être dans des aller-retour, les gens vont venir une ou deux fois, après c'est un peu compliqué elles ne viennent pas mais on va pouvoir les accueillir à nouveau [alors que] quand ils vont à (nom de l'association) ou au CMP il y a un protocole, il faut faire plusieurs rencontres, si les gens ratent une rencontre on ne va pas forcément leur en redonner, et s'ils ne sont pas venus depuis un moment on les lâche ou il faut recommencer le protocole. »

« La porte reste toujours ouverte. Je l'ai encore dit ce matin, c'est vraiment notre porte reste toujours ouverte, même s'ils ont raté...10 rendez-vous »

« Il y a des fois il faut 18 mois avant que les choses puissent se mettre en place et que les soins, et qu'on arrache les dents et qu'on...qu'il ait son appareil, ça demande du temps, on travaille aussi avec le temps de la personne. »

1. Intégrer aux prises en charge la médiation à la santé, l'aller-vers, de la coordination

Les démarches d'« aller-vers »

Qu'elle soit à l'initiative d'acteurs de santé ou du social, la mise en contact des populations vulnérables dans leurs lieux de vie avec des professionnels de prévention et de santé (consultations dans les foyers d'hébergement, permanences de santé...) peut être le point d'entrée des populations dans une prise en charge. Cette mise en relation et cette entrée dans un accompagnement sanitaire passe par des démarches « d'aller-vers ».

Les pratiques d'« aller-vers » des professionnels de santé consistent à se rendre sur les lieux de vie des personnes qui ne peuvent se déplacer vers le lieu de consultation (impossibilité physique, refus, déni, incapacité à effectuer une demande), et des populations spécifiques ayant généralement des difficultés à accéder aux soins (gens du voyage, toxicomanes, prostituées, jeunes en errance, sans domicile fixe et grands exclus, précaires, migrants...)

Ces pratiques d'aller-vers sont fondamentales pour prendre en compte l'environnement réel et le contexte entourant les aspects cliniques : évaluation sociale et élargissement des acteurs possibles, maintien sur le lieu de vie... Cette perspective d'intervention « sur site » va de pair avec la nécessité de développer un travail partenarial : les professionnels de santé ont à collaborer et se coordonner avec les acteurs sociaux pour une meilleure prise en charge. Ces pratiques se sont déployées notamment auprès de publics précaires et exclus. Ainsi, depuis la fin des années 1990, les équipes mobiles psychiatrie précarité se sont étendues sur tout le territoire national, comme une antenne avancée des secteurs de psychiatrie. D'autres organismes ont développé cette démarche d'aller-vers, en lien avec une orientation ou un recentrage de leur mission sur des publics qui ont justement des

difficultés d'accès aux soins et ne se rendent pas d'eux-mêmes vers des professionnels de santé : c'est notamment le cas des centres d'examens de santé, des CLAT, des centres de vaccination :

« Pour ceux qui sont pris en charge dans des institutions, ou par des institutions, mon collègue qui est chargé de conseil s'occupe de tout un tas de structures qui vont de pôle emploi à Emmaüs, à tous les CFA, les IFSI, les écoles d'aide-soignante, tout ça, il s'en occupe il va les chercher (...) je me suis rendu compte que ça tournait bien l'activité augmentait, mais qu'on répondait pas forcément à nos directives de dépistage des migrants, (...) j'ai dit : bon ben y a des migrants dans des Cada, on les dépiste pas tous, dans ceux-là y a de la tuberculose, donc on prend notre bâton de pèlerin, on va dans les Cada, les CAO, et on leur propose de tous les dépister »

Avec une inscription dans le temps, ces démarches d'aller-vers sont plus faciles à organiser pour les professionnels de santé, car les relations avec les partenaires sont établies, et ce sont ces derniers qui relaient spontanément l'information aux usagers, et font connaître cette possibilité à d'autres organismes qui pourraient en bénéficier.

« Nous souvent on se déplace dans les structures, pour ce qui est Cada et CAO on va faire certaines consultations sur place, donc c'est plus simple, éventuellement ils sont convoqués au secrétariat du Cada, et voilà. »

« On a trouvé des tuberculoses, on a mis à jour les vaccins, on a trouvé des maladies, on les a envoyés chez le spécialiste, et finalement les Cada nous disent, ah c'est super ! au moins d'instaurer une sorte de cercle vertueux, et si ça marche avec un Cada y a un autre qui va nous appeler. »

L'approche d'aller-vers est à comprendre de façon plus large que l'aller-vers « physique » ou « géographique ». Il s'agit de s'écarter de l'approche courante des structures de soins qui apportent une réponse à une demande spontanée de l'utilisateur, et à proposer aux personnes qui ne sont pas en demande. Au risque parfois d'un interventionnisme, car on peut poser la question de savoir jusqu'à quel point faut-il solliciter les personnes, et dans quelle mesure la seule vulnérabilité justifie une intervention...

« La psychiatrie traditionnelle fonctionne avec cette notion de demande, nous on prend en compte les demandes implicites mais aussi explicites, je crois que bon nombre de personnes qui sont en difficulté ne sont pas en capacité de verbaliser une demande très claire, justement parce qu'elles sont en difficulté, elles sont exclues parce qu'elles ne sont pas en capacité de formuler cette demande. Il me semble que les équipes mobiles ont été créés par rapport à ça. »

« Nous n'avons aucun droit d'exiger de la personne qu'elle aille se soigner. On n'a pas le droit, et la personne a le droit de nous dire qu'elle n'a pas envie de nous dire si elle est souffrante »

« L'objectif c'est nouer le contact, ce n'est pas d'aller les voir et la première fois, c'est quoi vos problèmes de santé ? non. C'est de nouer un contact, et puis au fur et à mesure, y a des demandes qui peuvent émerger. (...)on voit aussi la capacité qu'ils ont de prendre les choses en charge. Et puis alors certains on leur dit, si y a un souci vous m'appellez, d'autres, on est obligé de plus cadrer et de dire : voilà je vais prendre un rendez-vous pour vous à tel endroit, je vous appellerai, je viendrai vous chercher, je...ça dépend »

Les limites de mise en œuvre de cette approche d'« aller-vers » par les acteurs rencontrés sont :

- les possibilités financières et organisationnelles, qui permettent rarement ces pratiques d'aller-vers : temps de déplacement, matériel et locaux non adaptés constituent des freins importants. Particulièrement dans les contextes budgétaires actuels, la démarche d'aller-vers apparaît peu efficiente et coûteuse, au moins à court terme.

« [nom de l'association en addictologie], ils ne vont pas vers, ils n'ont pas les moyens de je pense... le CLAT ont aussi peu de temps et ils ne sont pas beaucoup. C'est pareil on les connaît bien parce qu'ils travaillent sur l'hôpital aussi. Euh... là franchement ça serait un besoin. Le CMP, ils n'ont pas les moyens. Ils ont déjà à la charge des patients avec des pathologies pures et dures identifiées psychiatriques. Je sais même plus s'ils arrivent à faire du secteur. Je crois qu'ils ne sont pas assez nombreux »

- La difficulté à effectuer cette démarche vers les publics qui ne sont accueillis dans aucune structure. Aller directement sur des lieux de vie qui ne sont pas connus, et alors que les soins peuvent nécessiter du matériel, une discrétion et confidentialité ne va pas de soi. En outre certaines populations vulnérables vivent de façon très dispersée sur le territoire et ne sont même pas identifiées. C'est le cas des personnes sans domicile fixe, et de grands exclus qui vivent en marge, refusant toute forme d'hébergement pour différentes raisons (priorisation de l'accueil des femmes et des familles avec enfants, horaires inadaptés, promiscuité, violence entre les personnes, interdiction de boire, refus d'accueillir des chiens...) Les personnes témoignent en effet d'une indépendance, qu'ils revendiquent parfois quitte à se situer en dehors des dispositifs sociaux proposés.

« Il y en qu'on ne voit pas du tout, des SDF, ceux qui sont des migrants qui sont pas pris en charge dans une structure...ils sont passés inaperçus. »

- la volonté des soignants d'effectuer cette démarche, nécessitant des partenariats, une confrontation plus difficile avec ces publics, des horaires et déplacements supplémentaires pour toucher les personnes isolées.

« Avant ça ne se faisait pas parce que le précédent chef de service...disait ça n'a pas d'intérêt de le faire pour les migrants (...) Ben au départ c'était : « pff est-ce qu'ils ont vraiment besoin ? »

« J'ai pas encore fait le Samu social, faut que j'aille les démarcher quitte à passer des soirées avec eux en maraude pour voir et me rendre compte et, que les gens aient l'habitude de ma tête ou voilà. »

Ces démarches sont aussi difficiles pour les populations vivant à la limite de la précarité, populations qui sont relativement isolées avec des difficultés et des profils très variables (jeunes en insertion, personnes âgées en milieu rural, familles monoparentales). Elles peuvent avoir ponctuellement eu un accompagnement, mais les relais sont beaucoup plus difficiles à mettre en place pour les connaître et entrer en relation avec elles, excepté dans un réseau à un niveau très local.

