



EHESP

**Inspecteur de l'action sanitaire et
sociale**

Promotion : **2013 - 2015**

Date du Jury : **mars 2015**

Les points santé en Bretagne :
Quelle efficacité pour une action au
service de l'accès aux droits, aux soins
et à la prévention des personnes en
situation précaire ?
Enjeux et perspectives

Amy GAYE

Remerciements

Je tiens à exprimer ma gratitude à mon maître de stage, M. Adrian MOHANU, Coordonnateur du PRAPS à l'ARS Bretagne, qui m'a accompagnée et s'est montré très disponible tout au long de mon parcours. Ses conseils et la confiance qu'il m'a accordée m'ont été précieux pour saisir les enjeux de la santé-précarité et mener à bien ce travail.

Je remercie M. Jean-Michel DOKI-THONON, Directeur de la santé publique à l'ARS pour son accueil de qualité. L'éclairage qu'il m'a offert sur les orientations de la SNS a grandement facilité ma compréhension du thème de la prévention en santé.

Ma reconnaissance va de même à Mme Salima TAYMI, Chargée de mission en Prévention / Promotion de la santé à l'ARS pour son sourire, son ouverture d'esprit et nos échanges passionnants sur la problématique de la santé des jeunes et des addictions.

Merci à Mme Stéphanie FARGE, Chef du service des Politiques d'insertion et lutte contre les exclusions à la DDCS 35, pour son encadrement de mon stage d'observation d'inspectrice et sa suggestion des points santé bretons comme sujet d'étude.

Merci à M. Gilles COETMEUR, Responsable de l'unité hébergement-logement à la DDCS 35, pour son retour sur mon projet de mémoire professionnel d'IASS.

Merci enfin à l'ensemble des points santé et structures qui m'ont accordé un entretien téléphonique ou permis de venir visiter leur institution. L'angle d'observation privilégié dont j'ai bénéficié me sera sans doute utile pour la suite de mon parcours professionnel. Forte de cette expérience, j'espère, à travers ce rapport de stage, contribuer à mieux faire connaître les enjeux de des inégalités sociales de santé et de la prise en charge des publics en situation précaire.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1. LE CONSTAT D'OUTILS NOMBREUX MAIS CLOISONNÉS EN FAVEUR DE LA SANTÉ-PRÉCARITÉ	7
<i>1.1. Un public hétérogène, qui se heurte à des difficultés particulières</i>	7
1.1.1. Personne précaire, pauvre, démunie : de qui parle-t-on ?.....	7
1.1.2. Accès aux droits, aux soins, à la prévention : trois finalités du PRAPS.....	10
1.1.3. Le mal-logement comme déterminant social de santé, un enjeu d'avenir.....	12
1.1.4. L'action des CPAM dans la lutte contre le non-recours aux droits sociaux.....	15
<i>1.2. Des dispositifs complémentaires évoluant en tuyaux d'orgue</i>	17
1.2.1. La permanence d'accès aux soins de santé (PASS).....	17
1.2.2. Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP).....	20
1.2.3. Les appartements de coordination thérapeutique (ACT).....	21
1.2.4. Les lits halte soin santé (LHSS).....	22
<i>1.3. Une typologie des points santé révélant des disparités territoriales</i>	23
1.3.1. L'AGEHB et Louis Guilloux : une expertise établie, une tarification qui interroge...	23
1.3.2. Le CCAS Lorient, un statut différent qui présente de multiples spécificités.....	22
1.3.3. La contractualisation avec Noz Deiz, un long processus.....	26
1.3.4. Adaléa, Morlaix et la SEA 35 : l'aller-vers comme vadémécum.....	28
2. ATOUTS ET LIMITES DES POINTS SANTÉ BRETONS DANS L'ACCÈS AU DROIT COMMUN	27
<i>2.1. Les forces des points santé pour orienter vers le droit commun</i>	27
2.1.1. Un ancrage local historique, favorisant le travail en réseau.....	27
2.1.2. Une démarche de structuration bien amorcée par l'ARS.....	28
2.1.3. Un tissu associatif en santé-précarité ancien et actif.....	29
<i>2.2. Des points de vigilance qui fragilisent leur action</i>	30
2.2.1. L'évolution du public : des errants aux migrants.....	31
2.2.2. La souffrance psychique, une question insoluble ?.....	32
2.2.3. Cloisonnement et efforts dispersés, le cas de Rennes.....	33
3. PRÉCONISATIONS POUR UNE ACTION FÉDÉRATRICE ET COHÉRENTE DES POINTS SANTÉ	36
<i>3.1. Pour un déclouisonnement de l'action en santé-précarité</i>	36
3.1.1. Abandonner l'entrée thématique, au profit d'une approche populationnelle.....	36
3.1.2. Poursuivre la démarche de structuration des points santé par l'ARS Bretagne.....	38
3.1.3. Engager la réflexion sur un rapprochement des points santé rennais.....	40
<i>3.2. Pour une mise en cohérence des différentes forces en présence</i>	40
3.2.1. Partager leur expérience avec l'organisation durable de journées points santé.....	41
3.2.2. Créer un comité multilatéral santé-précarité dans chaque territoire de santé.....	42
3.2.3. Renforcer le volet qualitatif des indicateurs des PASS.....	44
<i>3.3. Pour un travail en commun plus affirmé entre le sanitaire et le social</i>	44
3.3.1. Nommer un correspondant PRAPS à la DA offre ambulatoire.....	45
3.3.2. Inciter les points santé à orienter leur public vers les réseaux de santé et MSP....	49
3.3.3. Asseoir le partenariat ARS-DRJCS (plan Pauvreté/volet santé du CUCS).....	51
<i>3.4. Pour une stratégie de sensibilisation transversale aux enjeux de la santé-précarité</i>	51
3.4.1. Pérenniser la communication sur l'observatoire POPPS de la FNARS.....	51
3.4.2. Systématiser la formation des soignants à la prise en charge des plus démunis...	53
CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE	59
LISTE DES ANNEXES	75

Liste des sigles utilisés

ACS :	Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
ACT :	Appartements de coordination thérapeutique
AME :	Aide médicale d'État
ARS :	Agence régionale de santé
ASV :	Ateliers santé ville
CAARRUD :	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues
CES :	Centre d'examens de santé de l'assurance-maladie
CHRS :	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CLAT :	Centre de lutte antituberculeuse
CMU :	Couverture maladie universelle de base
CMU-C :	Couverture maladie universelle complémentaire
CPAM :	Caisse primaire d'assurance-maladie
C POM :	Convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens
CUCS :	Contrat urbain de cohésion sociale
DAPPS :	Direction adjointe prévention et promotion de la santé
DDCS :	Direction départementale de la cohésion sociale
DRJSCS :	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DSS :	Déterminant social de santé
EMPP :	Équipe mobile psychiatrie précarité
FNARS :	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
HCSP :	Haut conseil de santé publique
HPST (loi) :	Hôpital, patients, santé, territoire
IASS :	Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
ISS :	Inégalités sociales de santé
LHSS :	Lits halte soins santé
MSP :	Maison de santé pluridisciplinaire
ODENORE :	Observatoire des non-recours aux droits et services
PASS :	Permanence d'accès aux soins de santé
PLANIR :	Plan local d'accompagnement des non-recours, des incompréhensions et des ruptures
POPSS :	Plateforme d'observation participative précarité et santé
PRAPS :	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
SNS :	Stratégie nationale de santé

Introduction

Favoriser l'accès aux soins, aux droits et à la prévention des personnes en situation de précarité et lutter contre toutes les formes d'inégalités sociales de santé (ISS) est une préoccupation forte et structurante des pouvoirs publics. Dans un rapport¹, le Haut conseil de santé publique (HCSP) mettait en lumière l'existence d'une « double injustice » subie par les publics précaires : cumulant facteurs de risque et exposition à des pathologies, ils souffrent en outre de problèmes médicaux plus graves que les personnes de catégorie socioprofessionnelle supérieure. De même, l'inscription de la prévention sur la feuille de route de la stratégie nationale de santé (SNS) depuis septembre 2013, en témoigne. Enfin, la question du non-recours se pose aux organismes de sécurité sociale avec acuité, qui ont manifesté leur volonté d'y remédier par une circulaire² début 2014.

Considérées par le chercheur par Éric BRETON comme « le choléra de 2014 »³, une ISS se définit comme « *toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale* »⁴. En effet, malgré l'amélioration de l'état de santé de la population française attribuée au mouvement hygiéniste, à la découverte des antibiotiques, à une meilleure prise en charge de la périnatalité et aux progrès de la recherche médicale, il est loisible de constater le poids des déterminants sociaux de santé, définis comme « *l'ensemble des conditions socialement produites qui influencent la santé des populations. Une liste non exhaustive inclurait : les politiques en matière d'emploi, le type d'emploi, l'éducation, les infrastructures de transport, le revenu, l'environnement bâti dont l'habitation et autres* ». ⁵.

Comme l'explique Thierry LANG⁶, « *des phénomènes biologiques aussi divers que la santé et la nutrition maternelle, les différentes infections de l'enfance, les vaccinations, les comportements, les facteurs de stress s'articulent avec des processus sociaux tels que le niveau socio-économique des parents, leur accès aux services de santé... Ces*

¹ HCSP, décembre 2009, *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, page 11.

² Circulaire du 16 janvier 2014 sur l'amélioration de l'accès aux droits sociaux.

³ « En 2014, notre choléra, ce sont les inégalités sociales de santé... », in Présentation d'Éric Breton Ph.D. (titulaire de la Chaire INPES « Promotion de la santé » à l'EHESP) lors du débat régional « *Les enjeux des déterminants sociaux de la santé (DSS)* », page 6

⁴ IGAS, mai 2011, *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action*, page 3

⁵ POTVIN L., MOQUET M.-J., JONES C. (sous la dir.), 2010, *Réduire les inégalités sociales en santé*, 380 p. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, page 30

⁶ *Inégalités sociales de santé : une construction tout au long du cours de la vie*, pp. 21-24

éléments de la vie de l'enfant conduisent à l'accès aux études, à l'environnement matériel, au réseau social, au rapport au travail de l'adulte qu'il deviendra ».

En région Bretagne, la réponse faite à l'invitation du HCSP à « *sortir de la fatalité* »⁷ pour réduire les ISS – s'est traduite par une démarche de structuration, par l'agence régionale de santé (ARS) Bretagne, des dispositifs spécifiques de l'action en santé-précarité portés par le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des plus démunis: ACT, EMPP, LHSS, PASS et points santé. Le champ d'étude de ce travail – les points santé bretons – étant peu exploré, quelques définitions préalables semblent nécessaires afin d'en contextualiser la problématique.

Programme transversal obligatoire du projet régional de santé, le PRAPS se définit en son préambule, page 4, comme « *un outil de pilotage et de planification par lequel l'ARS et ses partenaires agissent pour réduire les ISS* ». L'article L. 1434-2 du Code de la santé publique prévoit ainsi la construction du projet régional de santé en trois briques :

1. Un plan stratégique régional de santé (PSRS) qui fixe les priorités et objectifs de l'ARS dans un horizon quinquennal,
2. Trois schémas régionaux déclinant le PSRS dans les champs de l'organisation sanitaire (SROS), de l'organisation médico-sociale (SROMS) et de la prévention (SRP)
3. Des programmes, qui visent à détailler les modalités concrètes de mise en œuvre de ces schémas, par le biais de l'énoncé d'actions et d'objectifs opérationnels.

Le PRAPS est un de ces programmes commun à ces trois schémas, et décline l'objectif du PSRS 2011-2015 de promotion de la santé des publics précaires en région Bretagne.

Arrivé à sa troisième génération, le PRAPS3 en Bretagne s'inscrit dans la continuité de ses prédécesseurs, le PRAPS1 2000-2002 et le PRAPS2 2002-2006. Son apport majeur, conforté par la loi HPST, est de décloisonner les secteurs (sanitaire, ambulatoire, médicosocial, prévention) et d'appréhender la santé de façon transversale : prévention, inégalités sociales de santé (ISS), déterminants sociaux de la santé (DSS), santé-environnement, santé en milieu scolaire et santé au travail.

Cette mise en contexte tend à montrer que l'action des points santé bretons s'inscrit dans un cadre précis, et ne relève donc pas d'une problématique isolée mais bien cadrée. Cela met également en évidence la manière dont cet outil innovant, parmi d'autres existants, se propose de venir répondre aux constats posés par le PRAPS. Auparavant subventionnés par l'appel à projet annuel lancés par le groupement régional de santé publique (aujourd'hui fusionné à la Direction de la santé publique de l'ARS), les

⁷ Titre du rapport du HCSP en 2009

points santé ont été pensés comme un tremplin, avec le souci d'éviter l'écueil de créer une médecine à deux vitesses, vécue comme stigmatisante pour les personnes précaires.

Outil spécifique issu de l'héritage historique breton, l'appellation « point santé » désigne un dispositif local qui accueille, informe et oriente des personnes en difficulté psychosociale – quelle qu'en soit l'origine – dans l'appropriation de leur état de santé. Leur mission première, en filigrane de la réponse immédiate et de court-terme que constitue la dispensation de petits soins, est donc d'aiguiller et de « projeter » les usagers vulnérables qu'ils reçoivent, en direction des structures partenariales sanitaires, sociales ou médicosociales existantes sur le territoire. Ils accompagnent ces publics dans leur accès à l'offre de droit commun en fonction des besoins exprimés ou détectés : centre hospitalier universitaire (CHU), cabinet de médecin généraliste ou spécialiste, laboratoire d'analyses médicales, centre de lutte antituberculeuse (CLAT), centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARRUD).

Les points santé jouent donc un rôle-clé de passerelle de transition, entre le maillage territorial de l'offre en santé et un public connaissant de multiples problématiques qui le tiennent éloigné du système de santé. En théorie, l'accès aux soins de tous devrait être garanti par les dispositifs dédiés que sont la CMU, la CMU-C, l'AME et l'ACS. Pour autant, l'analyse de terrain montre la persistance de cas de non-recours, de désert médical (en zone rurale) ou de refus de soins par les professionnels de santé (en ville). C'est ce phénomène que tente d'enrayer les points santé, encadrés par le PRAPS.

L'ARS s'est attachée à structurer ces initiatives locales pour les articuler au projet régional de santé et faire des missions des points santé, la réponse aux orientations nationales. Cette saisie *a posteriori* s'est traduite par une démarche de contractualisation : au 1^{er} janvier 2015, neuf points santé étaient signataires d'une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'ARS Bretagne. Ce financement a permis d'inscrire leur partenariat dans la durée, et d'intégrer leur activité aux objectifs du PRAPS.

L'hypothèse de départ est que le cloisonnement nuit à la continuité des soins. En raison d'un système de sécurité sociale basé sur le régime professionnel d'appartenance, les publics vulnérables - précarisés sur le marché du travail - s'exposent à des ruptures de parcours, qui aggravent leur état de santé. Au-delà de la seule question éthique de leur prise en charge (sanitaire, médicosociale, sociale, psychologique et administrative), il en résulte donc un véritable problème tant de santé publique, que de cohésion sociale.