« Je suis un peu comme les pêcheurs, j'ai lancé mes filets là où le rendement était le plus facile, là où globalement ils étaient regroupés, l'ASE, j'ai fait un gros coup de filet, c'était facile quelque part, après pour mettre dans mes filets de la prévention des gens isolés ça va être compliqué. Ça me pose le problème de les connaître, de les inciter à venir, et puis après y aura des problèmes pratiques, la petite mamie de 85 ans, qui est à l'autre bout du département, comment je vais faire ? il faudrait carrément un ramassage scolaire (...) quasiment il faudrait connaître toutes les assistantes sociales, tous les pharmaciens, qui savent que untel untel, untel sont un peu dans la mouise. »

Une médiation à la santé

Même lorsque les populations vulnérables ne sont pas ou plus dans la grande exclusion, elles ne sont pas pour autant en mesure de s'orienter correctement et de façon suivie dans un parcours de soins. Elles ont souvent besoin d'une médiation à la santé. La médiation en santé désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter :

- d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des publics les plus vulnérables, dans la perspective du droit commun en s'appuyant sur l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ;
- d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.

La médiation en santé est un outil porté historiquement par la société civile, puis par les institutions, afin de lutter contre les exclusions et tenter de rétablir une égalité dans l'accès à la prévention et aux soins. La médiation en santé apparaît en partie comme une professionnalisation des « adultes-relais » qui avaient pour fonction d'orienter des publics issus de l'immigration vers les dispositifs d'accès aux droits, de prévention et de soins, de création de la relation et de levée des incompréhensions entre les publics et les professionnels de santé.

La médiation en santé a d'abord été portée par des partenariats expérimentaux entre des associations et la DGS pour gérer des problèmes de santé publique spécifiques à certaines populations (populations migrantes, Roms, gens du voyage...), suite à quoi un certain nombre d'hôpitaux, de centres de santé communautaires, d'Agences régionales de santé ont financé des

postes de médiateurs en santé. Les structures porteuses de ces actions de médiation de santé sont des organismes publics ou privés à but non lucratif œuvrant dans les domaines de la santé y compris les maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé, pôles de santé et collectivités territoriales.

Dans notre région, peu de structures ont pu être identifiées comme faisant une telle médiation dans le domaine de la santé. En revanche, sur les territoires où certains acteurs effectuent cette médiation, ils semblent bien identifiés pour mettre en relation et en confiance les personnes vulnérables avec les professionnels de santé, et pour faciliter leur compréhension mutuelle.

« Les médiateurs, ils donnent cette espèce de lien de confiance. Nous on se rend bien compte, les infirmières, on est 3 vierzonnaises, avec notre teint (rire), ça marcherait moins bien. Ils font tout un travail de mise en confiance qui fait qu'après quand c'est acquis, c'est acquis. »

« Les personnes viennent vers nous, elles ont confiance en une personne, après c'est compliqué, il faut faire le lien, il faut toujours faire un lien. On ne peut pas donner un numéro de téléphone. A certains oui, mais on ne peut pas donner un numéro de téléphone, une adresse, aller là, c'est compliqué pour cette population-là. »

« Ils sortent de la structure d'hébergement et ils sont en appartement autonome, alors ce qu'on se rend compte c'est qu'ils sont autonomes pour tous les gestes ; voilà prendre le bus, aller travailler, ils arrivent à gérer, mais par contre la santé c'est toujours très problématique, eux ils ont du mal à expliquer. Alors nous on est là comme facilitateur pour eux et aussi pour les professionnels de santé, parce qu'on leur rapporte les éléments et c'est beaucoup plus facile de comprendre la situation, et de les soigner. »

La facilitation de la compréhension passe par une meilleure explication aux professionnels de santé des problématiques vécues, une explication des termes techniques aux personnes vulnérables, et parfois une véritable traduction dans la langue de la personne. Les médiateurs sont alors des médiateurs-interprètes, qui donnent une possibilité de mise en relation avec des communautés assez larges de personnes issues de l'immigration.

« [le médiateur] parle les principaux dialectes africains, l'anglais des pays africains qui n'est pas... enfin c'est pas un peu comme l'espagnol en Amérique latine. Le portugais du Brésil qui est aussi un petit peu adapté. C'est déjà bien. Et une autre jeune femme qui était avec nous depuis 1 an et demi, qui était prof de français en Algérie et qui nous fait la traduction arabe et les principaux dialectes associés. Donc ça c'est quand même une sacrée ressource parce que je dois dire que sans eux on ne verrait pas grand monde ».

« Hier on était à la préfecture avec l'autre interprète, tous les messieurs noirs qui entraient, ils venaient lui serrer la main. Ils les connaissent très bien, ou même s'ils se connaissent il y a un espèce de truc de reconnaissance entres eux je sais pas. C'était parfait, on accompagnait un couple de personnes senior, africains également. Enfin voilà, il y a une espèce de connivence entres eux qu'on utilise dans le bon sens du terme. D'ailleurs ça m'a un petit peu épaté, comment ils faisaient pour nous trouver pleins de gens. »

Les personnes en situation de précarité ayant des problématiques de santé importantes et qui vivent de façon autonome à leur domicile ont aussi besoin d'une véritable coordination des soins qui ne peut pas être faite en l'absence de médecin traitant ou par manque de temps de celui-ci. Les médiateurs doivent avoir alors des compétences médicales ou être en contact étroit avec des professionnels de santé qui effectueront ce travail de coordination.

« On fait de l'éducation à la santé à côté, voilà, on prend les ordonnances, on explique les traitements, tout ce que les médecins ne font plus parce qu'ils n'ont plus le temps. »

« Il y a un gros travail de coordination de soins. C'est-à-dire vous faites le lien aussi entre les différents médecins, quand ils demandent par exemple un tas d'exams, les gens sont complètement perdus ils ne savent pas donc vous faites le lien. »

Développer l'interconnaissance entre acteurs et leurs partenariats dans la durée

L'articulation entre les dispositifs (dédiées ou non aux populations vulnérables) est à améliorer, à la fois :

- pour faciliter la globalité de la prise en charge des personnes précaires, avec les acteurs des secteurs sociaux, médicosociaux, et sanitaires ;
- et pour limiter les risques de rupture lors des sorties des personnes d'un dispositif.

Des temps de rencontre et de coordination sont en effet nécessaires, en dehors des situations particulières, pour comprendre les problématiques, les fonctionnements, et pour établir des principes permettant de fluidifier les parcours des personnes vulnérables et d'utiliser au mieux les ressources disponibles pour l'accompagnement.

« Du fait que les gens se connaissent de mieux en mieux parce qu'on les fait travailler ensemble, ils savent comment s'interpeler. »

Ces temps de rencontre et d'échange sont difficiles à mettre en place et à pérenniser. En effet :

- ils reposent beaucoup sur la volonté et les initiatives d'individus. La formalisation des partenariats peut pérenniser les collaborations interpersonnelles, mais reste difficile à envisager de façon généralisée pour différentes raisons : manque de temps pour élaborer précisément et réactualiser des conventions, partenaires qui peuvent être très nombreux, caractère très ponctuel de certaines collaborations.

« Il faut que ce travail entre le social et le sanitaire se fasse toute intelligence. Mais pour l'avoir expérimenté ça fonctionne si on se parle. Si on est en capacité à trouver un médecin qui vous écoute, un médecin hospitalier, si on arrive à trouver un médecin psychiatre ou un chef de service qui a envie de travailler avec les structures comme nous. »

« Alors partenariat, c'est pas vraiment, il n'y a pas de convention mais ici on a de très bonnes relations avec le médecin de X. (...) Après à force, notre infirmière a des bons liens avec l'ophtalmo de X des choses comme ça elle s'est créé son réseau je dirais mais il n'y a pas de choses écrites sur le marbre. »

- le manque de temps pousse les acteurs à se concentrer sur leurs missions principales
- le travail en réseau est peu valorisé, en dehors de d'une reconnaissance symbolique (un groupe de coordination précarité n'est ainsi plus animé au niveau local par manque de moyens).
- l'absence de porteur désigné de la coordination pour les populations vulnérables sur un territoire donné. Or certaines organisations ont déjà pour mission la mise en relation et l'interconnaissance des partenaires au niveau d'un territoire et peuvent effectuer ce travail pour l'accompagnement des populations précaires visées par le Praps (contrats locaux de santé, conseils locaux de santé mentale, MAIA).

« On s'est dit : il faut qu'on fasse l'interface avec les structures de l'extérieur qui sont en difficulté, donc tous nos partenaires, les CHRS, la Croix-Rouge française, qui étaient effectivement en difficulté quand ils appelaient le Samu, donc on a mis en place un certain nombre de réunions, pour qu'ils nous expriment effectivement leurs difficultés, que nous on exprime les difficultés dans notre sens, et puis on est arrivé à la création d'une feuille de liaison, de la même manière qui n'a pas été mise en place on a pas été jusqu'au bout faute de temps...et puis là on est arrivé dans la période où on était vraiment saturés, et donc le groupe précarité s'est arrêté »

Au-delà du travail et du temps de coordination en amont, il est nécessaire de s'accorder sur les outils de communication qui permettent d'inclure l'ensemble des partenaires concernés par une situation. Pour de multiples raisons, les populations vulnérables sont amenées potentiellement à fréquenter de nombreux professionnels de santé, du secteur social ou médico-social : problématiques économiques, sociales, et de de santé importantes, parcours de migration des étrangers, changements de structures d'hébergement, de prise en charge avec l'évolution des statuts et des droits, exclusions, refus de soins... Cette multiplicité d'acteurs, notamment de santé, implique une difficulté à obtenir l'ensemble des informations de vie et les antécédents médicaux de la personne. Les professionnels de santé ont rarement accès à un dossier médical tenu à jour par le patient, et sont donc assez dépendants des transmissions d'informations par d'autres structures et professionnels de santé. Trop souvent, par défaut de transmission, des examens sont renouvelés plusieurs fois à des intervalles de temps réduit. C'est notamment le cas quand l'angoisse du patient suscite des demandes de soins et de multiples examens.

« Parfois ils viennent d'un autre département et comme on est dans l'incapacité de savoir ce qui s'est fait, bah on recommence. C'est complètement fou, c'est de la folie pure, ça coûte du fric, ça coûte une énergie folle et on ne sait pas ce qui s'est fait. C'est hyper compliqué de savoir que le mec a été en Ile de France et on ne sait pas »

« Il y a les gens qui somatisent énormément enfin qui sont toujours en demande, des fois vous freinez un peu les choses parce que sinon...ils s'en vont passer des examens à l'hôpital et puis passer les mêmes à la polyclinique après. Il faut faire attention à ça. »

« Le problème c'est ça, ils arrivent à un endroit, ensuite on leur demande d'être hébergé à un autre, il passe à un autre, un autre, ce n'est pas la peine de refaire les examens »

Des outils existent pour transmettre ces informations, mais sont inégalement employés, et par conséquent moins gages de fiabilité. Par exemple, la dématérialisation rendue possible par le DMP constitue *a priori* une solution intéressante pour répondre à la problématique du suivi médical des populations précaires, mais trop peu de professionnels utilisent actuellement ce système, et la création d'un DMP pour ces publics ne semblent pas simples aux acteurs rencontrés qui ont évoqué ce sujet⁶². Si Les informations susceptibles d'être apportées par informatique par le DMP, sont en pratique encore peu recherchées et exploitées, c'est soit parce que les professionnels ne disposent pas des outils informatiques et d'une interface pratique pour utiliser simplement le DMP, soit parce que les patients en situation de précarité n'ont pas de dossier créé, ou que les informations n'y sont pas déposées.

« Pour l'instant on est un peu en bug sur le DMP, techniquement on ne l'a pas...là je vais essayer de voir ce que je peux faire...il faut qu'on ait un médecin et une infirmière qui ait un numéro professionnel, et ce n'est pas le cas, parce qu'ils ne sont pas sur une activité qui permet de faire ça. C'est le cas des MAIA aussi, qui sont sur un métier de coordination, mais qui n'ont pas accès (...) le DMP c'est quand même mal fichu, par rapport à ce point-là. »

« Moi j'ai dit à la sécu qu'on leur fasse un DMP, ce n'est pas possible. Non, les précaires c'est eux qui en ont le plus besoin mais ce n'est pas possible parce qu'ils n'ont pas de carte vitale. Ils n'ont pas de carte vitale donc vous ne pouvez pas. Donc un SDF qui n'a pas de carte vitale c'est pareil. Donc les gens qui en ont le plus besoin, on ne peut pas parce qu'il manque un petit bout de plastique alors que c'est des gens précaires qui vont pas se promener avec leurs dossiers, qui vont automatiquement changer de crémerie, aller voir tel docteur puis un autre parce qu'ils ont bougé ou parce que voilà c'est comme ça. Aucun moyen de faire le lien. »

Convaincus de ne pas y trouver ce qu'ils cherchent, certains professionnels préfèrent utiliser des outils en support papier (fiches de liaison) et rechercher les informations auprès d'autres professionnels par un contact direct.

« Nous quand on fait l'admission, on demande tout ce qui est carnet de santé, ce qui a été fait (...) ce qu'on constate nous c'est qu'il y a eu de la carence. Il n'y a pas eu de suivi je dirai plus précis que ça au niveau des familles et nous, on rattrape un peu tout ça.

⁶² Cette situation sera sans doute amenée à évoluer avec les développements du DMP, et l'objectif de sa généralisation à terme

« Donc là on va essayer de récupérer en Ile-de-France, la Croix-Rouge a donné aux migrants et aux précaires des carnets de santé. Donc là on va essayer d'en récupérer mais je ne sais pas si on va y arriver et à condition qu'ils ne le perdent pas. »

Le manque d'outils de communication partagé est un problème aussi échanger entre professionnels de santé et des autres secteurs, avec la sécurisation des données et le secret médical.

« Clairement ce qu'il nous manque aujourd'hui c'est l'outil pour communiquer autour d'un patient parce qu'il faut son autorisation et il faut un système d'informations partagés sécurisé, qu'on n'a pas nous les professionnels non médicaux. Entre libéraux médicaux ils ont des messageries de santé. Un médico-social versus un infirmier libéral on ne peut pas. Donc ils s'appellent ou s'envoient pleins de mails. Ce qui nous manque aujourd'hui c'est ce système d'information. [...] »

Enfin d'autres structures communiquent plus directement avec les professionnels de santé en profitant de l'accompagnement physique de l'usager pour transmettre et récupérer de façon complète les informations nécessaires, prenant en compte la situation de précarité. Ces déplacements physiques sont cependant chronophages et les personnels détachés pour cela ne sont plus disponibles pour l'accompagnement des usagers restés au sein de la structure.

« On essaye d'y aller pour avoir les bonnes infos parce que niveau communication entre un interne de l'hôpital ne se rend pas du tout compte de la situation des gens sur la pathologie « là ça fait ça », « faut faire ça », « donc là vous lui mettez des semelles orthopédiques », « elle ira voir le dentiste » (rire) « puis des lunettes hein ! ». Ça ne marche pas comme ça, donc là on essaye de prendre les bonnes infos, et on mobilise un soignant à chaque fois. Sauf que je dépouille ici alors qu'on a encore 25 patients à côté. »

D. Des ressources inégales et peu lisibles selon les territoires

1. Une présence inégale des dispositifs selon les territoires

Certains dispositifs ont vocation à exister sur tous les territoires mais ne sont pas encore développés partout, ou pas en nombre suffisant pour couvrir les besoins de leur échelon territorial : les EMPP ne sont pas déployées actuellement sur le Cher ou le Loiret, le département d'Eure-et-Loir ne dispose à ce jour d'aucune place d'ACT (même si l'ARS a lancé un appel à projet pour cela en 2019), les places de Lam actuellement sur Tours sont encore en nombre insuffisants... d'autres types de structures manquent ici ou là en dehors des grandes villes : centre thérapeutique dédié aux addictions, dispositif « un chez soi d'abord », EHPAD pour personnes en situation de précarité avec un état de santé dégradé précoce...). En l'absence de ces structures, les autres dispositifs ne peuvent pas bien accompagner certains usagers pourtant présents sur leur territoire.

Les zones rurales disposent de façon générale et récurrente de trop peu de moyens dédiés à ces populations vulnérables. L'efficacité des dispositifs sociaux et de santé pousse à concentrer les aides et structures les unes à proximité des autres, dans les centres ville, là où se concentrent également les populations en difficulté. Les populations vulnérables qui ne vivent pas dans les grands centres urbains, ni même dans les villes de taille moyenne ou petite, ont de grandes difficultés d'accès aux dispositifs qui n'effectuent pas de permanences locales, de déplacements à domicile, et d'autres démarches d'aller-vers. Par exemple, du fait de leur implantation dans les hôpitaux, les Pass restent peu accessibles aux populations en milieu rural. Mais de manière générale c'est toutes les ressources spécialisées en santé qui leur sont difficilement accessibles.

« Au niveau des suivis psychologiques, pour certains, la grosse difficulté dans le département, c'est la démographie médicale, c'est la proximité des services de droit commun, CMP en l'occurrence, quand vous êtes dans le nord du département le premier CMP Buzançais c'est à 50km, donc on a toute cette population qui est quand même exclue de par le manque de proximité »

Si la question de la mobilité est importante en milieu rural, elle n'épargne pas totalement les populations démunies dans les villes mêmes, où elles n'utilisent pas les moyens de transport à disposition.

« Certaines personnes ont du mal à se déplacer parce qu'elles n'ont pas de carte de transport. Même si on essaye de les orienter vers cet accès, on essaye d'avoir des tarifs très réduits des transports selon la situation de la personne. On travaille là-dessus aussi mais ils ont du mal à accepter même payer 10 euros par mois pour avoir un accès et éviter de prendre des amendes quoi. Des fois c'est très compliqué ».