Pour appréhender ce problème, je me suis appuyée sur la méthodologie suivante :

- *Revue de littérature scientifique et professionnelle*
- Analyse de rapports, mémoires et guide pratiques à destination des professionnels sur l'accès aux soins, aux droits et à la prévention des personnes en situation précaire
- Appropriation de documents lors du stage d'exercice professionnel au siège de l'ARS : Document de cadrage des points santé rédigé par le référent régional santé/précarité ; Formulaire CERFA de demandes de financement public (où les points santé détaillent le contenu et la pertinence de leur activité, et argumentent l'inscription de leur projet dans les objectifs du PRAPS) ; CPOM et fichiers de suivi des avenants

- *Investigations sur le terrain*
- Visite sur place ou échange téléphonique avec 7 des 9 points santé conventionnés de l'ARS Bretagne. A cette fin, j'ai préparé une grille d'entretien semi-directif (cf. annexe), soumise en amont pour avis à mon maître de stage. Le but de cette enquête était de repérer les spécificités et différences de chaque structure. Ces entretiens réalisés avec au moins un cadre (directeur, médecin, psychologue ou infirmier) de chaque structure, ont donné lieu soit à un enregistrement sonore avec leur permission (me permettant une retranscription a posteriori), soit à une prise de notes personnelles.
- Rencontre, avec une jeune famille usager de point santé ayant accepté d'évoquer sa trajectoire administrative, sanitaire et sociale. Cet échange m'a permis de réfléchir aux points de rupture et repérer comment multiplicité des interlocuteurs et complexité des dispositifs s'associent pour faire de leur cheminement un « parcours du combattant ». Ainsi, ce couple avec un nourrisson de quelques semaines, interviewé à l'issue de sa consultation dans un point santé, se trouvait lors de notre rencontre dans une situation très difficile. Sans logement, non-francophones (en l'absence d'interprète ce jour, notre entretien s'est déroulé en anglais), demandeurs d'asile et en attente de la décision de la préfecture d'Ille-et-Vilaine, ils avaient été orientés au point santé par la PASS du CHU, où la jeune mère avait été admise peu auparavant, sur les conseils d'une assistante de service social de la protection maternelle et infantile (PMI).
- Prise de contact et questionnaire en présentiel avec la Responsable au service social du CHU de Rennes, en charge de la PASS. L'objectif de cet entretien était de me pencher sur les flux et renvois respectifs éventuels d'usagers entre points santé et PASS (dont le public se rejoint très largement).
- Conversation téléphonique avec le Responsable de la commission santé à la FNARS Bretagne. J'ai ainsi pu recueillir les constats issus de la vaste expérience de ces associations de réinsertion sociale fédérées, sur le public des points santé, et les causes directes et indirectes de leur évolution – comme l'impact de l'arrêté préfectoral de 2007 régionalisant le traitement des demandes d'asile pour désengorger la

préfecture d'Ille-et-Vilaine et répartir de manière plus uniforme les requêtes sur le territoire breton – ainsi que la très forte émergence de la problématique de l'hébergement d'urgence. J'ai par ailleurs participé à une journée de restitution de la plateforme d'observation participative précarité et santé (POPPS), mise en place avec le soutien de l'ARS et visant à recenser, analyser et faire connaître les données disponibles sur le maillage de l'offre en santé précarité et le point de vue, souvent oublié, des publics (organisation de cafés discussions où s'expriment les usagers)

- Rencontre avec le Directeur de santé publique à l'ARS Bretagne, afin d'appréhender les perspectives de la révision du projet régional de santé (à échéance en 2016) au regard du projet de loi de santé publique issue de la stratégie nationale de santé, et de la place donnée à la prévention et aux inégalités sociales de santé
- Entretien avec un médecin en charge de l'offre ambulatoire et de la coordination des acteurs à l'ARS Bretagne. Cette rencontre m'a permis d'être sensibilisée à la pertinence des nouvelles formes d'exercice coordonné de la médecine (MSP, réseaux de santé) et découvrir le rôle des coordinations territoriales d'appui.

- *Mise à profit des périodes de stage de la formation d'Inspecteur-élève*

- L'observation directe a pu être réalisée à l'occasion des tâches réalisées durant les 22 semaines passées au siège de l'ARS Bretagne, en échangeant de façon formelle (courriels, réunions) ou informelle (discussions spontanées) avec des agents en poste. Les contacts que j'y ai noués m'ont offert le point de vue additionnel des IASS en DT, sur l'évolution des points santé présents sur leur territoire d'intervention.
- Participation à une formation-action, le 3 septembre 2014 à l'ARS, portant sur « *L'évaluation des projets appliquée au domaine de la Promotion de la santé* », animée par le Directeur recherche et prospective à Askoria (ex IRTS - Institut régional du travail social). Outre une sensibilisation aux six critères principaux de l'évaluation (pertinence, conformité, cohérence, efficacité, efficience et utilité), j'ai pu ainsi mesurer la faisabilité de l'évaluation des points santé compte tenu des contraintes actuelles.

- *Élaboration d'une synthèse régionale de l'action des points santé*

- Analyse des rapports d'activité des points santé (disponibles sur l'espace informatique partagé à l'ARS, ou envoyés à ma demande, à l'issue de notre entretien)
- Prise de notes personnelles pour dresser un état des lieux problématisé et dégager une typologie globale des points santé (histoire, gouvernance, public, données sociodémographique, volume de personnel salarié ou bénévole, partenariats existants ou naissants avec les collectivités, financements reçus d'autres structures que l'ARS)

- *Réflexion sur les préconisations de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale*

- Identification, par l'étude sur le terrain et la confrontation des orientations nationales avec la réalité telle que vécue par les professionnels de santé et de l'intervention sociale, des atouts et limites des points santé pour favoriser l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des publics précaires et lutter contre les ISS

Mener cette analyse sur les points santé est l'occasion de s'interroger sur l'adéquation actuelle et les perspectives d'évolution de cet outil, aux besoins identifiés : leur action est-elle efficace (soignent-ils bien à l'instant T ?), et projettent-ils bien les patients-usagers vers le droit commun (leur rôle de guichet d'entrée, reprécisé par l'ARS, est-il rempli ?). Pour y répondre, le fil rouge de cette étude se déroule autour de 2 axes :

- le premier en est le fonctionnement interne, et leur rôle d'intermédiaire en facilitant l'entrée dans le droit commun de leur public et en évitant les ruptures de parcours (ouverture de droits à la CPAM, choix d'un médecin traitant, suivi de soins)
- le second en est l'analyse des partenariats externes vers lesquels les points santé projettent leurs publics (un exemple en est la PASS qui, bien que répondant à une demande précise, reste incomplète : elle concerne les seuls patients hospitalisés)

Alors que le premier axe examine le public, le second interroge la complémentarité – ou le cloisonnement – de l'action en santé-précarité mise en œuvre en région Bretagne.

Il s'agira donc dans un premier temps, de dresser le constat du difficile accès aux soins, aux droits et à la prévention des personnes en situation précaire, qui a fait l'objet d'une prise de conscience généralisée. En réponse, des dispositifs variés existent, mais leur cloisonnement se fait au détriment de l'efficacité de l'action en santé-précarité (I).

Une seconde partie se penchera plus spécifiquement sur les forces et faiblesses du fonctionnement des points santé bretons : malgré un rôle central dans l'accueil des personnes démunies, le risque de créer une filière de médecine pour précaires existe (II), allant à l'encontre de leur vocation à être un sas appelé à intervenir de façon subsidiaire.

Enfin, une troisième partie formulera des préconisations opérationnelles pour mieux coordonner l'intervention des acteurs (III) et rendre leur action plus fédératrice et cohérente, notamment à travers une réelle articulation avec l'offre de premier recours et une réflexion de fond sur la pertinence de la séparation du sanitaire et du social.

* * *

1. LE CONSTAT D'OUTILS NOMBREUX MAIS CLOISONNÉS EN FAVEUR DE LA SANTÉ-PRÉCARITÉ

L'inégal accès aux soins, aux droits et à la prévention des personnes en situation précaire est préoccupant ; la forte hétérogénéité de ce public et des problématiques spécifiques qu'il rencontre (1.1.), est aggravée par l'éclatement d'une offre en santé-précarité pourtant abondante (1.2.) ce qui nuit à la cohérence d'ensemble.

1.1. Un public hétérogène, qui se heurte des difficultés particulières

Dans sa volonté d'intégrer l'action des points santé dans les objectifs du PRAPS, l'ARS Bretagne visait un ciblage plus étroit des publics comme du territoire d'intervention. Les patients-usagers des points santé bretons sont donc ici identifiés (1.1.1.), avec une présentation générale des catégories de ces publics. Une sous-partie est consacrée à la distinction entre soins, droits et prévention (1.1.2.), qui illustre l'ambition de la programmation régionale en la matière. De cette distinction, émergent deux enjeux forts qui sont perçus de façon prégnante par les professionnels intervenant dans les points santé : la façon dont le logement et les conditions de vie impactent négativement l'état de santé de ces publics (1.1.3.) et le phénomène de non-recours (1.1.4.), dont s'est récemment emparée l'assurance-maladie à travers l'adoption d'un plan d'action dédié.

1.1.1. *Personne précaire, pauvre, démunie : de qui parle-t-on ?*

Dans le texte du PRAPS⁸, les personnes susceptibles d'avoir des difficultés d'accès aux soins, aux droits et/ou à la prévention sont ainsi identifiées :

- personnes « sans chez soi »
- jeunes en errance en situation de précarité et/ou sous l'emprise des addictions et/ou souffrant de maladies mentales
- les jeunes de 16-25 ans en difficulté d'insertion
- les adultes en situation de précarité, de pauvreté, et en priorité les chômeurs de longue durée
- les travailleurs saisonniers et employés précaires du secteur de l'agroalimentaire
- les familles monoparentales en difficulté sociale
- les personnes âgées isolées
- les personnes sous main de justice, détenues
- les étrangers en situation de précarité

⁸http://ars.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Espace_conseil_surveillance/Actions_agence/PRAPS.pdf, page 7

Si les termes de personne précaire, pauvre ou démunie sont parfois utilisés de façon interchangeable dans les documents analysés, un souci de rigueur méthodologique nous invite à clarifier de qui il est question. Une distinction semble émerger entre ces trois acceptions, une subtilité qui illustre tout le défi du PRAPS : cibler sans stigmatiser.

Par précarité, on entend « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives* ».

Cette définition, proposée par Joseph Wresinski (fondateur d'ATD quart-monde) dans son rapport remis en 1987 au Conseil économique et social⁹, est celle retenue et la plus couramment utilisée aujourd'hui par les intervenants du social et de la santé.

Son intérêt majeur est de mettre en évidence la caractéristique première de la précarité : il s'agit d'un *processus*, une situation à un moment donné (qui peut perdurer ou non). Les investigations sur le terrain confirment l'existence d'un dénominateur commun à la majorité des personnes précaires : leur trajectoire est faite de ruptures et d'à-coups, qui les précipitent ensuite, avec plus ou moins de violence, dans une pauvreté chronicisée.

La suite de la définition de Wresinski confirme l'idée de dégradation progressive : « *(La précarité) conduit à une grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible* ». Ainsi il existe, dans le glissement d'une situation de précarité à un état de pauvreté établi, un sentiment d'une perte définitive d'espoir de rétablir la situation à moyen ou long terme. Cette précision sémantique explique que les pouvoirs publics y soient très vigilants, afin d'éviter que de crise temporelle, la précarité ne se transforme en pauvreté durable.

Il en va autrement de l'usager « démunie » qui renvoie à l'idée d'exclusion sociale. Ce vocable est en effet celui utilisé par une circulaire parue à la suite de l'adoption de la loi de juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Ce texte vise clairement les groupes de personnes les plus éloignées du soin : contrairement aux personnes précipitées dans la précarité par un accident de la vie entraînant des difficultés sociales pouvant être temporaires (perte d'emploi, divorce, maladie) les publics démunis n'ont en général pas de droits sociaux ouverts, et n'en ont pour certains d'ailleurs jamais acquis.

⁹ cf. bibliographie

Leur forte désocialisation et leur marginalité, rend tout accès au droit commun problématique. C'est en priorité aux démunis que s'adressent les outils nationaux¹⁰ du PRAPS, et c'est ce terme précis qui est retenu dans la programmation régionale et les partenariats. Mis en œuvre par les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) dans leur première version en 1999, les PRAPS tirent donc origine de la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Une seconde génération du PRAPS a suivi, à la suite de l'entrée en vigueur de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : son article L-1411 dispose que « *l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé* ». Enfin, le PRAPS a été consolidé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite HPST (hôpital, patients, santé, territoires), qui charge par ailleurs les ARS nouvellement créées de veiller « *à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion* ».

Adossé dans sa version actuelle aux orientations nationales adoptées par le comité national de pilotage des ARS, le PRAPS s'articule autour de six objectifs stratégiques : 1. Améliorer le pilotage régional, 2. Améliorer le système d'information, 3. Favoriser la synergie entre acteurs du soin hospitalier, de la prévention et de la précarité, 4. Mieux cibler les publics et les territoires, 5. Conforter les actions de promotion et d'éducation pour la santé, 6. Favoriser l'accès aux soins de premier recours. Un 7^{ème} objectif (concernant la formation des professionnels) a été rajouté par un groupe de travail d'actualisation du PRAPS formé en 2013. Sa publication sur le site de l'ARS est prévue pour le premier trimestre 2015.

Pour ce faire, la démarche adoptée a été celle de la déclinaison territoriale de la politique de santé publique impulsée au niveau national au plus près du terrain (à l'échelle de la région, du département, des pays, des territoires de santé et de l'intercommunalité). Entièrement imbriqué au projet régional de santé et au schéma régional de prévention, le PRAPS tente par une dynamique de proximité, de répondre aux besoins spécifiques de cette population-cible aux parcours très complexes. Ce programme permet donc de mobiliser l'ensemble des partenaires de la santé-précarité autour de cette ambition : favoriser l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des plus démunis. Il convient de distinguer ces trois finalités, qui renvoient chacun à des objectifs opérationnels différents.

¹⁰ PASS, EMPP, ACT, LHSS, CAARUD

1.1.2. Accès aux droits, aux soins, à la prévention : trois finalités du PRAPS

Pour être pertinente, l'action en santé-précarité prévue par le PRAPS doit être transversale. Ainsi, le guide méthodologique édité à l'attention des ARS pour élaborer ce programme invite les acteurs à mobiliser et articuler une variété de politiques publiques : santé publique, cohésion sociale, éducation, logement et emploi en sont les principales. Appréhender une prise en charge strictement médicale sans se soucier de l'absence d'assurance-maladie de base ou complémentaire du patient ou son parcours personnel ne ferait en effet pas de sens, et la structuration du PRAPS semble abonder dans cette direction : ainsi, l'avènement de la CMU n'a pas entièrement résolu le problème.

Pour autant, réaliser une distinction formelle entre droits, soins et prévention présente l'intérêt analytique d'isoler dans son contexte, pour mieux l'appréhender, chaque objectif (même si en soi la prise en charge de la personne précaire doit se faire dans sa globalité : il existe bien un déterminisme fort entre droits, soins et promotion de la santé). Les entretiens que nous avons réalisés dans les points santé révèlent une constante : la complexité des trajectoires de chaque personne démunie. Les points de rupture sont nombreux, et mettent en lumière leur besoin d'un accompagnement par nature pluridisciplinaire, sur les plans administratif, juridique, médical, psychique et social.

En premier lieu, pour l'accès aux droits sociaux et à une protection sociale, il s'agit généralement de faciliter, par un soutien logistique et organisationnel, les démarches tendant à stabiliser leur situation administrative. Il peut s'agir par exemple de l'aide au remplissage d'un dossier à l'ouverture de droits à la CMU-C, à l'ACS, à l'AME, ou à la reconnaissance de la qualité de personnes handicapé auprès de la maison départementale des personnes handicapées.

Ces démarches juridico-administratives se font généralement avec l'appui d'une assistante de service social, salariée ou partenaire du conseil général ou du centre communal d'action sociale. Certains points santé (comme la SEA 35 ou le point santé du CCAS de Lorient) offrent en outre un service d'élection de domicile pour les publics ne disposant pas d'une adresse, souvent hébergés de façon temporaire par des tiers, évoluant au gré des places d'hébergement d'urgence attribuées par le numéro téléphonique 115 ou vivant à la rue. Cela leur permet de recevoir du courrier dans l'attente de trouver un lieu d'habitation décent.