En tout état de cause, tous les dispositifs ne pouvant être étendus et multipliés sur les territoires, il est nécessaire que ceux-ci soient bien connus et parfaitement intégrés au réseau de prise en charge et d'accompagnement des personnes en situation de précarité.

2. Un manque de lisibilité des ressources disponibles

Or il apparaît que les ressources effectivement disponibles sur les territoires manquent souvent de lisibilité. Cela résulte de la présence variable de ces dispositifs selon les territoires, de la méconnaissance des partenaires et des liens aléatoires entre professionnels au niveau local, des variations des fonctionnements d'un même type de structure, d'un territoire à l'autre, en fonction de l'organisme porteur, de son historique, du public sur le territoire et des autres ressources existantes.

Certains dispositifs n'existent pas sur tous les territoires, ont des zones d'intervention qui ne couvrent pas toutes les populations, comme nous l'avons vu avec des dispositifs spécifiques dédiés aux populations vulnérables encore déployés partiellement (EMPP, Pass psy, ACT)

Il ressort aussi des entretiens que les dispositifs dédiés aux populations vulnérables, même lorsqu'ils sont implantés depuis longtemps ne sont pas bien connus des acteurs rencontrés, à la fois dans leurs missions et leurs publics réels. Certaines Pass ne sont pas clairement identifiées, et les acteurs extérieurs qui les connaissent leur adressent des patients parfois en dehors de leurs champs réels d'action. Il en va ainsi des personnes présentant comme « seule » difficulté de ne pas avoir de médecin traitant, ou plus souvent des « migrants » quels que soient leur statut et leur couverture sociale...

« Même au niveau des services, les professionnels ne connaissent pas [la Pass]. Les professionnels de l'hôpital ne connaissent pas ce service, c'est vrai que ça arrive de passer un examen en urgences. Moi je suis arrivé devant une secrétaire en lui disant « bah si c'est madame machin, l'assistante sociale de la Pass » « oui, mais je ne la connais pas, je ne la connais pas » alors qu'ils sont dans le même couloir presque. »

« On a 95% d'étrangers, et 5% de français, et on est étiqueté, c'est un de nos problèmes : consultations des migrants, des étrangers...des fois ici y a des médecins qui m'envoient... « mais non il a une sécurité sociale il a pas besoin de venir me voir. » c'est pas parce qu'il parle mal la France...c'est pas parce qu'on est étranger qu'on vient à la Pass. »

Cette méconnaissance des missions et du public pris en charge résulte de plusieurs facteurs : empilement de nombreux dispositifs, successivement expérimentés, créés, supprimés, remplacés ; et d'une variabilité des pratiques au niveau local, plus ou moins importante selon le type de structure considérée. Les organisations différentes selon les territoires, les évolutions parfois rapides de certaines structures, dans leurs missions ou leurs moyens (mutualisés avec d'autres structures qui leur sont adossées), brouillent l'appréhension globale des ressources disponibles. Les exemples développés précédemment sur les EMPP, Pass, CES, LHSS montrent bien l'ampleur des variations des organisations et des actions effectives de chaque structure.

La situation est à certains égards similaires dans le champ social, où les structures et associations présentes sur les territoires n'effectuent pas les mêmes actions et ne touchent pas le même public. Ainsi, les épiceries sociales n'ont pas toutes les mêmes règles d'éligibilité : certaines accueillent des publics qui rencontrent des difficultés ponctuelles d'autres des situations de précarité plus structurelles, certaines développent en plus des actions collectives⁶³. Les maraudes peuvent être effectuées par des salariés ou bénévoles qui n'ont pas les mêmes qualifications. Dès lors qu'elles intègrent des travailleurs sociaux, les équipes de rue peuvent alors faire de l'accompagnement aux droits et aux soins. Effectuant aussi leurs tournées sur des horaires ou des territoires différents, elles ne touchent pas les mêmes populations. Par exemple, dans le cadre d'une même association, sur l'agglomération d'Orléans, une maraude s'inscrit en complémentarité avec les autres ressources disponibles pour les personnes sans domicile, ce qui se traduit par un centrage sur la mission d'orientation. Sur l'agglomération de Montargis, elle répond plus directement à une demande de lien social et d'aide alimentaire. De manière générale, il est difficile pour les partenaires de connaître précisément les missions, les règles d'éligibilité de toutes les structures qui existent et évoluent.

⁶³ Étude qualitative sur les épiceries sociales et/ou solidaires (concept et fonctionnement), étude menée par ASDO Etudes à la demande de la Direction de la Cohésion Sociale, mars 2017

« On n'est pas là nous sur le fait de donner un manger aux gens à la rue, vraiment notre mission c'est du recueil d'informations et d'écouter les personnes pour savoir où elles en sont dans leur situation et pouvoir après les orienter vers des structures. Autant structures d'aides sociales, autant associations qui peuvent leur apporter de l'aide et tout ce qui va être les services d'accès l'hygiène et à la santé. »

« Là y a un abri de nuit pour femmes qui a ouvert, avant ça n'existait pas sur Blois...les femmes si elles avaient des enfants de moins de 3 ans elles étaient prises en charge par le conseil départemental, à l'hôtel, mais si seule, ou avec des enfants de plus de 3 ans...voilà y avait pas de dispositif pour les accueillir. Mais on sait pas encore comment ça fonctionne et comment ça se passe, savoir qui ils accueillent, comment, quoi ? y a sûrement des conditions... »

Les besoins et demandes des populations sur les territoires dépendent des contextes sociaux, économiques, historiques. Les acteurs qui accompagnent les populations vulnérables s'adaptent à ces contextes, et s'inscrivent dans un environnement local de partenaires, qui répondent déjà plus ou moins à certains besoins. Les parcours possibles des personnes vulnérables sont donc très dépendants des configurations des acteurs sur les territoires. Si la variabilité des réponses locales est nécessaire pour mettre en adéquation les besoins des populations et les ressources des acteurs, elle a pour conséquence une méconnaissance des missions précises. Pour tous les professionnels qui n'œuvrent pas principalement dans le champ de la précarité, il peut être difficile d'orienter le public vers les bonnes structures. Comme dans d'autres domaines, la multiplication des structures, la complexité des législations, rendent l'organisation globale des parcours de santé difficiles à appréhender, à la fois au niveau institutionnel, pour les professionnels de terrain ; mais encore plus pour les personnes à faibles ressources financières et culturelles.

E. Une prise en charge des situations de précarité-santé en tuyaux d'orgue

1. Une forte spécialisation des réponses

Les populations vulnérables présentent fréquemment un cumul de problèmes intriqués, ce qui rend particulièrement difficile leur prise en charge. Les professionnels d'un champ se sentent démunis pour résoudre à eux seuls les difficultés rencontrées par ces populations. Les intervenants sociaux ne se sentent pas compétents pour les accompagner dans leurs démarches de soins ; tandis que les professionnels de santé ont du mal à comprendre comment résoudre ou faire avec les difficultés d'ordre social. Peu de structures ont une fonction généraliste. Lorsqu'une personne se présente à un acteur social ou de santé, c'est pour obtenir le bénéfice d'une prestation particulière, et/ou parce qu'il fait partie de la population cible de cet acteur. Telle structure d'accueil ou association est dédiée aux migrants, aux mineurs, aux femmes victimes de violence...

En matière de santé, certaines structures se limitent à la prise en charge d'un seul type de pathologie : les structures d'addictologie, de psychiatrie ne s'occupent pas des autres problématiques de santé. D'autres structures visent spécifiquement une population définie par des

conditions de ressource, de vie (ne pas disposer de logement, être en dessous d'un seuil de revenus) et affectée par des types de pathologies (temporaires pour les LHSS, chroniques et de pronostic sombre pour les Lam, psychiques pour les EMPP).

Si cette spécialisation a ses intérêts, elle est peu adaptée aux populations en situation de précarité pour lesquelles les questions de logements, d'emploi, d'aides financières et sociales, ou de santé sont mêlées. Celles-ci ont besoin d'un accompagnement global, qui comprend du temps pour l'accompagnement administratif et social, du temps pour être entendu, compris (en dehors d'une prise en charge psychologique) du temps pour une éducation thérapeutique, l'explication des traitements que ne font pas tous les soignants.... Elles ont aussi besoin d'une considération plus globale pour leur personne et pas seulement pour l'aspect spécialisé qui concerne le professionnel particulier.

« Pour un certain nombre de personnes, y a pas d'espace où on peut les entendre eux. Pas en tant que RSA, pas en tant que mère d'enfant placé, pas en tant que malade cardiaque, eux quoi... »

Si de nombreux dispositifs sociaux et de santé sont spécialisés, et parfois très fortement, les dispositifs de santé adaptés aux populations vulnérables (LHSS, Lam, Pass, EMPP, ACT, Samsah psy...) combinent mieux les compétences en matière sociale et sanitaire, et sollicitent les partenaires dont ils ont besoin pour répondre à l'ensemble des problématiques des personnes. Mais les dispositifs dédiés ne peuvent pas répondre à toutes les situations complexes, et il convient aussi de favoriser plus largement un décloisonnement des secteurs (social, médico-social, sanitaire, psychiatrique) pour que les situations des populations vulnérables soient traitées de façon plus cohérente et intégrée dans tous les lieux d'accueil et de prise en charge.