Un constat préliminaire, est qu'il est en pratique assez peu aisé de parler d'inégalité d'accès aux droits sociaux (ou de sorte de « désert social »), si l'on entend par cela un éloignement physique des services publics, dans la mesure où les organismes de sécurité sociale, CAF et CPAM principalement, sont relativement bien implantés sur l'ensemble du territoire urbain comme rural. Dans les zones dépeuplées comme dans les quartiers urbains présentant des problèmes de sécurité, l'État, les collectivités territoriales et les centres communaux d'action sociale se sont en effet attelés à créer des « maisons de services publics » ou des points d'accueil hébergés au sein de l'hôtel de ville ou dans des locaux mis à disposition par les collectivités territoriales.

Ces structures permettent une centralisation de la plupart des démarches administratives courantes des citoyens, au plus près du territoire. Par exemple, l'on peut citer la mise en place pour la seule ville de Rennes, de quatre points d'accueil de la CPAM qui maillent les quartiers de la ville en complément du siège situé Cours des Alliés. Cela amène à s'interroger sur les causes, dynamiques et conséquences du phénomène de non-recours aux droits sociaux (*qui fera l'objet d'un développement ultérieur au point 1.1.4.*), afin de montrer en quoi les points santé peuvent jouer un rôle dans sa résorption.

En deuxième lieu, l'accès aux soins renvoie pour sa part à deux volets : le premier est de nature géographique, et le second relève des compétences psychosociales, notion issue du champ de la prévention et promotion de la santé. Si le premier apparaît comme le plus tangible, puisque mesurable – et semble plus facile à solutionner de premier abord grâce aux objectifs opérationnels définis dans le schéma régional d'organisation sanitaire déclinant le projet régional de santé –, le second ne doit pour autant pas être négligé.

Adopter une vision restrictive de la sous dotation de certaines régions en professionnels de santé, tendrait en effet à privilégier la seule démarche active de maillage territorial de l'offre sanitaire, sociale et médicosociale. Les directions de l'offre hospitalière et de l'offre médico sociale s'emploient avec énergie à résorber les phénomènes de désert médical (zone à plus de 30 minutes d'un établissement de santé). En Bretagne, le territoire de santé n°8 Loudéac-Pontivy est un exemple de milieu rural peinant à attirer de jeunes médecins, et des initiatives impulsées par la coordinatrice de territoire tentent d'y remédier.

Pour autant, il reste que les freins liés aux compétences psychosociales de la personne constituent un vrai défi pour un accès aux soins effectif. Il ne suffit pas en effet de s'assurer d'une densité d'installation des cabinets des médecins généralistes ou spécialistes, pour que les patients les plus paupérisés osent franchir le pas. Une

expérience vécue comme négative (par exemple, un accueil désagréable par une secrétaire médicale, qui annonce des délais très longs pour une consultation après avoir réalisé que le patient potentiel ne dispose pas de mutuelle complémentaire privée) suffit pour qu'une personne précaire érige des barrières mentales entre besoin de se soigner et refus d'être exposé à des manifestations de mépris. Les refus de soins opposés aux publics précaires ont ainsi fait l'objet d'un rapport¹¹, remis au Premier ministre en 2014.

Enfin, l'accès à la prévention, surtout en zone urbanisée, est plus problématique. L'agglomération de Rennes, bien dotée en offre de soins, est particulièrement concernée. Notre analyse, confortée par l'étude de terrain que nous avons menée, semble indiquer que l'angle d'action privilégié par la politique régionale de santé actuelle (politique d'offre) risque de se faire au détriment des besoins exprimés par le public (politique de demande).

Il convient de se garder de se satisfaire d'une seule carte de santé suffisamment dotée. Malgré la diffusion générale de messages de prévention, les personnes de milieu social aisé - mieux armées pour en comprendre et mettre en œuvre les conseils -, ne sont en général pas celles qui en ont le plus besoin¹². Une autre problématique particulièrement prégnante, est l'impact du logement et du cadre de vie sur la santé.

1.1.3. Le mal-logement comme déterminant social de santé, un enjeu d'avenir

Comme le rappelle Michael MARMOT (président de la Commission des déterminants sociaux de la santé à l'Organisation mondiale de la santé), « *Ce sont les conditions de vie et leurs déterminants sociaux qui forgent les inégalités* »¹³. La notion de DSS tente de montrer qu'une inégalité sociale peut se transformer en iniquité de santé. Accéder à un logement apparaît ainsi comme facteur-clé de l'état de santé. Si le PRAPS l'évoque, dresser le constat n'épuise pas ce sujet qui émerge comme un enjeu majeur.

Selon la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL), la Bretagne comptait, au 1^{er} janvier 2013, environ 164 200 logements locatifs sociaux, dits HLM (habitations à loyer modéré).

¹¹ BAUDIS D., mars 2014, *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME*, rapport remis au Premier ministre, La Documentation française 47p.

¹² « *Les systèmes de soins et de prévention sont au mieux impuissants à réduire (les ISS), mais, souvent aussi, contribuent à les exacerber* » in POTVIN L. et al. *Réduire les inégalités sociales en santé*, éd. INPES, Saint-Denis, coll. Santé en action, 380 p.

¹³ <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-414.pdf>

L'existence de situations d'habitat indigne, insalubre ou indécent susceptible d'avoir un impact négatif sur la santé (radon, amiante, plomb) est établie, notamment en milieu rural breton où la construction d'environ 1 logement sur 4 a été déclarée achevée à une période antérieure à 1949. Outre les personnes démunies, une autre catégorie de personne à risque est identifiée en ce qui concerne l'accès aux droits, aux soins et à la prévention: il s'agit des propriétaires occupants âgés, souvent paupérisés, en situation d'isolement social et pensionnés par le régime de la mutualité sociale agricole.

Concernant les personnes en errance, un responsable du pôle Précarité et Insertion d'un point santé rencontré que pour des personnes qui ont longtemps vécu dans un logement indécent, de fortune (« squat ») ou à la rue, l'entrée dans un logement autonome à la suite d'une attribution de HLM est très violente : du jour au lendemain, les souffrances physiques et psychiques, auparavant noyées par les codes de survie et le sentiment de liberté dans sa lutte quotidienne, « remontent d'un seul coup à la surface ».

Il n'est pas rare qu'une décompression s'ensuive. L'équipe mobile psychiatrie précarité¹⁴ partenaire fait ainsi face à des cas de personnes qui peinent à sortir de la rue pour s'approprier leur logement et s'intégrer à leur quartier : ils y reproduisent souvent leur ancienne vie d'errance (invitation de « copains de rue » et leurs animaux domestiques, addictions, non-socialisation avec le voisinage, poursuite de fréquentation du restaurant social et de l'accueil de jour). Il est donc opportun d'aller plus loin dans la réflexion, et d'envisager la validité de l'hypothèse contre-intuitive qu'à la différence de la « santé d'abord », le « logement d'abord » (politique du gouvernement 2007-2012) n'est ni un objectif *per se*, ni une réponse adaptée à toute situation : le parcours progressif en escalier (rue →logement d'urgence →CHRS →logement autonome) fait également sens.

Visiter un accueil de jour porté par un point santé, nous a permis de constater par nous-même que les usagers qui le fréquentent ne sont pas tous des personnes sans chez soi. Outre l'accès à des services d'hygiène personnelle (douches, machines à laver) ou au chenil (pour y déposer temporaire leur chien dont ils refusent la séparation pour aller en consultation médicale), une salle de détente est à leur disposition avec de la lecture. Des canapés y sont mis à disposition pour se reposer physiquement et mentalement, socialiser avec d'autres usagers, discuter avec le personnel et bénéficier d'un contexte bienveillant et de non-jugement, échappatoire pour quelques heures à la dureté de la rue.

¹⁴ L'EMPP intervient, en-dehors des murs de l'hôpital, auprès des publics atteints de troubles psychiatriques pouvant aggraver leur désinsertion sociale et leur état de santé

Les CHRS, géré par la DDCS 35, sont des partenaires-clé des points santé. Fréquemment, les points santé représentent en effet la porte d'entrée pour des personnes démunies qui ignorent où dormir, et s'y présentent de façon spontanée. Si cette gestion de l'hébergement d'urgence rend parfois difficile le travail des intervenants du point santé, une solution peut parfois être trouvée par ce biais. Une structure visitée a ainsi un partenariat avec la ville, qui fournit quelques places d'hébergement d'urgence hors 115.

De même, la CAF, en tant qu'organisme payeur des aides au logement (qui solvabilisent les allocataires et dont le versement est conditionné au contrôle de la décence de l'habitat), et qui instruisent les dossiers du fonds de solidarité au logement (en lien avec le conseil général), est légitime à partager son expertise sur l'isolement social, et le lien entre habitat et santé.

Sa participation à la commission de coordination des politiques publiques spécialisée en prévention, santé scolaire, santé au travail et protection maternelle et infantile (dont le secrétariat général est assuré par la DAPPS) est ainsi encouragée, afin de pouvoir intervenir de façon coordonnée sur des thématiques transversales, en dépassant les attributions traditionnelles de chacun pour se consacrer sur des sujets qui leurs sont communs.

La fusion annoncée des plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD) avec les plans départementaux accueil hébergement insertion (PDAHI) devrait permettre d'actionner les leviers de manière plus concertée, pour éviter la réponse aux seules situations d'urgence et anticiper davantage la demande.

Enfin, l'ARS a initié une stratégie d'actions de lutte contre l'habitat dégradé (logement insalubre, précaire, saturnisme). Concrètement, ces actions visent les habitations dont l'état de détérioration et/ ou d'ancienneté présente des risques sérieux pour la santé. Il est en effet désormais établi que les facteurs environnementaux ont une incidence non négligeable sur la santé des populations. L'on peut citer par exemple les allergies aux acariens, à la poussière ou à l'humidité qui peuvent entraîner des complications respiratoires ou des réactions asthmatiques, des troubles dermatologiques, une qualité de l'eau susceptible de présenter des dangers ou des intoxications au monoxyde de carbone.

La lutte contre l'habitat dégradé se traduit concrètement par des initiatives ciblées de repérage, d'évaluation des risques ayant fait l'objet d'un signalement, d'une intervention amiable ou coercitive pour les situations les plus préoccupantes ou urgentes,

menées en étroite collaboration avec les différents partenaires (travailleurs sociaux, services déconcentrés de l'État, collectivités territoriales, associations de consommateurs, bailleurs sociaux). La DREAL a ainsi publié, en avril 2013, une étude¹⁵ sur le fonctionnement des pôles réseaux de lutte contre l'habitat indigne dans les quatre départementaux bretons.

Ainsi, en 2013, trente-trois procédures d'habitat insalubre concernant quarante-quatre logements ont été engagées au titre des dispositions législatives du code de la santé publique après évaluation du risque sur le plan sanitaire. Si ce chiffre est essentiellement tributaire de l'importance des signalements, il ne rend compte qu'imparfaitement de l'activité de l'ARS en matière d'habitat.

En effet, l'appui technique aux maires apportés par l'agence régionale de santé (pour les affaires relevant du règlement sanitaire départemental) n'y est pas comptabilisé. De plus, les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) des villes de Rennes et de Brest contribuent également de manière partielle à cette activité de veille et d'action.

C'est donc à ce titre que le programme régional santé-environnement 2011-2015 (autre programme obligatoire du projet régional de santé, au même titre que le PRAPS) s'est fixé, parmi ses objectifs, celui de réduire les inégalités en santé environnementale, en s'intéressant particulièrement aux personnes dites fragiles. Dans ce cadre, l'ARS, en collaboration avec la préfecture de région Bretagne et le conseil régional, accompagne des actions de promotion de la santé environnementale et de sensibilisation des publics portées par des collectivités locales ou des associations.

Outre le logement, la lutte contre le non-recours apparait comme le second enjeu d'avenir dans l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des personnes démunies.

1.1.4. L'action des CPAM dans la lutte contre le non-recours aux droits sociaux

L'amplification du phénomène des « travailleurs pauvres » (qui multiplient temps partiel non choisi, missions intérimaires et contrats à durée déterminée courts sur postes non qualifiés) depuis la récession économique de 2008, a mis en évidence l'idée que personne ne serait à l'abri d'un évènement pouvant les faire basculer dans la précarité.

¹⁵www.bretagne.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_regionale_cle5ee181.pdf

Dans l'accès aux droits sociaux essentiels - dont celui à une assurance-maladie complémentaire - l'emploi semble crucial. C'est en effet le statut professionnel et le régime d'appartenance qui conditionnent, outre le niveau de revenu, la protection sociale. Privés de mutuelle, de nombreuses personnes nécessitant des soins y renoncent ainsi, ne pouvant faire face au reste à charge ou au ticket modérateur de leurs soins de santé. L'intérêt de prévenir cette chute par le biais de l'action sociale en apparaît accru.

Pour autant, la seule absence de mutuelle complémentaire (et les dépenses de consultation, analyse médicale, pharmacie ou appareillage médical qui en découlent) n'explique pas à elle seule le renoncement aux droits sociaux, aux soins de santé et aux services de prévention mis à disposition. L'exemple qui l'illustre le mieux est celui de l'invitation annuelle - adressée aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé - à venir réaliser un bilan de santé complet dans les centres d'examens de santé (CES)¹⁶ au titre de la prévention. Malgré une prise en charge financière entièrement assumée par l'enveloppe de crédits dédiés à la politique de prévention des CPAM, le taux de non-réponse demeure préoccupant.

Ce constat a été corroboré par l'évaluation récente du Paquet « santé » du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté. Selon l'appréciation qu'en fait l'IGAS dans son rapport paru en janvier 2014, la mise en œuvre des actions annoncées en faveur de l'accès aux soins des plus démunis a été « *bien initiée, mais reste à consolider à bien des égards* ». ¹⁷ La lecture de l'évaluation de cette mission d'inspection donne à penser que le seul relèvement des plafonds de revenus pour accéder à la CMU-C et à l'ACS, va dans le bon sens tout en demeurant très insuffisante. Une meilleure concertation des acteurs paraissait essentielle pour enrayer le phénomène.

En tant qu'assureur de santé public rattaché à la Direction de la sécurité sociale du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, la Caisse nationale d'assurance maladie est légitime pour s'emparer du problème. C'est ce qu'elle a fait, par le biais de l'adoption récente d'un plan d'actions dédié : le PLANIR. Dispositif national, le plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures se donne pour mission de prévenir les inégalités d'accès aux soins et aux droits sociaux liés à une situation d'exclusion sociale.

¹⁶ Comme l'a révélé l'étude de terrain, à laquelle nous avons participé, dans le cadre du Mémoire collectif interprofessionnel (MIP) de l'EHESP réalisé en 2014 sur ce thème.

¹⁷ www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2013-024R_Tome_I.pdf

Les CES susmentionnés y jouent un rôle central, et leur action de prévention y est tout particulièrement valorisée. L'idée est d'associer les partenaires concernés (CAF, CPAM, centres communaux d'action sociale, conseil général, ville) dans une démarche d'action de proximité.

Dans cette optique, des instructions ont été données aux organismes d'assurance maladie afin d'adopter une démarche proactive et de prévenir les ruptures de parcours. Enfin, une circulaire parue en janvier 2014 instaure les « rendez-vous des droits » dans plusieurs départements. L'idée en est d'imbriquer objectifs nationaux de santé publique avec leur déclinaison territoriale sur le terrain, grâce à de nouvelles expérimentations en matière d'insertion et de cohésion sociale dont le périmètre est arrêté par ce texte. Comme on le voit, les initiatives en faveur de la santé des démunis sont nombreuses. Leur éclatement nuit pourtant à leur efficacité et leur cohérence globale.