2. Une prise en charge fractionnée dans le temps

En théorie, le parcours des personnes vulnérables est censé aller vers une stabilisation progressive du logement, des ressources, et de l'autonomie. De façon cohérente avec cette vision, différents dispositifs ont été créés, avec des niveaux d'autonomie et d'insertion progressive : mise à l'abri via le 115, hébergement d'urgence, de stabilisation, d'insertion ; logement intermédiaire (résidences sociales, FJT, maisons relais) et logement autonome (HLM...) Certains acteurs exposent d'ailleurs très bien l'ensemble des structures d'hébergement existantes, dans le cadre d'un parcours par étape vers la réinsertion sociale :

« Vous allez rencontrer les services de proximité, les équipes de rue, les hébergements d'urgence, les abris de nuit, les SIAO etc. donc ça c'est ce qu'on appelle globalement l'urgence sociale et ensuite vous avez l'insertion sociale dont les CHRS font partie, qui va du logement jusqu'à l'ensemble des solutions des problématiques des personnes. On est sorti de l'urgence donc on pense que les personnes qui vont venir chez nous, sont en

capacité à passer cette étape de l'urgence à la mise en autonomie progressive, longue avec des délais etc. ça c'est CHRS et ensuite vous avez les établissements un peu plus pérenne. Vous avez les maisons sociales, les maisons relais et puis le logement accompagné ou autonome. Ça c'est la cohésion sociale. Tout ça est financé par l'état, tout ça est le processus de réintégration citoyenne des personnes en précarité. »

Chacune de ces étapes n'a qu'une durée limitée, pour que la personne évolue vers une plus grande autonomie, ou un autre statut. Les solutions existantes d'hébergement s'inscrivent assez peu dans la longue durée. A l'exception des maisons-relais, et hébergements de stabilisation, les personnes vulnérables n'ont pas vocation à rester durablement dans ces lieux de vie : Les hébergements d'urgence sont, par définition, une réponse temporaire, les CHRS accueillent sur une période de 6 mois renouvelable, les résidences sociales 1 mois renouvelables, les Cada ne sont dédiés aux demandeurs d'asile que le temps de l'examen de leur demande etc.⁶⁴

De la même façon que pour le logement, certains dispositifs de soins accessibles aux populations vulnérables n'ont qu'une vocation temporaire de soins : les LHSS, dans leur principe, ne prennent en charge les patients que pour une durée de 2 mois (période certes renouvelable, en fonction de l'évolution de la pathologie) ; un dispositif comme les ACT, qui a une mission de coordination des soins, et un volet médical et social, arrêtera sa prise en charge dès lors que la pathologie évolue ; les Pass n'ont pas en principe de durée limitée, mais par manque de moyens, elles peuvent être amenées à cette pratique (en ne soignant par exemple que les personnes qui n'ont pas encore de couverture sociale, et les incitant à aller voir d'autres acteurs une fois leurs droits ouverts).

Les dispositifs ont également un caractère temporaire parce qu'ils s'adressent à une population particulière, une catégorie administrative. Les populations dont le statut change ont également à changer de structures. Ces changements de statuts ont lieu par exemple lors du passage à l'âge adulte, ou à une barrière d'âge ouvrant droit à des prestations pour personnes âgées, à l'arrivée ou au départ d'enfants...

3. Prises en charge spécialisées et temporaires : le risque de ruptures

Cette juxtaposition de prises en charge se traduit bien dans la parole des professionnels, qui ont souvent conscience de ne travailler que sur une problématique, de ne représenter qu'une « étape » dans le parcours des personnes, un « maillon » de la chaîne, que les personnes doivent emprunter.

« Dans le texte il n'y en a pas (de durée). Dans les faits on est sur en moyenne nationale 18 mois...la vocation c'est d'être vraiment une étape. Après si y a besoin ça peut durer plus longtemps. »

« Nous on est une étape, on est une étape des personnes à la rue et qui ne sont pas en condition de bien se soigner, l'idée c'est d'avoir un hébergement, des professionnels

⁶⁴ Les personnes déboutées ont 1 mois de délai pour quitter le CADA après avoir reçu leur réponse. Pour les personnes obtenant le statut, 3 mois leur sont généralement accordés pour permettre d'aboutir à une autre solution

autour qui vont permettre l'accès aux soins, du coup ça a du sens parce que la maladie évolutive soit elle évolue vers une guérison et donc la personne après elle va pouvoir repartir sur un hébergement classique, soit y a une évolution fatale et du coup on accompagne aussi ça ».

« Attention ce n'est pas une prise en charge globale notre boulot. Nous nous sommes garants de prévoir une prestation d'hébergement des personnes qui ont besoin de recréer du projet d'insertion... nous sommes une toute petite partie du parcours de la personne. »

Cet enchaînement d'« étapes » ne permet généralement pas de stabiliser les personnes, car il suppose une fluidité et une articulation entre les dispositifs. Or nous avons constaté qu'il existe un manque de place dans nombre de structures pour les personnes vulnérables, comme en témoignent leurs listes d'attente. Les dispositifs étant saturés, le risque est que les personnes passent d'une réponse à une autre réponse, plus en fonction des disponibilités de ces derniers, mais sans que ces passages soient inscrits dans une trajectoire cohérente. Les changements de structures vont parfois aussi de pair avec des changements de territoire, avec le devoir pour la personne de renouer des relations avec des professionnels de santé, de transmettre les informations et les dossiers médicaux. Ces changements comprennent donc le risque d'arrêt de prises en charge ou d'accompagnements qui sont indépendants des structures d'hébergement. Beaucoup de personnes sortent enfin, à un moment ou l'autre, d'un dispositif sans véritable solution d'aval...ce qui crée autant de ruptures dans les parcours de vie et de santé. Une telle sortie des dispositifs pour un usager sans domicile, et sans aidants familiaux et/ou amicaux se traduit par un temps à la rue ou en structure d'urgence, en attente d'une autre solution adaptée. Les passages à la rue s'accompagnent fréquemment de consommations d'alcool et de drogue, d'une insécurité, et au final d'une aggravation des troubles du comportement.

Même quand la question des disponibilités et des délais n'est pas problématique, il existe un manque d'articulation entre certaines structures qui ne facilite pas les transitions. La méconnaissance des partenaires et l'absence de lien préexistants entre les professionnels de ces structures est en partie à l'origine de ce manque d'articulation. L'anticipation des entrées et sorties n'est de toute façon pas évidente : les parcours des personnes ne sont pas linéaires ; et des évolutions des disponibilités pour tel ou tel profil dans les structures d'aval ne sont pas connues d'avance.

« On a un monsieur qu'on accompagne, s'il retourne tout seul, ça risque de pas tenir, alors que si il a son appartement mais qu'il a une équipe qui le suit, même si c'est une heure par semaine, ça peut maintenir quelque chose... »

Les SIAO permettent d'améliorer la connaissance des places disponibles à court terme, et de fluidifier en partie les parcours entre les structures d'hébergement. Mais du fait du manque de places, ils peinent à proposer des solutions durables d'hébergement et de logement, qui sont une condition préalable à l'accès aux soins et au rétablissement de la santé des personnes⁶⁵. De plus, si les SIAO sont à l'origine des orientations sur les structures d'hébergement, ils ne maîtrisent pas l'ensemble

des parcours des personnes. L'évaluation du maintien ou de la sortie reste gérée localement au sein de chaque structure. La priorisation des publics accueillis ou non dépend donc de plusieurs organismes, qui peuvent avoir des appréciations différentes de leur mission, de la situation réelle des personnes bénéficiaires, et des priorités à donner.

Une autre limitation actuelle des SIAO vient du fait qu'ils ne peuvent pas en pratique bien connaître les éléments médicaux des personnes ni orienter vers des dispositifs sanitaires. En effet, leurs équipes ne comprennent pas de professionnels de la santé (infirmiers, médecin, psychiatre, etc.) susceptibles d'effectuer une évaluation médicale, et les intervenants sociaux ne sont pas habilités à avoir connaissance des pathologies des personnes⁶⁶. Les admissions vers des dispositifs médicaux type LHSS, Lam, ACT ne peuvent de plus se faire que sur décision d'un médecin de la structure.

« La plateforme SIAO ne gère pas actuellement, ne dirige pas des personnes sur des structures de soins. Je m'explique, sur le département aujourd'hui vous avez des appartements de coordination thérapeutique, vous avez des LHSS et bien on peut orienter vers les structures, vers les travailleurs sociaux de ces structures mais ce n'est pas nous qui pouvons dire...Parce qu'on est sur des établissements médico-sociaux, et l'entrée se fait par validation d'un médecin. Alors que sur l'hébergement, aujourd'hui, même si on a 10 opérateurs qui sont patrons dans leurs établissements, l'orientation c'est le SIAO qui la décide. »

Etablir un diagnostic pertinent sur la situation des personnes en intégrant pleinement la dimension santé, pourrait passer par l'établissement de partenariats entre les SIAO et les acteurs de santé. Cependant, travailler sur la coordination d'acteurs et la mise en place de nouveaux partenariats suppose pour les SIAO de dédier du temps et des ressources humaines adaptées dans un contexte où les SIAO sont fortement sollicités sur des questions d'urgence et ont d'abord eu comme priorité de coordonner les acteurs sociaux, et de l'hébergement⁶⁷.

« La clé d'entrée au 115 ou au SIAO généralement c'est la problématique d'hébergement. Du coup on va d'abord résoudre ce problème parce que le problème il est vital. Il fait -4 dehors, on n'a pas de toit sur la tête il faut qu'on soit hébergé. Et par contre l'opérateur lui qui est en contact, qui accueille physiquement, il va installer la personne dans la chambre, il va pouvoir voir les choses et c'est à ce moment-là que la mécanique doit se mettre en place.»

Les relais à la sortie des dispositifs, notamment quand il s'agit de retour à un domicile, sont difficiles à assurer. Les populations vulnérables n'ont pas nécessairement retrouvé l'autonomie nécessaire pour leurs conditions de vie, et pour maintenir le suivi de leur santé.

⁶⁶ Pratiques inspirantes des SIAO, ANSA DGCS, Avril 2018

⁶⁷ idem

« J'ai mis en place un infirmier libéral qui va passer dans son appart enfin dans son appart parce qu'on vient de lui trouver un appartement parce qu'il a été viré de partout. (...) Mais j'ai repris rendez-vous avec son psychiatre, les infirmiers du secteur qui sont censés passer le voir et qui ne sont jamais venus le voir et qui ne se déplaceront pas non plus pour faire le relais car c'est leur mission par la mienne. Moi je ne suis pas censé m'occuper de son suivi psy mais je vais le faire quand même. On va tout baliser pour que le maximum de chose soit mis en place à l'extérieur »

A défaut de pouvoir régler le problème de la saturation et de l'émiettement des dispositifs, il semble indispensable de prévoir des passerelles et des relais d'une structure à l'autre en amont et en aval, et pour des périodes temporaires, même s'il peut être parfois difficile d'anticiper les besoins. En évitant que les personnes aient besoin de solliciter de multiples professionnels, et de façon répétée, les risques de rupture dans leurs parcours seront plus limités. Par exemple, certaines solutions d'accueil et d'accompagnement peuvent être envisagées dans un partenariat avec plusieurs dispositifs, avec des allers et retours possibles sur l'un ou l'autre en fonction de l'évolution de la situation de la personne. L'exemple suivant illustre une configuration possible avec un ACT et un Samsah psy.

« On s'est rendu compte très rapidement que l'intervention du Samsah psy elle allait vraiment être très proche de celle que nous on allait pouvoir faire dans les appartements, donc on s'est réunis et on a décidé que les ACT faisaient l'accompagnement, que le Samsah restait présent pour créer le lien, et la confiance avec le monsieur, et que quand on allait travailler la sortie on allait faire l'inverse, c'est-à-dire que le Samsah psy prendrait le relais et que nous on garderait un petit...et on sait que si le monsieur il décompense on peut appeler le docteur, et...c'est vraiment la sécurité du patient mais aussi de l'équipe »

« Il faut qu'on fasse des deals, par exemple l'hôpital quand ils nous orientent quelqu'un c'est « ok, mais au moindre pépin vous reprenez la personne », on est toujours dans ces deals là...quand on atteint nos limites, il faut qu'il y ait un relais qui soit organisé dès le début en fait, sinon c'est pas possible »

Problématiques transversales aux dispositifs dédiés aux populations vulnérables

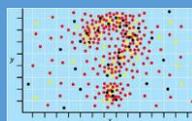
Éléments clés

La saturation des dispositifs



- une prise en charge tardive des personnes ;
- des sorties prématurées avec des solutions imparfaites d'aval (souvent pour intégrer de nouveaux bénéficiaires)
- une absence de solutions pour certains publics en situation de précarité. (malades psychiatriques non stabilisés, personnes vieillissantes sans domicile, grands exclus, non-demandeurs de soins)
- un investissement faible dans des démarches d'aller-vers pour toucher les publics-cibles

L'implantation et l'organisation des dispositifs



- Une présence inégale des dispositifs selon les territoires, et des manques importants en milieu rural
- Une faible lisibilité des ressources existantes
- Une prise en charge des situations de précarité-santé en tuyaux d'orgue
- Des coûts secondaires de santé et d'accompagnement qui impactent fortement les structures (aide au transport pour les consultations médicales, médiation en santé, coût des traducteurs, démarches administratives, sociales, d'insertion, coordination, frais de pharmacie, et des traitements de maladies lourdes)

Les défauts d'articulation et de coordination entre acteurs



- L'absence de solutions durables pour les populations exclues et malades psychiques qui cumulent des difficultés de nature différente, et nécessitent plusieurs compétences spécialisées
- Des parcours marqués par des risques de ruptures à chaque étape
- Une articulation et des partenariats entre acteurs à construire et consolider

Préconisations

Au regard des problématiques exposées ici par les professionnels, dans l'attente de disposer du regard des usagers, il apparaît souhaitable de :

Mieux repérer la vulnérabilité

- Encourager un repérage de la vulnérabilité plus systématique lors des passages dans les services hospitaliers, et une orientation consécutive vers les services sociaux concernés ;
- Accompagner et encourager certaines structures de santé dans la priorisation de leur action en direction de publics cibles vulnérables (CES, centre de vaccination...) ;

Favoriser l'accessibilité aux ressources par la médiation en santé, l'aller-vers et le soutien à la mobilité

- Favoriser le maintien et le développement des associations de médiations en santé, sans conditions d'accès et de durée, pratiquant l'aller-vers et permettant l'orientation dans un parcours de santé pour les personnes en situation de grande exclusion et les personnes en situation de précarité restant à leur domicile ;
- Favoriser plus généralement les démarches d'aller-vers des acteurs de santé, en s'appuyant sur les acteurs déjà au contact des populations vulnérables (maraudes, aide alimentaire...) ;
- De trouver des solutions d'aide au transport adaptées aux populations vulnérables en milieu rural, leur permettant de bénéficier des accompagnements et soins disponibles dans les agglomérations ;

Utiliser de plus larges ressources pour les personnes avec troubles psychiques

- Former les équipes soignantes (non psychiatriques) et sociales aux troubles psychiques, et soutenir leurs personnels face aux difficultés rencontrées dans l'accompagnement de ce public ;
- Etablir en amont les relais possibles entre ces équipes avec la psychiatrie, ou les services susceptibles d'accompagner ces publics à domicile ;
- Adapter des lieux de vie et de soins aux problématiques multiples des malades psychiques et grands exclus, en encourageant les partenariats établissant des possibles allers-retours des usagers entre les structures, ou des prises en charge conjointes (trouble psychiques/addictologie ; maladie chronique/trouble psychique...) ;

Coordonner les acteurs et les parcours des personnes

- Prévoir dès l'entrée dans un dispositif des passerelles et des relais d'une structure à l'autre en amont et en aval, et pour des périodes temporaires, même s'il peut être parfois difficile d'anticiper les besoins ;
- Valoriser les temps de coordination entre acteurs, et relancer les instances de coordination locales dédiées aux populations en situation de précarité.

Liste des sigles

ACS : aide à la complémentaire santé
ACT : Appartement de coordination thérapeutique
AME : aide médicale d'Etat
ARS : agence régionale de la santé
Cada : Centre d'accueil de demandeurs d'asile
CAO : Les centres d'accueil et d'orientation
CCAS : Centre communal d'action sociale
CES : Centre d'Examens de Santé
CESF : Conseiller en économie sociale et familiale
CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CLAT : Centre de Lutte Anti Tuberculose
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMP : Centre médico-psychologique
Creai : Centre Régional d'Etudes d'Actions et d'Informations
Csapa : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DMP : Dossier Médical Partagé
Ehpad : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMPP : équipe mobile psychiatrie précarité
FJT : foyer de jeunes travailleurs
HLM : Habitation à loyer modéré
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
IST: Infections Sexuellement Transmissibles
Lam: Lits d'Accueil Médicalisés
LHSS : Les Lits halte soins santé
Maia : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie
Mecs : Maison d'enfants à caractère social
ORS : observatoire régional de la santé
Pass: Permanence d'Accès aux Soins de Santé
Praps : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
Puma : Protection universelle maladie
Samsah : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SDF : personne *sans domicile fixe*
SIAO : Service intégré d'accueil et d'orientation
SIG : Système d'information géographique
UF : unité fonctionnelle
VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Bibliographie

Anissa Afrite, Yann Bourgueil, Marine Dufournet, Julien Mousquès « Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ? » Questions d'économie de la santé 2011, <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes165.pdf>

Archimbaud A., *l'accès aux soins des plus démunis 40 propositions pour un choc de solidarité*, consulté le 8 janvier 2019. <https://fr.scribd.com/document/176845718/Rapport-Officiel-Aline-Archimbaud>. Ou http://onpes.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_officiel-aline_archimbaud.pdf.