1.2. Des dispositifs complémentaires évoluant en tuyaux d'orgue

Plus qu'en tout autre domaine de l'action publique, le saupoudrage des dispositifs en matière de santé publique risque de gripper l'efficacité de la démarche « d'aller-vers » les plus vulnérables. L'analyse de la PASS (1.2.1), qui reçoit un public présentant des caractéristiques proches de celui des points santé, permet de découvrir un autre mode d'intervention.

De même, l'étude d'autres dispositifs complémentaires, prévus par les orientations nationales, révèle clairement les limites de l'approche actuelle retenue. Qu'il s'agisse des EMPP - outil de prise en charge « hors les murs » de la santé mentale (1.2.2.) – des places d'hébergement temporaire en appartement de coordination thérapeutique (1.2.3.) ou des lits halte soins santé (1.2.4.), dans lesquels des soins infirmiers peuvent être dispensés dans un cadre que la vie à la rue ne permet pas, le constat est celui des insuffisances de l'entrée thématique actuellement adoptée par ces dispositifs nationaux complémentaires.

1.2.1. La permanence d'accès aux soins de santé

Selon les dispositions de l'article L6112-6 du code de la santé publique (anciennement L711-7-1) repris par l'article 76 de la loi de lutte contre les exclusions, « *Dans le cadre des PRAPS prévus à l'article 71 de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, les établissements publics de santé et*

les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé (...), adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes ».

Leur objet est donc clairement défini : il s'agit de faciliter la prise en charge hospitalière et l'ouverture de droits à la sécurité sociale des personnes démunies ou en situation d'exclusion, afin de limiter l'engorgement des services d'admission en urgence.

Plus récemment, une circulaire de 2013 a précisé les modalités d'organisation et de fonctionnement des PASS, dont le calibrage du financement, au titre des crédits dédiés aux missions d'intérêt général (MIG), a été confié aux ARS afin que l'administration centrale du ministère effectue la mise à plat souhaitée. En Bretagne, cela s'est traduit par une démarche de structuration des PASS gérées par des centres hospitaliers de la région, avec une méthodologie en quatre volets : 1. Approfondissement de la connaissance de l'activité et du fonctionnement des PASS (avec l'élaboration d'un questionnaire spécifique), 2. Encouragement de l'échange de bonnes pratiques, 3. Calibrage de leur financement et 4. Animation régionale.

Enfin, il paraît important de noter que l'hôpital a également revu son approche dans le traitement de la prise en charge des personnes précaires. Ainsi, la responsable d'une PASS, rencontrée en entretien, nous a expliqué que le bureau des entrées avait auparavant pour consigne de leur « signaler » les patients qui renseignaient un revenu très faible dans le formulaire d'admission à l'hôpital. Par souci d'éviter tout sentiment de stigmatisation ou de jugement subjectif porté sur leur situation socioprofessionnelle, cet item est aujourd'hui retiré, et l'attention du service social hospitalier est désormais appelée sur des éléments plus tangibles où le lien pourra être fait avec le point santé, comme l'absence de mutuelle santé complémentaire, le statut administratif de demandeur d'asile ou l'hébergement très fragile du patient chez un ami ou un membre de la famille.

1.2.2. Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

Une équipe mobile psychiatrie précarité a pour mission d'aller à la rencontre des besoins de son public, dans une démarche marquée par l'importance de la prévention, compte tenu de la fragilité des publics auprès desquels ils interviennent. L'objectif de leur

action est notamment de permettre une prise en charge adaptée des troubles psychiatriques des personnes concernées. Leurs interventions comprennent ainsi le fait d'aller au-devant des publics les plus démunis (grands désocialisés, jeunes ou adultes, personnes souffrant de pathologie mentale avérée par un diagnostic ou non, résidant dans une institution sociale ou médicosociale, à la rue) indépendamment de leur groupe d'appartenance, de leur parcours ou de l'endroit où ils se trouvent.

Après cette prise de contact, les équipes mobiles psychiatrie précarité s'attachent à assurer une fonction d'interface entre les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité sociale et la grande exclusion d'une part, et le secteur psychiatrique, par exemple le centre hospitalier Guillaume Régnier pour ce qui est de l'agglomération rennaise, d'autre part. En 2014, l'ARS Bretagne a financé 8 équipes mobiles psychiatrie précarité. Leurs équipes se composent de médecins psychiatres, d'infirmiers de secteur psychiatrique (ISP) et de psychologues praticiens.

1.2.3. Les appartements de coordination thérapeutique (ACT)

Dans le même ordre d'idée, l'on peut citer les appartements de coordination thérapeutique (ACT). Lieux de vie pensés dans une logique de transition, ils sont animés par une équipe présentant des compétences pluridisciplinaires (médecin coordonnateur, infirmières coordinatrices, conseillères en économie sociale et familiale, psychologues, aides médico-psychologiques ainsi que, par vacation et en fonction des besoins, des ergothérapeutes et des assistantes de service social).

Les publics cibles auxquels ils s'adressent en premier lieu, sont les personnes atteintes de pathologies chroniques dont le degré de gravité ne permet pas une prise en charge adaptée de leur maladie. Des personnes sujettes à des crises d'épilepsie par exemple, peuvent relever de cette catégorie. L'accès à un lieu où le soin pourra être dispensé permet de soulager tant la personne que son entourage proche le cas échéant.

Ce dispositif permet donc de dépasser les problématiques liées aux conditions de vie de la personne, pour s'assurer du bon suivi du traitement médical dont elle aurait besoin. C'est par exemple le cas d'un patient qui aurait besoin de conserver au frais un médicament qui lui a été prescrit, mais qui, vivant à la rue, n'a pas accès à un réfrigérateur. Concrètement, les appartements de coordination thérapeutique peuvent prendre la forme de structures d'hébergement temporaire qui fonctionnent sans interruption, afin de privilégier une continuité de la prise en charge.

Généralement portés par des acteurs associatifs (avec parfois le concours financier ou logistique d'acteurs comme les collectivités territoriales ou les bailleurs du secteur du logement locatif social pouvant mettre à disposition des locaux idoines), ces structures spécifiques proposent une coordination de l'accompagnement médical et psychosocial, dans le respect d'un projet individualisé qui définit les objectifs thérapeutiques médicaux, psychologiques et sociaux, ainsi que les moyens qui seront mobilisés et susceptibles d'être mis en œuvre et le calendrier envisagé pour les atteindre. L'existence de ce projet individualisé est à saluer, et sa mise en place gagnerait sans doute à être généralisée dans les structures comparables afin de favoriser le caractère personnalisé du parcours de prise en charge. En 2014, 36 places en appartement de coordination thérapeutique sont disponibles en région Bretagne.

1.2.4 Les lits halte soins santé (LHSS)

Le dispositif des lits halte soins santé (LHSS) permet à des professionnels de santé de faire des interventions au sein de structures à vocation sociale ; il s'agit d'un inversement de la logique d'accès aux soins, le personnel soignant ou paramédical allant à la rencontre de la personne pour l'y soigner. Grâce à cet outil, des patients-usagers souffrant de troubles de la santé mentale – et qui en raison de leur état refusent leur admission à l'hôpital – peuvent dans le dispositif des lits halte soins santé trouver un endroit neutre et une forme d'entre-deux où ils pourront recevoir, pour une durée en principe limitée à deux mois, l'accompagnement et le suivi médical exigés par leur situation.

Généralement adossés à des centres d'hébergement d'urgence (tels que les CHRS dont la gestion relève de la DDCS), cet outil propose des soins infirmiers aigus à des personnes sans domicile fixe qui présentent des problèmes de santé ne justifiant pas une admission à l'hôpital, mais qui requièrent un temps de repos ou de convalescence incompatible avec la vie à la rue.

Par exemple, une personne précaire qui vit dans un garage s'était vue diagnostiquer un cancer nécessitant des séances de chimiothérapie. Après le travail d'accompagnement social permettant de s'assurer de l'ouverture de ses droits à la sécurité sociale sous le régime de l'affection de longue durée (qui permet une prise en charge à 100%), l'entrée en lit halte soins santé permet, après les séances de chimiothérapie, de bénéficier d'une récupération dans un cadre plus adapté, que l'errance ne permet pas.

En assurant une prise en charge sanitaire et sociale globale tout en évitant une aggravation de l'état de santé de ces personnes (détérioration qui pourrait *in fine* déboucher une hospitalisation et entraîner une désorganisation du système de soins), les lits halte soins santé s'inscrivent résolument dans une démarche de continuité des parcours de santé. La région Bretagne dispose de 29 places financées en lits halte soins santé.

* * *

L'ensemble de ces exemples, qui montre un fonctionnement intrinsèquement très spécialisé et focalisé chacun sur un type spécifique de public, amène à cette conclusion partielle : se cantonner à une seule thématique peut difficilement satisfaire la demande complexe des usagers susceptibles de bénéficier de l'un ou l'autre de ces dispositifs à un moment de leur parcours.

C'est au contraire par une démarche de décloisonnement accrue et systématique, permettant aux acteurs de la santé-précarité d'intervenir ou d'orienter leurs publics – y compris dans l'urgence – en actionnant les leviers disponibles dont ils ont besoin en fonction du besoin de l'utilisateur, qu'ils pourront se révéler opérants. Cette ambition de se centrer sur les besoins des publics-cibles fait vivre la transversalité de l'action en santé-précarité. Dans cette optique, les points santé présentent des atouts intéressants pour jouer le rôle de guichet d'entrée unique.

1.3. Une typologie des points santé révélant des disparités territoriales

1.3.1. L'AGEHB et Louis Guilloux : une expertise établie, une tarification qui interroge

Une particularité commune à l'AGEHB et au réseau Louis Guilloux, est celle de leur mode de financement. Gérant à la fois un point santé et un centre de santé, ils sont en effet tous deux financés en partie respectivement par la CPAM d'Ille-et-Vilaine et celle du Finistère, au titre de la tarification à l'activité pour les actes réalisés par le centre de santé.

Créée en 1988, l'association brestoise AGEHB, gestionnaire du Point H, intervient sur le territoire de santé n°1 qui comprend notamment les agglomérations de Brest, Carhaix et Morlaix. Son origine est assez particulière, puisqu'elle résulte d'initiatives locales spontanément mobilisées suite à la découverte du décès d'un sans domicile « *aux portes de l'hôpital de Brest* », qui avait été largement relayée par les médias en raison de

la symbolique-choc de ce fait divers dans les difficultés d'accès aux soins. Une infirmière a ensuite été recrutée, puis en 1993 un médecin, qui y a exercé jusqu'en 2011.

L'équipe est composée de 3 médecins (représentant 1,2 équivalent temps plein), d'un psychologue intervenant deux demies-journées par semaine (pour 0,2) et une infirmière (pour 1). S'y ajoutent un médecin, la responsable du Point H avec laquelle nous avons eu un entretien téléphonique qui y exerce depuis son arrivée en 2004 à la suite d'un stage d'internat à 0,6 (pour 0,5 dédiés aux consultations et 0,1 à de la coordination), ainsi qu'un dentiste mis à disposition pour 0,1.

Leurs moyens logistiques étant limités (pas de véhicule de fonction par exemple), c'est souvent par leurs propres moyens qu'ils se déplacent à la demande pour conduire un patient d'un squat, d'un CHRS ou d'un hôtel vers l'hôpital. Les locaux sont par ailleurs prêtés par la mairie de Brest, et un travail d'informatisation des dossiers médicaux a été initié depuis environ 6 ans. Cette modernisation permet aux soignants (dont aucun n'y travaille à temps plein) de consulter au besoin un dossier médical partagé, mais aussi de télétransmettre les feuilles de soin pour les actes médicaux facturés en tarification à l'activité (T2A), spécificité que l'AGEHB partage donc avec le réseau Louis Guilloux.

Le réseau Louis Guilloux, qui intervient depuis 2006 sur le territoire de santé n°5 (incluant l'agglomération rennaise, et les villes de Fougères, Redon et Vitré) dispose également d'un centre médical en plus de son activité de gestion d'appartements de coordination thérapeutique (ACT). Il est considéré en région Bretagne comme l'expert reconnu en santé des migrants, spécialisation qui a conduit à la création d'un pôle interprétariat et d'un pôle spécialisé dans le dépistage de la tuberculose. Outre une intervention régulière d'EMPP en lien avec le centre hospitalier Guillaume Régnier spécialisé en psychiatrie, le réseau Louis Guilloux dispose également d'une pharmacie humanitaire internationale, gérée par un pharmacien bénévole de la structure.

Son expertise en matière de prise en charge sanitaire des populations migrantes se traduit par un partenariat avec plusieurs autres points santé qui le sollicitent (comme l'AGEHB, la SEA 35 et l'Adaléa) pour la mise à disposition d'interprètes en fonction du besoin linguistique qui s'y présente.

L'AGEHB et le réseau Louis Guilloux présentent donc au final des similarités : situées sur des métropoles bretonnes de grande taille et reconnues pour leur expertise et leur bonne implantation territoriale, leur double activité (point santé et centre de santé dont l'activité est facturée à l'acte) peut amener à s'interroger sur la pertinence de ce

mode de facturation qui complexifie la gestion tout en n'écartant pas le risque, inhérent à la tarification à l'activité, d'un mouvement inflationniste des soins qui y sont dispensés.

1.3.2. Le CCAS Lorient, un statut différent qui présente de multiples spécificités

Intervenant sur la zone de Lorient, Hennebont et Lanester (territoire de santé n°3) depuis environ douze ans, le CCAS de Lorient se distingue des autres structures hébergeant des points santé. En effet, son statut d'établissement public administratif rattaché à la ville de Lorient lui confère une atypie dans le paysage des points santé.

De la période de création en 2002, il ne reste actuellement plus personne en raison des mouvements de personnel qui sont intervenus entre temps. L'idée de départ était d'apporter une réponse dont le manque avait été constaté, pour les personnes les plus éloignées du soin. Sous sa première forme, il s'agissait à l'origine d'un « réseau médicosocial » qui avait recruté une infirmière en charge de faire le lien avec les praticiens du privé, afin d'éviter le recours systématique à l'hôpital, facteur désorganisant.

Si le diagnostic territorial partagé s'accordait sur le constat, seul le CCAS parmi les acteurs de Lorient a souhaité en assumer la mise en œuvre. Cette continuité s'est faite naturellement, le CCAS étant par ailleurs déjà impliqué dans l'élaboration des PRAPS. Ainsi, la motivation de porter une structure telle que le point santé s'est dessinée d'elle-même, d'autant plus qu'une continuité politique a été assurée au-delà des changements d'équipe au gré des élections municipales.

Employant 1 équivalent temps plein d'infirmier (auparavant à 0,5 puis à 0,8), une équipe renforcée a été mise en place au cours des deux dernières années à la suite du constat de sollicitations importantes. Étant par ailleurs le seul point santé employant une assistante de service social, le point santé de Lorient travaille en bonne intelligence avec les agents du CCAS (qui permet l'ouverture de droits à la CMU en urgence) et avec la CPAM (pour une action intitulée « volet première consultation »), ainsi qu'avec la DDCS (qui finance l'accueil de jour). Environ 1,5 équivalent temps plein est chargé de l'accueil et de la comptabilité, par contre le CCAS ne fait pas appel à des bénévoles.

Autre spécificité, la multiplicité des financeurs. L'ARS en est le plus gros, avec environ 22.000€, mais les autres crédits octroyés (au titre du CUCS, par le conseil général au titre de l'insertion des bénéficiaires du RSA notamment depuis le plan pauvreté et l'enveloppe allouée par les élus du CCAS) complètent cette subvention.

En 2013, le point santé du CCAS de Lorient a reçu 316 adultes (dont les hommes majoritaires avec 197, et 119 femmes) avec parfois des enfants. La difficulté linguistique est une réalité là aussi, avec une proportion non négligeable de migrants et de gens du voyage qui bénéficient du service d'élection de domicile. Une nouvelle catégorie de public émerge, celle des « voyageurs vieillissants » (dits routards), dont certains commencent à être rattrapés par la maladie d'Alzheimer mais ne souhaitent pas entrer en EHPAD.

Au cours de l'été 2014, les intervenants du CCAS ont du faire face à des cas de personnes présentant des troubles psychiques ou neurologiques lourds, pour lesquels une implication forte a été nécessaire (par exemple des usagers de 60 ans et plus, qui oublient de remplir une démarche administrative ou de procéder au renouvellement de leurs droits sociaux.

Les responsables avec lesquels nous avons échangé en entretien nous ont indiqué que, la ville de Lorient connaissant des difficultés économiques et sociales entraînant la multiplication de cas de précarité, des crédits ont été attribués au point santé du CCAS au titre de la politique de la ville. Ainsi, les quartiers situés en zone urbaine sensible de Frébault et de Bois du Château sont concernés, par contre le quartier de Kervéanec est récemment sorti du zonage).

Le réseau médicosocial auquel appartient le point santé du CCAS de Lorient est très actif. Outre l'appartenance à l'union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS), la structure entretient des relations jugées très porteuses avec le réseau Louis Guilloux de Rennes, des médecins exerçant dans le privé ou dans le public, des PASS, des PASS psychiatriques et des EMPP. L'orientation respective d'usagers entre ces structures est une réalité, et donne du sens au réseau médicosocial dans une volonté ferme d'éviter les ruptures avec les partenaires.

1.3.3. La contractualisation avec Noz Deiz, un long processus

Le cas de Noz Deiz situé à Dinan est un peu particulier : il s'agit en effet du plus récent signataire d'un CPOM avec l'ARS Bretagne. C'est donc le 9^{ème} point santé dans ce cas, après avoir auparavant candidaté à un appel à projets (sur le thème de la santé-précarité avec un volet nutrition), pour lequel il n'avait initialement pas été retenu. La contractualisation, ayant abouti en 2014, nous offre l'occasion de revenir sur cette procédure observée durant le stage d'exercice professionnel.

Au mois de janvier, l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale coordonnateur du PRAPS et en charge des points santé en contacte les responsables, afin de leur communiquer les modalités d'élaboration de l'avenant (dont la signature interviendra en fonction de la date de signature initiale de la CPOM) avec le montant alloué pour l'année considérée, sous réserve de disponibilité des crédits.

Les actions menées étant détaillées avec une périodicité annuelle, l'objectif est donc d'adapter l'annexe de la CPOM validée l'année précédente aux évolutions récentes le cas échéant ; par exemple, l'ARS peut être amenée à se recentrer sur une catégorie de publics, privilégier certains lieux d'intervention, inciter à la conclusion de partenariats institutionnels ou revoir les objectifs opérationnels, les indicateurs ou les valeurs cibles.

Dans l'éventualité où aucune évolution n'est entérinée, l'annexe de l'année N peut alors être strictement reconduite dans des termes identiques à celle de l'année N-1, sans subir de modification. Les responsables de points santé sont donc invités à compléter un exemplaire vierge de l'annexe en fonction de l'activité prévisionnelle de l'année à venir, et cette procédure devra se répéter chaque année pendant toute la durée de la convention pluriannuelle (soit 2013, 2014, 2015 et 2016 pour les CPOM en vigueur sur la période 2013-2016).

Il est important de souligner que les référents PRAPS des quatre délégations territoriales de l'ARS Bretagne - Côtes d'Armor (22), Finistère (29), Ille-et-Vilaine (35) et Morbihan (56) - restent à disposition des points santé en cas de besoin d'un accompagnement méthodologique au remplissage du document, notamment lors de rendez-vous de dialogue. Le coordonnateur du PRAPS étant situé au siège de l'agence, cette procédure suppose donc une remontée d'informations permanente et une certaine réactivité, afin d'articuler l'animation territoriale des délégations territoriales avec les orientations du PRAPS, animé depuis le siège mais applicables à tout l'échelon régional.

Après concertation avec les interlocuteurs des DT et réception de la version finale de l'annexe – avec un délai en général fixé à fin février – l'ARS envoie aux points santé les fichiers de suivi (un document par action) sur la base du report de données de l'annexe finalisée. Au retour de la version définitive de ces fichiers de suivi (ainsi qu'un courrier de sollicitation pour la demande et les données des files actives de l'année N-1), le circuit de signatures de l'avenant annuel de la CPOM est ensuite lancé en avril. Un premier versement (80% de la somme, ou la totalité si le montant attribué est inférieur à 23.000€) de la subvention de l'année N intervient à signature de l'avenant, vers mai-juin.

1.3.4. Adaléa, Morlaix et la SEA 35 : l'aller-vers comme vadémécum

« L'aller-vers » prôné par ces trois points santé part d'un postulat : une attention particulière doit être portée aux motivations (ou non-motivations) des personnes démunies, à tenter de comprendre leurs ressorts internes et à les inciter à se saisir de leur santé. Cette approche peut prendre plusieurs formes.

Parfois, des patients peuvent se présenter au point santé pour un motif en apparence « banal », comme le besoin de faire soigner une plaie. Au cours de la consultation, l'infirmière réalise que l'objet de sa visite est autre, ou qu'un besoin complémentaire de prise en charge (addiction, trouble psychique) s'exprime entre les lignes. Il revient alors au professionnel du point santé de savoir accueillir la demande, sans pour autant braquer l'usager par une attitude ou un ton trop prescriptif, qui pourrait ne plus s'y présenter si elle n'est pas prête à aller vers un médecin spécialiste ou le CHU.

Ainsi, Adaléa comme la SEA 35 dispose d'un chenil, afin de mettre en confiance les personnes errantes accompagnées de chiens (refusées pour des raisons évidentes dans les cabinets de médecins en ville et hôpitaux). L'idée est de les inciter, par cette reconnaissance de leurs difficultés et une neutralité bienveillante, à prendre leur santé en main.

A la sauvegarde de l'enfance à l'adulte, il est possible pour ces personnes fortement désocialisées de se rendre à l'accueil de jour Puzzle afin d'y prendre une douche, laver leur linge ou de bénéficier d'une consultation médicale sans rendez-vous – notamment pour les personnes très désocialisées de longue date, qui sont tellement éloignées du soin que leur fixer une date et une heure précise pour venir se faire soigner, serait paradoxalement le moyen le plus sûr de les « perdre ».

Cet état des lieux s'est employé à présenter les spécificités du public ciblé et des mécanismes de fonctionnement des dispositifs portés par le PRAPS, nombreux mais éclatés, en direction de la santé-précarité. Cela nous amène à présent à nous interroger dans une deuxième partie sur les atouts et limites des points santé dans leur rôle de transition vers l'offre sanitaire, sociale et médicosociale de droit commun.

* * *

2. ATOUTS ET LIMITES DES POINTS SANTÉ BRETONS DANS L'ACCÈS AU DROIT COMMUN

L'action des points santé en Bretagne joue un rôle majeur de transition vers le droit commun et présente pour ce faire des atouts indéniables, mais l'analyse de leur fonctionnement révèle des limites.

2.1. Les forces des points santé pour orienter vers le droit commun

2.1.1. Un ancrage local historique, favorisant le travail en réseau

Le contexte de création des points santé en Bretagne doit s'appréhender en réponse à l'émergence croissante de la thématique de la santé des personnes précaires dans la région. La volonté toujours présente de s'adapter aux besoins des publics fragiles apparaît en filigrane, avec le risque sous-jacent de permanence d'une situation initialement pensée comme provisoire.

La préexistence des points santé par rapport à la création de l'ARS est considérée comme une force. Elle garantit la légitimité de l'action en santé-précarité, dont le périmètre n'a pas été imposée par les pouvoirs publics, comme c'est souvent le cas pour le champ sanitaire (*top-down*), mais est issue du militantisme social local (*bottom-up*) et basé sur l'investissement des bonnes volontés qui l'ont fait vivre et développée.

Bien que les huit territoires de santé cartographiés par l'ARS Bretagne soient loin d'être uniformes (avec des intensités de dynamisme de l'économie locale, des degrés de ruralité et des taux de précarité ou de pauvreté très distincts), cette diversité des contextes vient corrélativement renforcer la conviction de l'importance fondamentale d'un travail de proximité mené en bonne intelligence entre la coordination régionale du PRAPS au siège d'une part, et l'animation territoriale opérée par les délégations territoriales de l'ARS d'autre part, afin de toujours agir au plus près des besoins des territoires.

L'état des lieux qui a été réalisé au moment de l'élaboration du PRAPS, n'est pas sans comporter quelques paradoxes. Ainsi en Bretagne, au moment de la finalisation de la programmation régionale et de la mise à plat de l'activité des points santé afin de les harmoniser et structurer, le décalage entre perception des acteurs sur le terrain et diagnostic quantifié par des études de cohortes rigoureusement scientifiques et attentives aux risques de biais statistique, est remarquable. D'un côté les acteurs, cités par un

consultant externe, mentionnent collectivement l'image d'une Bretagne « *relativement épargnée par la précarité* »¹⁸ avec un milieu associatif très impliqué dans cette « *terre à forte vocation sociale, où de nombreuses structures et personnes s'investissent dans le champ sanitaire et social, et où la place du bénévolat est importante* »¹⁹.

D'un autre côté, le diagnostic territorial partagé (appuyé sur trois études statistiques produites par l'observatoire régionale de santé Bretagne) est clair : les indicateurs de pauvreté et de précarité tendent à y augmenter. Cette étude est confortée par le constat d'une croissance forte des « files actives » - principal indicateur utilisé pour calibrer les financements public -, enregistrées par les structures sanitaires et sociales.

De même, les chiffres de la CPAM confirment une demande de plus en plus fréquente, à bénéficier de la couverture maladie universelle, de base ou complémentaire. Si les inégalités sociales de santé se manifestent de manière moins visible qu'en d'autres lieux, une large part de la population bretonne, surtout rurale, se paupérise. C'est dans ce contexte que l'ARS a souhaité structurer l'activité des points santé en Bretagne.

2.1.2. Une démarche de structuration bien amorcée par l'ARS

Il faut rappeler que le nom de « point santé », qui est spécifiquement breton, ne se retrouve pas en tant que telle sur d'autres territoires. Ce concept, d'origine costarmoricaine, a évolué et s'est développé de manière postérieure à la création de l'ARS Bretagne. Auparavant, des actions de prévention, peu ou prou, isolées existaient en parallèle des PRAPS précédents (mis en œuvre sur la période entre 2000 et 2006). L'on peut citer à titre d'exemple celles du Point H, administré par l'association AGEHB et rattaché au centre hospitalier régional universitaire de Brest par exemple, qui était parti sur la logique du soin, dans l'optique d'éviter d'engorger les services d'admission en urgence.

A la mise en place de l'agence régionale de santé au 1^{er} avril 2010, a émergé une volonté commune de structurer, rationaliser et harmoniser les différentes initiatives existantes en faveur de la santé des plus démunis (par exemple à Rennes, le réseau ville-hôpital 35 devenu point santé du réseau Louis Guilloux, l'accueil de jour « Puzzle » animé par l'association Sauvegarde de l'enfant à l'adulte jusqu'au plus récent, Noz Deiz, à Dinan). Chaque point santé a donc inscrit son action dans son histoire spécifique,

¹⁸ NOCK Francis, *Marché public de prestations d'études et d'analyses de l'action de l'ARS Bretagne en matière d'accès aux soins des plus démunis*, septembre 2013

¹⁹ Ibid.

distincte des autres. L'approche est donc globale dans la volonté d'accompagner les publics vers le droit commun, mais leur fonctionnement au quotidien, leurs publics et leurs territoires d'intervention se différencient, également en lien avec les moyens respectifs dont ils disposent.

Il convient de noter qu'à la différence par exemple des PASS, aucune circulaire ministérielle ou loi ne définit ce qu'est réellement un point santé. A l'origine, trois points santé « pionniers » ont été créés dans le département des Côtes d'Armor. Il s'agissait alors d'Adaléa, de la Maison de l'Argoat et du Point santé de Lannion. A la création de l'ARS, il a été décidé *a posteriori* d'asseoir cette action. Aujourd'hui, sur les neuf points santé signataires d'un CPOM avec l'ARS de Bretagne, seul le CCAS n'est pas membre adhérent de la FNARS Bretagne (en raison de son statut de rattachement à la commune, non associatif).

2.1.3. Un tissu associatif en santé-précarité ancien et actif

Malgré sa très forte représentativité, la FNARS Bretagne n'est pas la seule instance à mener des actions dans le domaine de la santé des personnes en situation de précarité. L'on peut également citer la Croix-Rouge française, mais aussi le SAMU social (qui mène d'autres actions que la gestion de l'hébergement d'urgence géré par le numéro d'appel du 115, hors période hivernale).

D'autres associations plus modestes, qui s'appuient uniquement sur un réseau fort de bénévoles, font par exemple des actions de type « soupe populaire » : distribution de denrées alimentaires, épiceries sociales et solidaires, animation dans les quartiers afin de recréer du lien et lutter contre l'isolement social, notamment dans les zones urbaines. Bien que ces actions peuvent paraître éloignées de la santé des plus démunis à proprement parler, elles sont un des volets, moins bien connu, du tissu associatif en santé-précarité ancien et actif existant en région Bretagne.

Si le paysage breton sur lequel s'est dessinée l'action des points santé dispose d'un certain nombre d'atouts, l'analyse du terrain révèle des limites non négligeables dans leur fonctionnement, ce qui n'est pas sans fragiliser leur action en faveur de la santé des plus démunis. L'approche par les besoins de la population qui les sollicite, adoptée de fait par les points santé, nous paraît la plus pertinente à bien des égards. La capacité d'adaptation au contexte et aux demandes est en effet l'une de leurs plus grandes forces. Elle leur permet notamment de pouvoir tendre vers une prise en charge globale de leurs usagers-cibles.

De même, la démarche adoptée ne stigmatise pas les comportements à risque. L'existence-même et le financement par l'ARS de centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues²⁰ illustre les valeurs de la santé-précarité, qui ne porte aucun jugement moral sur la consommation – même illicite –, mais sur le risque en santé publique.

Malgré l'inscription formelle des CAARRUD au sein des schémas d'addictologie – et donc financés à ce titre par la direction adjointe de l'offre médicosociale de l'ARS Bretagne qui décline le schéma régional d'organisation médicosociale (SROMS), et non par la direction adjointe prévention et promotion de la santé qui relève plus directement du schéma régional de prévention (SRP) –, le public touché est souvent dans une situation d'exclusion, d'isolement ou de dégradation telle que leur éloignement de la prévention et du soin justifie que le PRAPS s'y réfère. Les points santé ont donc été amenés à développer un partenariat fort avec ces structures afin de répondre aux besoins de leurs publics.

Malgré ces éléments positifs, l'efficacité de l'action des points santé peut parfois se trouver entachée par les limites qu'ils rencontrent. En voici quelques exemples illustratifs.