Arnoud, Loïc. « Pompier, métier de l'urgence ». *Rhizome* 68, n° 2 (2018): 8-8

Aïach P. *Les inégalités sociales de santé*. Écrits. Paris: Economica, Sociologiques; 2010. p. 43-77

Barbier, Jean-Claude. « La précarité, une catégorie française à l'épreuve de la comparaison internationale ». *Revue française de sociologie* 46, n° 2 (2005): 351-71. <https://doi.org/10.3917/rfs.462.0351>.

Beck F., Legleye S., Spilka S., 2006, « L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype », *Économie et Statistique*, no 391-392, pp. 131-150

Blanpain N., « L'espérance de vie par niveau de vie - méthode et principaux résultats », *Documents de travail* n° F1801, Insee, 2018

Boissonnat-Pelsy, Huguette, et Chantal Sibue-DeCaigny. « Accès aux soins des populations défavorisées : la relation soignant-soigné ». *Laennec* 54, n° 2 (2006): 18-30. <https://doi.org/10.3917/lae.062.0018>.

Bourdais-Mannone, Claire. « Diplôme Universitaire de Psychiatrie et Santé Communautaire », s. d., 56.

Boulaud V., Texier N., *Facteurs de non-recours aux soins des personnes en situation de précarité. Étude qualitative auprès de personnes accueillies dans les dispositifs d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine (Centres d'hébergement et de réinsertion sociale, centres d'hébergement d'urgence, maisons relais)*

Bouvet Olivier, Floch Stéphane, « Manouches et Roms. Représentations sociales des personnels soignants : stigmatisation, déviance, étiquetage, stratégies », *Spécificités*, 2012/1 (N° 5), p. 257-274. DOI : 10.3917/spec.005.0257. URL : <https://www.cairn.info/revue-specificites-2012-1-page-257.htm>

Bresson, Maryse. « Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence ». *Cahiers internationaux de sociologie* 115, n° 2 (2003): 311-26. <https://doi.org/10.3917/cis.115.0311>.

Cambois E. , *Les personnes en situation sociale difficile et leur santé*, Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. 2004

Carde, Estelle. « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins ». *Santé Publique* 19, n° 2 (2007): 99-109. <https://doi.org/10.3917/spub.072.0099>.

Castiel, Didier, et P.H. Bréchat. « Actions de prévention ambulatoires dédiées aux usagers précaires : un déficit de planification en santé ». *Revue hospitalière de France*, n° 571 (2016): 48-53.

Chambon, Nicolas, et Gwen Le Goff. « Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie ». *Revue française des affaires sociales*, n° 2 (2016): 123-40.

Chappuis, Marielle, Yannick Le Bihan, et Anne Tomasino. « Le difficile accès aux soins des personnes en situation de grande précarité en France : les constats de Médecins du Monde ». *Après-demain* N° 42, NF, n° 2 (2017): 3-5.

Comiti, Vincent-Pierre, et Jacqueline Patureau. « La santé des migrants en France : spécificités, dispositifs et politiques sanitaires ». *Santé, Société et Solidarité*, 2005, 129-37.

Deschamps, Gaëlle, Nicolas Fieulaine, et Arnaud Beal. « Analyse psychosociale de l'expérience du recours aux Pass et aux EMPP des populations migrantes ». *Rhizome* 63, n° 1 (2017): 75-82.

Descourtieux, Hélène. « Trop vieux pour la rue, trop jeunes », 2015, 83.

Desprès, Caroline. « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 6 (29 juillet 2013). <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1078>.

DESPRES Caroline, GUILLAUME Stéphanie, COURALET Pierre-Emmanuel « une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens », s. d., 99.

Deville, Norbert, et Catherine Sass. « Le rôle du CETAF dans l'accompagnement dans l'accès aux soins par les Centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie ». *Regards* 53, n° 1 (2018): 81-89.

DGOS. « Précarité : accès aux soins ». Ministère des Solidarités et de la Santé, 20 juillet 2016. <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite/article/precarite-acces-aux-soins>.

Dubois-Fabing, Delphine, Philippe Pichon, Alizée Arnevielhe, Marie-Paule Suscillon, Bruno Caron, Fabienne Saillard, et Patrice François. « Santé mentale, précarité et pratiques des médecins généralistes, enquête en Centres de santé de Grenoble ». *Santé Publique* Vol. 23, n° HS (2011): 97-111.

Dubois-Fabing, Delphine, et al. « Santé mentale, précarité et pratiques des médecins généralistes, enquête en Centres de santé de Grenoble », *Santé Publique*, vol. vol. 23, no. HS, 2011, pp. 97-111. <https://doi.org/10.3917/spub.110.0097>.

Durif-Bruckert, C. « Demande et accompagnement dans le domaine de la santé: Débat psychosocial à partir d'une expérience de recherche-action auprès de personnes en situation de précarité dans une commune du sud lyonnais ». *L'accompagnement psychologique* 2 14, n° 3 (1 septembre 2008): 305-22. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2008.05.002>.

Flye Sainte Marie, Cécile, Isabelle Querrioux, Cédric Baumann, et Paolo Di Patrizio. « Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires ». *Santé Publique* 27, n° 5 (2015): 679-90. <https://doi.org/10.3917/spub.155.0679>.

Forichon, Emmanuel. « Santé et précarité(s) : comment surmonter la socioparésie de la santé publique ? » *Empan* 60, n° 4 (2005): 86-90. <https://doi.org/10.3917/empa.060.0086>.

Geeraert, Jérémy. « La prise en charge par l'hôpital des populations à la marge du système de santé en France : l'exemple des Permanences d'accès aux soins de santé ». *Saúde e Sociedade* 27 (septembre 2018): 654-69. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180550>.

Geeraert, Jérémy, et Elisabeth Rivollier. « L'accès aux soins des personnes en situation de précarité ». *Soins* 59, n° 790 (novembre 2014): 14-18. <https://doi.org/10.1016/j.soins.2014.09.017>.

Georges-Tarragano, C. *Soigner (l') humain*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2015 ;

Philippe GEORGES et Cécile WAQUET ; *Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain*, IGAS, juillet 2013

Grenier, Corinne, Gérard Coruble, Thémis Apostolidis, Alexandre Daguzan, Nicole Darmon, Ibrahim Rym, Yannick Jaffre, et al. « Intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé: des espaces favorables pour expérimenter, pérenniser et diffuser l'intervention – Guide IVRISS d'accompagnement méthodologique », s. d., 132.

Grigno M., Poltond., 2000, « Inégalités d'accès et de recours aux soins », in *Mesurer les inégalités : de la construction des indicateurs aux débats sur les interprétations*, Paris, D/Mire, 188-200

Hoyez, Anne-Cécile. « L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales ». *Cybergeog : European Journal of Geography*, 21 novembre 2011. <https://doi.org/10.4000/cybergeog.24796>.

Joubert M., 2001, « Précarisation et santé mentale : déterminants sociaux de la fatigue et des troubles dépressifs ordinaires », in Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V., *Précarisation, risque et santé*, Paris, Inserm (Questions en santé publique)

Jusot, Florence. « Etat de santé des populations immigrées en France », 2008, 22.

Kirschbaum A., Pirkek-M., Hellhammerd., 1993, « The trier social stress test : a tool for investigating psychobiological stress response in laboratory setting », *Neuropsychobiology*, 28, 76-81

Laporte A., Chauvin P. « Enquête santé mentale et addictions chez les sans-domicile franciliens. » 2010. Observatoire du SAMU social.
http://www.samusocial.paris/sites/default/files/samenta_web.pdf

Laude, Anne, et Didier Tabuteau. « Chapitre V - Les droits sociaux des malades », 82-99. *Que sais-je ?* Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, 2016. <https://www.cairn.info/les-droits-des-malades--9782130618881-p-82.htm>.

Moisy Muriel, « Problèmes dentaires, tabac, dépression : la santé précaire des sans-domicile » *Etudes & résultats*, n°932, 2015-09, 6 p.

Moisy M., « Le recours aux soins des sans-domicile : neuf sur dix ont consulté un médecin en 2012 », Drees, Etudes et résultats n°933, 2015

Pascal, Jean, Christine Quélier, Christian Agard, Jean-Michel Nguyen, et Pierre Lombrail. « Peut-on identifier simplement la précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital ? », s. d., 26.

Pegon-Machat, Estelle, Didier Jourdan, et Stéphanie Tubert-Jeannin. « Inégalités en santé orale : déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France ». *Santé Publique* 30, n° 2 (2018): 243-51. <https://doi.org/10.3917/spub.182.0243>.

Perret G, Vandentorren S, Chauvin P, Vignier N, Vuillermoz C. « Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France ». *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;(17-18):341-50. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019_17-18_4.html

Perronnin M., et Louvel A./collab. « La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres. » *Questions d'économie de la santé (IRDES)*, n° 229 (janvier 2018): 1-6.