2.2. Des points de vigilance qui fragilisent leur action

L'analyse que nous avons menée nous a conduit au constat de trois limites principales au fonctionnement des points santé, qui mettent en péril l'efficacité de leur action : l'évolution du public fréquentant les points santé et la question de l'augmentation forte de la demande de migrants précaires (2.2.1.), qui les a rattrapé et les amène à repenser leur action ; le problème de la souffrance psychique (2.2.2.) qui touche très fréquemment les plus démunis ; et enfin la persistance d'un cloisonnement dans l'intervention des acteurs (2.2.3), qui débouche sur des efforts conséquents mais dispersés, notamment dans l'agglomération rennaise.

²⁰ Les CAARRUD sont des dispositifs qui s'adressent à des personnes ayant des conduites addictives (toxicomanie, alcoolisme, tabac, addiction à des médicaments tels que les antalgiques ou les médicaments traitant les troubles du système nerveux disponibles sur ordonnance, tels que les psychotropes). Leur état de dépendance aggrave parfois leur état de santé général, et rend difficile leur prise en charge sanitaire tant que leur ouverture de droits sociaux.

2.2.1. L'évolution du public : des errants aux migrants

Au démarrage des points santé, la question n'était pas celle des migrants. Le public visé était surtout composé de personnes vivant à la rue – quel que soit le parcours qui les y avait menés – et qui n'avaient pas accès aux soins pour des raisons diverses et variées.

Il pouvait par exemple s'agir d'une expérience antérieure négative avec un maillon du système de soins (par exemple le fait de prendre place dans une file d'attente trop longue dans le cabinet d'un médecin). Du fait de leur apparence physique, de leurs problèmes d'hygiène ou de leur méconnaissance des codes psychosociaux permettant une bonne intégration, il suffisait d'une remarque plus ou moins voilée ou d'une attitude laissant entrevoir une désapprobation, pour que la personne décide de renoncer aux soins.

L'idée de départ d'initiatives spécifiquement locales (comme la création d'un réseau ville hôpital) n'était donc pas de se substituer à la médecine de droit commun, créant ce faisant une médecine à deux vitesses : il s'agissait plutôt au contraire de faire les liens entre les deux, en attendant que le patient-usager soit prêt à entrer dans le droit commun.

La question des migrants a ensuite pris de l'ampleur, devenant au fil des années de plus en plus importante, notamment parce que la plupart des migrants transitaient alors par Rennes. Les professionnels du réseau ville hôpital s'est donc attelé à la question des migrants, et s'y est concentré avec les années jusqu'à en devenir le spécialiste de fait.

Le passage obligatoire par la borne EURODAC²¹ en préfecture afin de déterminer si un enregistrement de la demande a déjà eu lieu ailleurs (avec obligation le cas échéant de déposer leur demande d'asile dans le premier pays de l'Union européenne où ils ont été initialement enregistrés), a eu pour conséquence d'intensifier la demande du public migrant dans les points santé. Cette question les a donc rattrapés *de facto*, alors même que le public migrant n'était pas dans les esprits lors de la mise en place du point santé.

²¹ Base de données personnelles mise en place depuis 2003 au sein des pays membres de l'Union européenne et dotée d'un système automatisé de reconnaissance d'empreintes digitales, le système Eurodac permet de déterminer quel est l'État-membre de l'Union européenne qui est chargé de traitant une demande d'asile.

La régionalisation du traitement de la demande d'asile (auparavant centralisée à la seule préfecture d'Ille-et-Vilaine) a ainsi eu pour conséquence un afflux de migrants dans des départements où ils étaient peu présents auparavant, comme le Finistère, du fait de leur éloignement géographique. Le Point H, administré par l'association gestionnaire AGEHB à Brest par exemple, a vu sa file active passer de 450 à 800 migrants précaires.

Le nombre de patients-usagers à Brest semble s'être stabilisés, mais il y reste la persistance d'une population brestoïse en situation de grand isolement social. C'est une idée préconçue que les difficultés d'accès aux soins concernent les seuls migrants (notamment en raison des débats polémiques sur l'AME), mais l'arrivée de patients « autochtones » originaires de la région, se multiplie depuis la crise économique de 2008.

Ces évolutions, auxquelles les points santé n'avaient pas été préparés (notamment sur la question de la barrière de la langue qu'il est nécessaire de dépasser pour poser le diagnostic ou prodiguer le soin requis dans de bonnes conditions), posent avec acuité la question des entrées, des sorties et du risque de mises en place des filières dans un contexte où l'Union européenne règlemente de plus en plus le droit interne français en matière de circulation des travailleurs.

Le réseau Louis Guilloux s'est pour sa part spécialisé dans ce domaine, et emploie donc des interprètes de langues variées. Des conventionnements existent avec d'autres structures, permettant leur mise à disposition au besoin.

2.2.2. La souffrance psychique, une question insoluble ?

Parmi les patients-usagers des points santé, beaucoup présentent des problèmes d'ordre psychique importants, que le fait de vivre à la rue accentue. En raison de la pression budgétaire forte sur les hôpitaux, et la nécessité de résorber leur déficit, de nombreux lits en hôpital psychiatrique ont fermé.

La réponse à cette problématique a été de faire en sorte de les soigner dans la rue, grâce à un partenariat avec les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). Très concrètement, il s'agit d'envoyer des équipes sur place pour voir les personnes là où ils sont, même si, sans surprise, cette modalité d'intervention au coup par coup reste très largement insuffisante par rapport aux besoins exprimés.

Si, vingt ou trente années auparavant, la politique aurait été simplement d'hospitaliser ces personnes, aujourd'hui le mot d'ordre est de favoriser autant que faire se peut l'ambulatoire.

Certains points santé, bénéficiant de ressources humaines, matérielles et financières suffisantes, se sont dotés de médecins qui y donnent des consultations. Pour la grande majorité d'entre eux cependant, ce sont des infirmiers qui assument l'essentiel du travail. Dans d'autres encore, de médecins libéraux bénévoles (retraités ou salariés d'une autre structure), viennent en appui aux infirmiers et participent à la démarche d'orientation vers le droit commun.

Les responsables du point santé du CCAS de Lorient, pour leur part, partagent leur expérience sur les parcours psychiatriques : il semble très difficile d'y faire entrer les personnes en situation de curatelle renforcée, le basculement vers la tutelle étant souvent inéluctable afin une perte totale d'autonomie.

S'il a été possible d'identifier des confrères non réticents à prendre en charge ce public, les points santé veillent pour autant à ne pas les surcharger, conscients de la difficulté de suivre ces patients qui présentent des pathologies lourdes et complexes.

Le dispositif créé comme transitoire s'est fondé sur une logique ancrée qui a consisté à favoriser l'« aller vers » les publics les plus éloignés, par exemple venant des urgences qui engorgeait la salle d'attente pour une blessure infectée mais ne présentant pas d'urgence vitale. Le cloisonnement et la dispersion des efforts, observés par ailleurs, sont une autre limite identifiée de l'action des points santé.

2.2.3. Cloisonnement et efforts dispersés, le cas de Rennes

Au sein de l'agglomération rennaise, la situation est jugée paradoxale à plus d'un titre. En effet, malgré l'existence d'actions innovantes et d'une expertise indéniable des acteurs en place, les besoins croissent de façon exponentielle, rendant difficile l'efficacité de leur action. Ces points santé disposent ainsi d'une longue expérience établie et portée par un engagement fort, mais qui peine à répondre à l'explosion d'une demande de prise en charge, toujours plus urgente.

La configuration particulière des structures rennaises n'arrange pas cet état de fait : un lien est bel et bien fait avec les accueils de jour (où une population de personnes sans domicile fixe, classique, est accueillie au Puzzle par exemple et peut y boire un café,

prendre une douche ou laver son linge). Le problème est que l'offre est proposée de façon cloisonnée et morcelée, à l'encontre d'une logique de guichet unique qui pourrait être plus opérante.

Les deux points santé présents à Rennes (le réseau Louis Guilloux, anciennement connu sous le nom de réseau ville hôpital 35 d'une part, et la sauvegarde de l'enfant à l'adulte, d'autre part) se situent à une certaine distance l'un de l'autre. Malgré un réseau de transports en commun plutôt bien conçu et développé, cet éloignement est un frein (par exemple une personne non francophone qui, après beaucoup d'efforts, arrivera à la SEA35 et se verra recommander d'aller à Louis Guilloux, qui dispose d'interprètes).

De même, le restaurant social géré par le CCAS est situé à un autre endroit, ce qui fait que l'organisation complexifie un parcours quotidien (aller manger au restaurant social L'éperdit, également appelé Le Fourneau à un point de la ville, avant d'aller se laver à l'accueil de jour Puzzle de l'association la sauvegarde – lequel n'accueille pas de famille – situé au centre-ville de Rennes, puis de repartir en consultation au réseau Louis Guilloux localisé en ZUP sud.

Même si l'accompagnement à l'ouverture de droits se fait toujours, la question du soin se règle le plus souvent au coup par coup. La problématique des chiens est également bien réelle, pas seulement pour la prise en charge à l'hôpital, mais aussi pour l'hébergement d'urgence et l'accès au logement.

Le cas de Rennes est particulièrement complexe, même s'il faut rappeler que certaines personnes parmi les publics des points santé n'expriment pas le besoin ni l'envie de sortir de la rue. Habiter dans un logement comporte également des contraintes (payer son loyer et ses factures, respecter les règles de bon voisinage), qui exigent un certain degré de maturité psychique et sociale pour les remplir les obligations. Si à la naissance du revenu minimum d'insertion en 1988, la logique gouvernementale s'est attachée à catégoriser les bénéficiaires en fonction de leur appartenance à un territoire, aujourd'hui la notion de bassin de santé apparaît bien plus large. Dans une agglomération aussi urbanisée et dense que celle de Rennes, il semble aujourd'hui nécessaire de s'interroger sur la pertinence de maintenir deux points santé, qui évoluent de façon parallèle avec peu de mutualisation des moyens et des ressources.

Après avoir mis en avant les points forts et faiblesses des points santé, cette troisième partie s'attèle à formuler des pistes d'amélioration de ce dispositif spécifique à la

Bretagne, et de la place que peut occuper un inspecteur de l'action sanitaire et sociale dans cette évolution souhaitée.

* * *

3. PRÉCONISATIONS POUR UNE ACTION FÉDÉRATRICE ET COHÉRENTE DES POINTS SANTÉ

Les constats effectués nous amènent à formuler des propositions d'amélioration, tant en ce qui concerne le rôle particulier des points santé en région Bretagne, que s'agissant des autres dispositifs complémentaires de l'action en santé-précarité. Les préconisations suivantes plaident ainsi pour un décloisonnement de l'action en santé-précarité (3.1.) qui sera rendue possible par une mise en cohérence des différentes forces en présence (3.2.), tout en réaffirmant l'intérêt d'un travail en commun plus affirmé entre les champs du sanitaire et du social (3.3.) et en encourageant une démarche pérenne la d'information et de communication sur les enjeux de la santé-précarité (3.4.).

3.1. Pour un décloisonnement de l'action en santé-précarité

L'action en santé-précarité sur le territoire breton s'appuie sur des dispositifs variés, qui s'attachent à répondre au mieux aux usagers qui en ont besoin. Pour autant, le cloisonnement et la dispersion des efforts, risquent d'entacher leur efficacité. Il est donc préconisé de saisir l'opportunité d'abandonner l'entrée thématique - qui, au vu des difficultés complexes rencontrées par le public précaire, se révèle insuffisante - pour adopter une approche populationnelle (3.1.1.). De même, la poursuite du mouvement de structuration des points santé initiée depuis trois ans par l'ARS Bretagne, nous semble opportune (3.1.2.).

3.1.1. Abandonner l'entrée thématique, au profit d'une approche populationnelle

Pour renforcer la pertinence de la contractualisation des points santé avec l'ARS, il est préconisé de favoriser une approche populationnelle de la santé-précarité. Le PRAPS en étant aujourd'hui à sa troisième génération, ce recul qui permet de mener une analyse critique de la pertinence de son approche. Alors que les deux premières générations du PRAPS s'intéressaient surtout à la prévention, ce programme étant en effet perçu comme « *le volet précarité de l'approche thématique, permettant d'orienter les actions vers les populations défavorisées, grâce à des financements spécifiques* ». ²² La DAPPS de l'ARS lance en effet chaque année un appel à projets pour soutenir ces actions. Maintenir l'appel à projets parallèle aux CPOM est de nature à favoriser l'émergence d'actions innovantes par des porteurs modestes, qui se démarquent des opérateurs structurants²³

²² KNOCK F. (cf. bibliographie). La santé-précarité bénéficie de 19% du total des crédits.

²³ L'instance régionale d'éducation-promotion de la santé, les associations de lutte contre le VIH (AIDES) et de prévention en alcoologie (ANPAA), la mutualité française Bretagne

bénéficiant de financements pluriannuels ou de CPOM. L'action des porteurs candidats doit ainsi, s'inscrire dans six thématiques prioritaires :

1. Les conduites addictives
2. La promotion de la santé mentale et la prévention du suicide
3. La vie affective et sexuelle
4. La nutrition et l'activité physique
5. La santé environnementale
6. La santé des personnes en situation précaire.

Lors du séminaire organisé en juin 2014 par la DAPPS - qui a coïncidé avec notre stage d'exercice professionnel -, des critiques récurrentes ont émergé du retour d'expérience des instructeurs des dossiers reçus suite à l'appel à projets. En effet, le périmètre des thématiques est jugé encore trop large, ce qui entraîne une procédure chronophage qui vient empiéter sur les autres modes de financement (comme les avenants aux CPOM). Plus généralement, la prédominance de l'approche thématique sur l'approche populationnelle est jugée avec sévérité, ce qui semble évident pour les points santé. L'appel à projets 2014 a par exemple reçu, parmi les porteurs candidats, un projet innovant de point santé itinérant proposé par une association régionale reconnue dans ce domaine.

L'obligation, posée dans le guide du porteur, de ne choisir qu'une thématique unique pour candidater, est problématique : qu'en est-il d'une action qui ciblerait un public concerné par plusieurs thématiques (par exemple, « la nutrition des personnes en situation de précarité » est transversale aux thématiques 4 et 6 ; « les troubles psychiques chez les personnes en situation d'habitat indigne » s'inscrivent à la fois dans les thématiques 2 et 5 ; « la prévention des infections sexuellement transmissibles chez les personnes ayant des conduites addictives » touche tant les thématiques 1 que 3) ?

L'entrée thématique est actuellement celle utilisée dans les dispositifs en faveur de la santé des plus démunis. Il semble pourtant que cette approche ne soit pas la mieux adaptée aux besoins d'un public complexe, qui présente souvent des difficultés croisées, sur le plan des difficultés sociales, des pathologies graves, de troubles psychiques ou d'addictions. Un traitement sporadique de ces troubles, au gré de l'urgence de l'apparition des symptômes, soulève la problématique de son efficacité comme de son efficience. Ainsi, l'appréhension globale des problématiques rencontrées par le patient, dans une approche résolument populationnelle, nous paraît la mieux à même d'aboutir sur une prise en charge efficace, tant à court qu'à moyen terme.

L'observatoire régional de santé a réalisé en 2010 et 2011 un diagnostic territorial, permettant notamment de mettre en évidence le poids de la thématique santé-précarité dans l'analyse de l'offre. De façon surprenante, la partie consacrée au schéma régional d'organisation des soins ne mentionne ni les PASS ni les EMPP (alors que la partie portant sur le schéma régional d'organisation médicosociale évoque les dispositifs des ACT et des LHSS, qui s'inscrivent dans le schéma régional d'addictologie). C'est là encore une illustration du poids du traitement par entrée thématique cloisonnée des problématiques de santé publique, alors-mêmes que les populations accueillies par les points santé peuvent avoir recours à l'un ou l'autre de ces dispositifs selon leur situation.

Ainsi, selon M. Knock²⁴ « *pour de nombreux acteurs rencontrés, la prévention n'est pas une bonne porte d'entrée pour aborder la santé des publics les plus démunis. Ils soulignent à juste titre que ces publics n'investissent pas la santé comme une priorité, et que nombre d'entre eux arrivent tardivement aux soins, quand ils sont malades. Les discours de prévention n'auraient donc que peu de poids* ».

Il semble donc judicieux d'abonder dans le sens de la proposition faite de supprimer la thématique santé-précarité de l'appel à projets annuel lancé par la DAPPS, et de créer un appel à projet ad hoc ciblé sur les opérateurs s'adressant aux personnes démunies, et proposant des actions directement liées aux objectifs du PRAPS.

Les limites auxquelles se heurte l'approche thématique apparaissent avec acuité. Si elle paraît rationnelle du point de vue de l'instruction des dossiers par l'ARS (qui peut nommer des coordonnateurs thématiques dédiés), elle court le risque de méconnaître le besoin des usagers en ignorant la transversalité des questions de santé publique, souvent multifactorielles. Par ailleurs, il convient de ne pas perdre de vue que la candidature à un appel à projets est souvent la porte d'entrée d'un opérateur avant la contractualisation. Cela justifie donc la nécessité de poursuivre la démarche de structuration, initiée en 2012 par l'ARS Bretagne.

3.1.2 Poursuivre la démarche de structuration des points santé par l'ARS Bretagne

Comprendre la démarche d'harmonisation des points santé par l'ARS Bretagne nécessite un bref rappel contextuel. Avant la révision générale des politiques publiques qui a donné lieu à la création de l'ARS, les points santé étaient financés dans le cadre de la procédure d'appel à projet annuel du groupement régional en santé publique (GRSP).

²⁴ cf. bibliographie

Au 1^{er} avril 2010, le GRSP a été intégré aux différents services qui ont créé l'agence, et c'est la direction adjointe de la prévention et promotion de la santé (rattachée à la direction de la santé publique) de l'ARS qui en a hérité.

Ainsi, jusqu'en 2012 le rôle de l'ARS en direction des points santé consistait principalement à en recevoir et traiter les dossiers de financement, sans véritable recherche de cohérence d'ensemble ni volonté d'interférer dans le contenu de leur activité. Cet état de fait a ensuite évolué à la faveur de l'élaboration et de la mise en place du PRAPS : l'action existante des points santé a en effet été repérée, *a posteriori*, comme concourant aux objectifs du PRAPS. Il a ainsi été jugé nécessaire de les structurer et de les harmoniser. Un inspecteur de l'action sanitaire et sociale²⁵ affecté à l'ARS Bretagne a donc été nommé référent régional santé-précarité et coordonnateur du PRAPS, en vue de lui confier la responsabilité de piloter une démarche de contractualisation, en deux temps.

La première étape (2012) s'est traduite, après un état des lieux du fonctionnement interne des points santé, par la rédaction et la proposition aux huit points santé d'une convention d'objectifs et moyens comportant un socle commun d'actions personnalisables en fonction des spécificités locales, avec en annexe un document de cadrage de l'action des points santé, une méthodologie de suivi (avec des fichiers de suivi propres à chaque action) et un dialogue de gestion avec un volet activité et un volet financier. Cette étape d'expérimentation a été concluante, grâce à une posture pédagogique d'explication et de mise en cohérence de la programmation régionale en santé avec l'action du terrain.

La seconde étape (2013) a donc été lancée, avec la signature d'un CPOM pour une durée de trois ans entre l'ARS Bretagne et chaque point santé breton, avec l'appui des référents PRAPS en délégation territoriale de l'ARS, qui demeurent les interlocuteurs de première ligne des points santé en vue d'assurer un dialogue de proximité.

Ce conventionnement pluriannuel est donc une reconnaissance du rôle des points santé comme tremplin vers le droit commun, dont l'action s'imbrique aux objectifs du PRAPS, tout en permettant aux points santé d'inscrire leur intervention dans la durée et d'avoir une meilleure visibilité financière : embauche de personnel, déploiement de nouvelles actions. Un neuvième point santé situé à Dinan est entré dans la dynamique en 2014, permettant une meilleure couverture territoriale de l'offre en santé-précarité en Bretagne.

²⁵ Il s'agit de notre maître de stage d'exercice professionnel, nommé référent régional santé-précarité

Compte tenu de l'accompagnement dont ils ont bénéficié, la contractualisation est désormais bien identifiée par les points santé. Afin d'améliorer le suivi des avenants aux CPOM, la préconisation de consolider encore la coordination entre siège et DT nous apparaît nécessaire pour l'inscrire dans la durée.

De même, la question doit se poser de l'adéquation entre besoins et moyens dans le cadre de cette harmonisation régionale. L'ensemble des CPOM des points santé, signés entre 2013 et 2014, expirera en effet en 2016 de façon concomitante avec le projet régional de santé. Cette révision pourrait être l'occasion d'une réflexion sur une meilleure structuration de l'articulation du suivi des CPOM entre siège et délégations territoriales d'une part, et sur un équilibre entre les différentes procédures et modalités de financements des projets PPS (CPOM, financements pluriannuels, appels à projets) afin d'optimiser la répartition de la charge de travail au regard des calendriers contraints.

Enfin, il peut être envisagé à l'avenir, une démarche plus poussée de pérennisation des partenariats que développent les points santé, notamment en définissant les pistes d'actualisation du document de cadrage (rédigé fin 2011) au regard du projet de loi de santé publique et des nouvelles orientations nationales en matière de prévention.

Dans la continuité de cette démarche réussie de structuration régionale, les évolutions en cours peuvent en effet être une opportunité de mettre à plat la notion de continuité des parcours de santé, et d'envisager un rapprochement ambitieux entre les directions métiers de l'ARS Bretagne concernés par cette thématique (offre ambulatoire, offre hospitalière, offre médicosociale, santé publique-prévention/promotion de la santé).

3.1.3. Engager la réflexion sur un rapprochement des points santé rennais

A l'heure actuelle, les deux points santé rennais (le réseau Louis Guilloux d'une part, et la sauvegarde de l'enfant à l'adulte d'autre part) agissent chacun de façon séparée en vue d'un objectif partagée. Au vu des difficultés – décrites dans la première partie consacrée aux constats – qu'entraîne pour la prise en charge globale des usagers, de l'éclatement de cette action, il nous semble intéressant de réfléchir à la possibilité d'un rapprochement entre ces deux structures.

Cela pourrait prendre la forme de la création d'un groupe de travail qui réunirait de manière mensuelle des responsables de chaque point santé afin de se pencher sur les

spécificités du public rennais à l'échelle des quartiers, et d'éviter une dispersion des efforts susceptibles de faire obstacle à la mutualisation des moyens et ressources humaines, logistiques et financières sur le territoire de l'agglomération rennaise.

Cette recommandation nous paraît être un prélude à la volonté de parvenir à une meilleure cohérence des différentes forces en présence (3.2.).

3.2. Pour une mise en cohérence des différentes forces en présence

Sur leur fonctionnement interne comme dans les partenariats avec des services tiers qu'ils développent, l'activité des points santé pourrait gagner en cohérence à travers la mise en œuvre de deux préconisations : partager leur expérience avec l'organisation durable de journées points santé et créer huit groupes de travail – un par territoire de santé – pour réfléchir à un partenariat plus systémique entre PASS et points santé.

3.2.1. Partager leur expérience avec l'organisation durable de journées points santé

Les professionnels oeuvrant dans les points santé se sentent parfois impuissants, face à l'ampleur de la tâche et à l'éclatement des initiatives, à accompagner les personnes démunies vers le droit commun. Inscrire sur la durée l'organisation de journées thématiques dédiées au retour d'expériences dans les points santé, favoriserait l'animation d'un réseau régional des points santé, à l'image de celui créé par les PASS. En lien avec l'ARS, une journée des points santé a en effet été organisée au mois de janvier 2014 à Saint-Brieuc. A cette occasion, l'agence régionale de santé Bretagne a eu l'occasion de rappeler les objectifs du PRAPS, dans lequel doivent s'inscrire les points santé.

L'appropriation du cahier des charges de l'ARS est en effet nécessaire, pour s'assurer que l'activité des points santé ne soit pas happée par les besoins des publics lesquels s'y présentent souvent de façon urgente. Si la gestion de la demande quotidienne est une nécessité, il paraît utile de ne pas perdre de vue, la feuille de route à laquelle le rôle des points santé doit s'imbriquer.

S'agissant du partage de connaissance, une journée des points santé est prévue le 29 janvier 2015 à Rennes. De telles initiatives étant peu fréquentes, elles sont à encourager voire à systématiser à travers l'adoption d'un calendrier trimestriel de rencontres. Cela permettrait notamment d'enrichir sa réflexion, de s'inspirer des initiatives

prises par les pairs et plus globalement d'améliorer sa propre vision de la mission de passerelle.

3.2.2. Créer un comité multilatéral santé-précarité dans chaque territoire de santé

En allant à la rencontre des permanences d'accès aux soins de santé dans le cadre des investigations de ce mémoire, il nous paraissait important de chercher à savoir s'il existait un partenariat entre les points santé et la PASS. En effet, si les points santé n'ont pas – à la différence des PASS – d' « acte de naissance » légal fixant leur création et leur mode d'organisation, dans les faits les publics qu'ils accueillent sont très comparables : principalement des personnes démunies, en exclusion sociale, souffrant de troubles psychiques et migrants précaires. Malgré ces similarités de cible, il nous a semblé étonnant que le partenariat entre ces deux dispositifs ne soit pas davantage formalisé.

Les entretiens réalisés, au cours desquels nous avons pris connaissance d'un certain nombre de parcours d'usagers, laissent entrevoir un phénomène involontaire de renvoi respectif d'une structure à l'autre, en fonction du surgissement du besoin de l'utilisateur à un instant donné. Quelques anecdotes permettent de mieux saisir cet enjeu :

Il peut s'agir, par exemple, d'un jeune en errance qui se présente spontanément au point santé afin de faire soigner une plaie et solliciter l'infirmière pour un bandage. Quelques jours après, si la plaie s'infecte de manière inquiétante, l'infirmière prendra alors l'initiative d'accompagner (y compris physiquement) ce jeune errant au CHU afin de bénéficier de soins plus poussés, où il pourra être suivi par la PASS.

Autre exemple, celui d'une jeune femme migrante à un stade de grossesse avancée, qui entre aux urgences de l'hôpital en vue d'y accoucher. A sa sortie de la maternité quelques jours plus tard, la PASS du centre hospitalier la réfèrera au point santé afin qu'elle soit orientée vers un réseau d'acteurs à même de l'aider (assistante sociale d'un CCAS, médecin salarié du conseil général délivrant des consultations gratuites à son nourrisson au centre de protection maternelle et infantile).

Si l'on doit saluer la réactivité et la capacité d'adaptation des points santé comme des PASS²⁶ une telle gestion « au fil du flux » de la demande semble de nature à fragiliser la stratégie concertée d'entrée dans le droit commun que doit ambitionner de mettre en œuvre l'action en santé-précarité. Face à une personne victime d'un grave accident, la priorité est bien sûr de lui prodiguer les soins idoines dans les meilleurs délais afin d'éviter que son diagnostic vital ne soit engagé, et non de vérifier qu'il a bien déposé en CPAM sa demande de couverture maladie universelle ou que son logement présente des caractéristiques d'indécence.

Face à ce constat d'un réseau d'acteurs mobilisés, mais qui interviennent chacun à leur niveau, nous préconisons dans un premier temps la rédaction commune d'un projet de Charte d'un comité sur la base d'un recueil participatif d'idées émanant des acteurs. Co-présidé par les PASS et les points santé de chacun des 8 territoires de santé de l'ARS, ce comité pourrait être inscrit dans la démarche de révision du PRAPS, en tirant profit de la fenêtre d'opportunité ouverte par le calendrier du projet régional de santé (à échéance en 2016). L'objectif final serait de parvenir, dans chacun des huit territoires de santé bretons, à la signature d'une convention formelle où seront détaillés les protocoles de prise en charge des patients, selon l'entrée, PASS ou point santé, par laquelle ils se seront présentés au système sanitaire et social.

Ces deux entités, au centre du dispositif, piloteraient le groupe de travail, en vue de la mise à disposition d'un personnel commun en ce qui concerne les assistantes sociales. Un groupe de travail pourrait être formé, réunissant la CPAM (pour le volet accès aux droits et à la protection sociale), la préfecture (pour le volet droit au logement opposable et traitement des dossiers des demandeurs d'asile), la CAF (pour le volet liquidation du RSA et des prestations liées du handicap), et le département (pour le volet suivi de l'insertion sociale et professionnelle).

Ce groupe de travail, qui pourrait s'intituler « *Comité de coordination des actions de lutte contre les inégalités socio-territoriales de santé et le non-recours aux droits sociaux* » pourrait se réunir une fois par mois en commission avec un traitement anonyme. Son objet serait de traiter de la situation globale de la personne, dans une logique de prévention, à l'image de la commission de coordination des actions de prévention de expulsions locatives (CCAPEX). Les sujets de la prise en charge médicale, de sécurité sociale, d'impact du logement sur la santé, de droits sociaux,

²⁶ Ces deux structures gèrent au quotidien, chacun à leur niveau, des situations délicates. Il est rare qu'une personne démunie – souvent indifférente aux messages de prévention - s'y présente inopinément sans y être contraint par l'urgence ou la gravité du cas.

d'accompagnement administratif pour les migrants et d'insertion professionnelle y seraient débattus afin de décider de la meilleure direction vers laquelle orienter le public et de favoriser l'interconnaissance des outils, souvent méconnus, gérés par les partenaires. Une présentation ponctuelle de la veille de l'actualité juridique et sociale de chaque structure pourrait également y être organisée à tour de rôle.

Cette préconisation est ambitieuse. Elle peut cependant être réalisable, à la condition que l'investissement personnel des acteurs qui y seront associés soit effectif.

3.2.3. Renforcer le volet qualitatif des indicateurs des PASS

Si l'activité de la PASS répond sans doute à un besoin bien identifié - la prise en charge sanitaire et sociale des patients à l'hôpital -, l'étude du terrain révèle ses limites dans l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des personnes en situation précaire. Par ailleurs, malgré une complémentarité *de facto* avec l'intervention des points santé²⁷, l'on peut estimer surprenant que davantage de synergies ne se fassent pas de manière plus concertée entre ces deux dispositifs, qui évoluent en ne se croisant que rarement. De plus, l'intégration de la PASS dans l'hôpital justifie que la mesure des indicateurs utilisés privilégie le volet quantitatif, ce qui n'est pas satisfaisant.

En effet, le décompte annuel de la « file active » de patients qui ont sollicité la PASS demandé par la Direction de l'offre hospitalière de l'ARS en charge de l'allocation de ressources, est parfois problématique. L'exploitation de données recueillies par le questionnaire met ainsi parfois en lumière des incohérences (par exemple, une clinique privée déclarant une file active largement supérieure à un très grand centre hospitalier régional public ; la fourniture de chiffres multipliant par deux ou trois le nombre d'admissions en urgence enregistrées d'une année à l'autre, sans qu'une explication convaincante ne soit fournie). Relancés, certains professionnels soignants ou assistants de service social ont évoqué des difficultés à rassembler les données a posteriori lorsque la comptabilité des files actives n'a pas été tenue avec rigueur et constance depuis le début de l'exercice.

²⁷ Les points santé joue le rôle de « guichet d'entrée » à des petits soins, de façon subsidiaire à celui d'un médecin traitant pour lequel la personne démunie n'est pas encore prête. En revanche, on est confronté à la PASS en cas de repérage, par le service des admissions lors d'une entrée - rarement programmée - à l'hôpital, d'une situation à risque : absence de mutuelle complémentaire, statut administratif irrégulier d'un migrant, tendance suicidaire couplée à un isolement social, etc.