Picon Elise, Dr Sannino Nadine, Minet Béatrice, Henocq Anne-Cécile, Seigneur Romain, *Evaluation du dispositif LHSS*, Itinere Conseil, DGCS, Février 2013

Poinsignon, Farge-Bancel, « Précarité, pauvreté et recrudescence des maladies infectieuses », in Lebas J., Chauvin P., Précarité et santé, Paris, Flammarion, 1998

Revil, H. « diagnostic descriptif du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la première vague de généralisation des Pfidass », s. d., 52.

Revil, H, S Bailly, et A Sarisson. « diagnostic descriptif du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la troisième vague de généralisation des Pfidass », s. d., 67. https://odenore.msh-alpes.fr/documents/diagnostic_descriptif_du_renoncement_aux_soins_-_vague_3_-_version_2.pdf.

Revil, Hélène, Philippe Warin, et Thibault Gajdos. « Rapport Général de l'accompagnement scientifique de la Pfidass. », s. d., 132. Mars 2016
https://odenore.mshalpes.fr/documents/rapport_accompagnement_Pfidass_version_revue_et_definitive_-_2016.pdf.

Roynette, Odile. « La construction du masculin. De la fin du 19e siècle aux années 1930 », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol. no 75, no. 3, 2002, pp. 85-96.

De la Rochere B., 2003, « La santé des sans-domicile usagers des services d'aide », Insee Première, 893.

Terrier de la Chaise, S., A. Criton, J.-P. Berrod, et J.-M. Boivin. « Mise en place d'un réseau de prise en charge facilitant l'accès aux soins ophtalmologiques des patients vivant en situation de précarité, étude de faisabilité ». *Journal Français d'Ophtalmologie* 40, n° 7 (1 septembre 2017): 552-60. <https://doi.org/10.1016/j.jfo.2017.03.002>.

Trinh-Duc, A., A. de la Blanchardière, R. Porcher, C. Agard, B. Rouillard, I. Schlienger, B. Collin-Paradis, et al. « Mise en place d'un système de recueil et d'évaluation de l'activité médicosociale des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ». *La Revue de Médecine Interne* 26, n° 1 (1 janvier 2005): 13-19. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2004.09.012>.

Tudrej, B.V., R. Etonno, A. Martinière, C. Hervé, et F. Birault. « Clinique de la précarité ? Réflexions éthiques et retour d'expériences autour d'un modèle de repérage des déterminants sociaux de la santé vers la santé publique clinique ». *Ethics, Medicine and Public Health* 6 (1 juillet 2018): 15-25. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2018.07.010>.

Vigé, Magalie. « Renoncement aux soins et territoires : une analyse des facteurs individuels et contextuels du renoncement aux soins dentaires en Poitou-Charentes », s. d., 20

Diagnostic sur les besoins en matière de santé et d'accès aux soins dans le secteur de la lutte contre les exclusions (AHI, IAE, ASILE) Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale – Aquitaine , 2014

Praps, État des lieux, Drass Midi-Pyrénées, février 2005.

¹ « Précarité, consommation à risques et cancer », *Addictions* n°33, mars 2011 Consulté le 20 novembre 2018. <http://www.ors-poitou-charentes.org/pdf/1H2VL4PINonRecsoins17.pdf>.

Prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies en CHRS, Anesm, Février 2016

Académie nationale de médecine : Rapport « Précarité, pauvreté et santé » juin 2017

Facteurs de non-recours aux soins des personnes en situation de précarité, Etude qualitative auprès de personnes accueillies dans les dispositifs d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine, ORS nouvelle-Aquitaine, DRDJSCS, octobre 2017

Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens, IRDES, rapport final, 2009

Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques, HAS octobre 2017

Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale - Première approche, ANAP août, 2015

Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014, chapitre XII Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser, p. 349-378, La Documentation française

Étude qualitative sur les épiceries sociales et/ou solidaires (concept et fonctionnement), étude menée par ASDO Etudes à la demande de la Direction de la Cohésion Sociale, mars 2017

Pratiques inspirantes des SIAO, ANSA DGCS, Avril 2018

« Rapport Wresinski CES 1987 ». *Joseph Wresinski FR* (blog), 23 avril 2006. <http://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite/>. Ou <http://www.joseph-wresinski.org/wp-content/uploads/sites/2/2016/07/Rapport-WRESINSKI.pdf>.

Guide d'entretien

Professionnels des dispositifs dédiés à la santé des populations vulnérables

NB : Toutes les questions listées dans ce document ne sont pas nécessairement abordées et posées de façon littérale. En abordant et détaillant un certain nombre de questionnements, le présent guide d'entretien a pour objectif de constituer une trame souple, adaptable aux variations des discours des professionnels et des contextes d'exercice. Il s'agit plus d'un « aide-mémoire » qui n'impose pas toutes les problématiques, ni leur ordre d'évocation.

Introduction

Présentation du contexte de l'étude et des objectifs de l'entretien

Description de l'équipe, des missions

De quel organisme dépend votre structure/votre service ?

Quels professionnels composent l'équipe, la structure ?

Quels ETP ? (financés et pourvus en pratique)

Quels sont les missions de la structure ? Quel temps est consacré à chacune de ces missions dans l'activité ?

Quels sont les publics cibles (en principe/dans les textes) ?

Quelles sont les actions menées auprès de ces publics ?

Relances : en termes de...

Prévention

Accompagnement social/médico-social

Prise en charge de la santé

Aides administratives, accès aux droits

Quels sont les outils développés, utilisés pour cela ?

En quoi votre service/structure est-elle différente d'autres structures du même type ? Pourquoi ?

Caractéristiques des usagers du service

Quelles sont les caractéristiques des usagers accompagnés par votre service? (en quoi différent-elles des publics cibles de ce type de structure ?)

Parmi les publics cibles, quelles sont les populations qui sont les plus touchées et celles qui sont les moins touchées par votre structure ?

Quels publics ne sont pas du tout accompagnés aujourd'hui, d'après vous ?

Pourquoi ? Pour quelles raisons ? (pour chaque population cible)

Relances : dans quelle mesure cette population est-elle plus/moins touchée/pas du tout accompagné... ?

Du fait de sa proximité/son éloignement géographique/sa mobilité ? (où la structure est-elle située ?)

Par son rapport à la santé, sa culture ?

Par une démarche d'établissement de liens avec des communautés ?

Grace à des relations avec des partenaires professionnels, associatifs, qui adressent ces populations ?

Avec des actions hors les murs/aller vers les lieux de vie ?

Du fait d'une correspondance entre type de soins proposés, et le type de soins recherché par cette population ?

Quels sont les besoins sur votre territoire d'exercice ? comment les estimez-vous quantitativement ? avec quelles sources d'informations ?

Parcours de santé des usagers

Quels sont les points de ruptures dans le parcours de santé, de vie de ces populations ?
Dans quelle mesure pouvez-vous intervenir dans ces moments de rupture ? pourquoi ?

Quelles sont les actions à mettre en œuvre pour éviter ou limiter l'impact de ces ruptures dans les parcours de santé et de vie ?

Quels moyens seraient nécessaires pour cela ?

Evolution des publics de leurs besoins, freins et leviers pour y répondre

Quelles sont les évolutions des caractéristiques des usagers accompagnés ces dernières années, ces derniers mois ?
Dans quelle mesure pouvez-vous y répondre ? Vous y adapter ?

Quelles sont les évolutions des besoins des publics accompagnés ?
Dans quelle mesure pouvez-vous y répondre ? Vous y adapter ?

Quels sont les freins rencontrés dans l'accompagnement de chacune des populations cibles ?
(relances par type de populations)

Quels sont les leviers pour mieux accompagner ces populations ?
Quelles sont les pistes envisagées/à explorer pour toucher les populations sans aucun accompagnement ?

Relances pour freins et leviers :

Quels moyens humains seraient nécessaires ? pourquoi ?

Quels moyens financiers seraient nécessaires ? pourquoi ?

Quels moyens matériels seraient nécessaires ? pourquoi ?

Quels moyens organisationnels seraient nécessaires ? pourquoi ?

Relations partenariales

Quels sont les acteurs, professionnels, services, établissements... avec lesquels vous collaborez ?
Quelles sont leurs missions ? Dans quelle mesure sont-elles complémentaires avec vos missions ?

Ces partenariats sont-ils formalisés ou en voie de l'être ? (convention...)
Comment se passent ces collaborations ? quels en sont les réussites et les difficultés ?

Dans quelle mesure avez-vous un retour sur le suivi de la personne ? de quelle façon ? (fiches de liaison)

Reste-t-il des besoins des populations qui ne trouvent pas de réponse ? Dans quel domaine ?

Relances : dans le domaine de la santé : quels besoins, type de soins, de prise en charge, de prévention ?

Dans le domaine social : quels besoins, type d'accompagnement ?

Quels sont les acteurs au contact de populations cibles avec lesquels vous ne collaborez pas actuellement ?
Quels acteurs pourraient donc être sollicités pour mieux atteindre et accompagner certaines populations ? de quelle manière pourriez-vous travailler ensemble ?