Le contexte d'urgence de l'intervention peut justifier ces difficultés à s'associer pleinement à la démarche de performance et d'efficience des crédits octroyés. En outre, la préoccupation est faible quant au faible nombre d'équivalent temps plein, en décalage complet avec le flux conséquent d'utilisateurs fréquentant la PASS. Il est apparu enfin une confusion fréquente entre admission aux urgences, service social hospitalier et PASS – expliquant l'incompréhension fréquente sur l'impossibilité d'opérer une fongibilité entre budget de l'hôpital et enveloppe fléchée MIG. Pour clarifier l'ensemble, la référence à la circulaire de 2013 apparaît dès lors incontournable.

Il semblerait au final que la culture d'évaluation inhérente au pôle d'allocation de ressources de l'offre hospitalière, peut parfois différer quelque peu des valeurs de prévention et promotion de la santé, davantage attachées à l'impact qualitatif des actions subventionnées, qu'à l'équilibre financier des hôpitaux. Le partenariat se trouverait facilité par une compréhension profonde des problématiques, tant dans leur globalité (rôle de l'activité des PASS dans l'accès aux soins et complémentarité forte avec les interventions des points santé) qu'au sein du contexte actuel (restrictions budgétaires). Des renvois respectifs existent de fait : des patients sont ainsi orientés, au moment de leur sortie de l'hôpital, vers le point santé afin de régulariser leur situation. Parallèlement des usagers du points santé se voient recommander de consulter un spécialiste à l'hôpital en cas de pathologie lourde), aussi il apparaît fondamental de consolider, pérenniser et systématiser ce partenariat. Cela suppose au préalable, que la séparation organisationnelle entre les secteurs relevant du sanitaire et du social puisse être au besoin dépassée, afin de traiter de situations transversales.

3.3. Pour un travail commun plus affirmé entre le sanitaire et le social

3.3.1. Nommer un correspondant PRAPS à la DA offre ambulatoire

Les limites identifiées dans la partie précédente, révèlent que les points santé peinent à éviter l'écueil de s'installer durablement dans une médecine pour précaire. Or, l'objectif affirmé est bien de favoriser l'accès à l'offre ambulatoire : comme l'a évoqué un acteur, « *Les points santé, ce n'est pas médecins du monde* ». Pour y remédier, une réflexion sur l'évolution de la structuration des directions métiers de l'ARS nous paraît d'actualité.

A l'heure actuelle, il semble que les trois directions adjointes²⁸ rattachées à la Direction de l'offre de soins et de l'accompagnement de l'offre hospitalière (DOSA)

²⁸ Offre ambulatoire et coordination des acteurs, Offre médico-sociale et Offre hospitalière

fonctionnent en tuyau d'orgue clos avec la DAPPS qui met en œuvre le PRAPS. S'agissant de la direction adjointe de l'offre ambulatoire et de la coordination des acteurs, elle est en charge d'organiser les soins de premier recours, d'accompagner l'évolution des réseaux de santé, et d'anticiper les enjeux actuels et à venir de la démographie médicale.

La notion d'offre de soins de premier recours mérite d'être clarifiée, tant son articulation avec les finalités du PRAPS sous-tend la logique partenariale ici préconisée. Avant la banalisation du terme « soins de premier recours » dans le champ de l'action sanitaire et sociale, une acception précédente était celle de « soins primaires » et son pendant, « l'équité sanitaire », dont la pertinence de l'objet est proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans son rapport annuel²⁹ paru en 2008 :

« Les populations manifestent de plus en plus d'impatience face à l'incapacité des services de santé à assurer une couverture nationale répondant à des demandes précises et aux nouveaux besoins, ainsi qu'au fait que leurs prestations ne correspondent pas à leurs attentes. Que les systèmes de santé doivent relever mieux – et plus rapidement – les défis d'un monde en évolution, tout le monde en convient. Les soins de santé primaires peuvent le faire ».

L'idée de cette notion, est donc celle de réforme des systèmes de santé afin de relever le défi de la réponse au besoin du patient-usager, dans un souci de justice sociale.

Concrètement, les soins primaires sont « des **soins de santé essentiels** fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et **socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles** dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination³⁰. »

Il paraît important de souligner qu'au centre des soins de santé primaires, se trouvent notamment les infirmiers. C'est encore le cas dans les points santé bretons aujourd'hui, où les « petits soins » (coupures, plaie, maux divers de la tête ou du ventre, irritation dermatologique) sont dispensés dans l'immense majorité des cas, par des

²⁹ Organisation mondiale de la santé (OMS), 2008, *Les soins de santé primaire – Maintenant plus que jamais*, http://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf

³⁰ Définition de l'Organisation mondiale de la santé, 1978, cité dans Carnets de santé <http://www.carnetsdesante.fr/Qu-est-ce-que-les-soins-primaires>

infirmiers – le recours à des médecins généralistes, en exercice ou retraités, restant l'exception.

Cette qualification renvoyant à des actes jugés banals (au contraire des soins secondaires, ou de second recours nécessitant une compétence médicale plus élevée), cette notion a été progressivement abandonnée en France au profit de la notion de soins de premier recours. Plus généraliste, elle permet à nos yeux d'une part de revaloriser la technicité du médecin de famille, tout en lui donnant une certaine reconnaissance dans son travail de prévention

A l'heure actuelle, il ne semble pas qu'une concertation formelle entre soins de premier recours et objectifs opérationnels PRAPS soit menée. Pourtant, il est loisible de constater que le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de l'ARS Bretagne reconnaît bien la santé des personnes précaires comme une thématique transverse. Dans son point « 2.4. - Les liens avec les programmes », l'on peut ainsi y lire que « *Les schémas et les programmes régionaux déclinent les objectifs du PSRS. Les programmes déclinent pour partie les schémas mais n'en sont pas exclusifs. Ainsi, il n'existe pas de programme adossé de manière spécifique au SROS mais **les programmes régionaux à élaborer** (gestion du risque, télémédecine, PRAPS) **prévoient des actions complètement liées à l'organisation des soins** ».*

L'on peut cependant s'étonner de voir que la réflexion n'aille pas au-delà de la définition du PRAPS dans le SROS, qui se contente d'énoncer que « *Le PRAPS permet la mise en œuvre opérationnelle des objectifs du PSRS et des schémas sectoriels. À ce titre, il s'appuie largement sur le diagnostic réalisé pour l'élaboration du PSRS et affiné au moment de la rédaction des schémas. **Le PRAPS vise à être un des maillons entre l'accès aux droits communs et aux droits spécifiques des populations les plus vulnérables** ».*

En définitive, il apparaît que la direction adjointe de l'offre hospitalière finance les dispositifs relevant formellement de son champ d'intervention (notamment les crédits MIG fléchés pour la santé-précarité), sans pour autant que cette action ne soit comptée comme concourant aux objectifs du PRAPS : l'on n'y trouve cependant pas de mention des PASS des centres hospitaliers bretons, ni des EMPP, ce qui reste surprenant. Le schéma médicosocial, pour sa part, mentionne les seuls dispositifs intégrés aux addictions, sans les relier à l'action en santé-précarité.

Au final, seul le schéma régional de prévention, qui se prononce dans son texte en faveur d'une « *approche écologique et systémique de la promotion de la santé* », (en son point « 5.1.1. – La dimension sociale et politique de la promotion de la santé »), mentionne de façon explicite les outils mobilisés par le PRAPS dans son double objectif de favoriser l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des personnes précaires, et de lutter contre les inégalités sociales de santé.

En raison de cette frontière invisible dans l'approche entre DA Prévention et Promotion de la Santé, et la DA de l'Offre Ambulatoire et de la Coordination des Acteurs (frontière sans doute héritée de leurs cultures professionnelles respectives antérieures à leur fusion lors de la création de l'ARS), le résultat en est que l'absence de l'enjeu de la santé précarité dans la feuille de route du projet régional de santé, cantonne le PRAPS exclusivement à la programmation régionale déclinée dans le schéma régional de prévention, et le périmètre de mise en œuvre de ses actions relève exclusivement de la Direction de la santé publique de l'ARS Bretagne.

Bien qu'une attention particulière soit accordée à l'accès des publics démunis à l'offre de soins de premier recours, qu'un agent de la DA Offre ambulatoire soit associé aux travaux de l'équipe projet du PRAPS et qu'une réunion soit prévue tous les deux mois entre la DA Offre ambulatoire et la DA Prévention et promotion de la santé afin de faire le point sur les dossiers en cours, il nous paraît nécessaire d'aller plus loin dans ce partenariat naissant.

Concrètement, il s'agirait de veiller à la prise en compte des problématiques de la santé-précarité dans les dispositifs d'exercice coordonné de la médecine, notamment dans les projets de création de coordinations territoriales d'appui, à l'échelle du bassin de santé. Il est également envisagé de faire une présentation du PRAPS au sein d'une future réunion de la fédération régionale des réseaux de santé. Enfin, il s'agira d'articuler les coordinations territoriales d'appui avec les instances départementales du PRAPS, en lien avec les agents référents PRAPS dans les délégations territoriales de l'ARS.

Pour ce faire, il est préconisé de nommer un agent qui sera en charge de faire le lien avec le référent santé-précarité de la DAPPS, d'échanger sur les orientations de leur direction respective et d'en décliner les actions de façon concertée. L'intérêt serait à la fois de répondre aux objectifs du PRAPS, et d'assurer un maillage territorial de l'offre de soins de premier recours efficace. Les dispositifs mentionnés ne sont en effet pas concurrents : ils sont au contraire complémentaires mais leur déclinaison de manière séparée ne favorise pas les coopérations entre directions métiers. L'émergence de la

thématique des nouvelles formes d'exercice coordonné de la médecine, initialement réponse des pouvoirs publics au phénomène de désert médical, peuvent être un levier d'action intéressant pour articuler l'action des points santé avec l'offre de soins de premier recours.

3.3.2 Inciter les points santé à orienter leur public vers les réseaux de santé et MSP

Priorité des pouvoirs publics, la continuité des parcours des usagers a été renforcée par la SNS lancée en septembre 2013. Compte tenu des spécificités épidémiologiques régionales mises en évidence par les études statistiques de l'observatoire régional de santé, l'ARS Bretagne s'est initialement mobilisée en adoptant une approche par entrée thématique. Mon entretien avec un professionnel de santé, très attaché à l'universalisme du système, fut très intéressant. Cette rencontre m'a permis d'appréhender avec recul un point de vue différent de celui exprimé par la majorité des acteurs de la santé-précarité, souvent embolisés par le traitement de cas urgents.

Pour lui, parvenir à un maillage correct de l'offre en zone sous-dotée devrait être la priorité de chacun ; a contrario, « *un dispositif doit être mis à disposition* » : créer une médecine pour précaires serait une erreur. Pour fluidifier les trajectoires de soins des usagers, les coordinations territoriales d'appui sont l'occasion d'y parvenir. Sa conviction est qu'il est de la responsabilité de l'ARS de s'assurer qu'il n'y ait qu'un système de santé unique, porté par une vision universaliste, la plus large possible, de la santé : la prévention devrait s'articuler avec l'organisation sanitaire et médicosociale, et non créer des dispositifs dont le saupoudrage nuirait à l'efficacité globale du système. Un exemple en est le coût du dépistage d'une hépatite B (80€), alors qu'une greffe du foie coûterait 400.000€ supportés par la collectivité. Ainsi, il considère personnellement que « *les points santé sont un pis-aller, révélateurs d'une subsidiarité défailante* ».

A Rennes par exemple (où le point santé est un héritage du réseau ville hôpital), le réseau Louis Guilloux s'est substitué à un manque réel, mais la problématique de la santé des personnes précaires est « *abordée par le mauvais bout* » : c'est surtout le signe des insuffisances du système à bien prendre en charge le patient dans sa globalité, d'où la mise en place de « palliatifs » comme la PASS au succès relatif. Alors que l'ambition de la loi HPST était de coordonner le soin autour du besoin du patient, la tâche s'est dans les faits rapidement révélée plus difficile que prévue, en l'absence de financement dédié. D'où la grande nouveauté : l'appui à la coordination.

L'idée de la coordination territoriale d'appui (CTA) est de permettre à un patient, indépendamment du territoire, d'avoir une réponse à son besoin d'offre en santé, en particulier pour les cas complexes. Depuis 2012, la haute autorité de santé réfléchit à comment appuyer les regroupements de professionnels de soins de santé. De cette réflexion sont nées les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et réseaux de santé.

Les réseaux de santé ont été créés en 2002, avec le portage de l'union régionale des caisses d'assurances maladie (aujourd'hui fusionnée à la Direction de l'offre de soins et l'accompagnement de l'ARS). Positionnés sur une thématique - diabète, périnatalité, vieillissement, addictions, santé mentale, prévention du suicide -, ils animent des séances d'éducation thérapeutique du patient et mutualisent les ressources au niveau du territoire. L'intérêt est donc de permettre au soignant de s'appuyer sur ce relais vers une expertise pour répondre à la demande qui se présente à lui : « *Ma patiente diabétique souffre de sclérose en plaque et ne parle pas français. Y'a-t-il une convention avec un interprète en langue X ?* » ou « *Dentiste, je dois intervenir dans un EHPAD auprès d'un patient qui souffre de dénutrition. Un gériatre peut-il m'accompagner ?* ». Ainsi, un guide méthodologique d'évolution des réseaux de santé est paru en octobre 2012, et dans la continuité un texte de la DGOS en préparation devrait en repréciser l'organisation.

Pour ce médecin, l'urgence pour les points santé est d'orienter leurs usagers vers l'offre de soins de premier recours qui soit jugée la plus adaptée. Pour favoriser la continuité des soins, une gradation des soins doit être effectuée, du médecin traitant vers l'hôpital. La PDSA (qui fonctionne sur la base d'un volontariat individuel mais est une responsabilité collective) peut y être associée. A l'inverse, en s'affranchissant du premier recours, les points santé font doublon avec le droit commun.

Un autre exemple d'évolution possible pour les points santé, est celui du pôle de santé du Gast, dans le quartier défavorisé de Maurepas à Rennes. Sur le modèle du centre médical (à l'image de celui de Couronnes à Paris), le pôle de santé du Gast fait appel à des médecins libéraux, mais adopte une philosophie empreinte de connaissance de leur environnement (tiers payant, ouverture de droits à la sécurité sociale). Le danger, dans ce modèle serait de « *confondre économie de la santé, et santé publique* ». Même si les centres de santé sont différents des MSP, le réseau de santé, porté par la coordination territoriale d'appui, devrait être le lieu où l'on identifie les ressources. Les CTA sont en cours de construction, mais devraient intégrer l'offre de soins de premier recours.

Ainsi, il importe avant toute chose que « *l'effectuation du soin reste au soignant* » : un médecin ne doit pas être payé pour faire de la traduction ou accompagner l'ouverture de droits. Même si l'abord populationnel (âge, genre, sociologie) est important, il est mal compris par le système. Peu de médecins en-dehors des généralistes ont une approche holistique du patient (et n'y voient pas seulement un « bout de foie qu'on va soigner »). Dans le cadre des CTA, les cliniques privées peuvent mettre à disposition leur plateau technique.

3.3.3. Asseoir le partenariat ARS-DRJSCS (plan Pauvreté/volet santé du CUCS)

Depuis fin 2013, l'ARS et la DRJSCS ont mené de façon conjointe une démarche de rencontres avec les équipes et élus locaux au sein des collectivités territoriales ayant mis en place un atelier santé ville (ASV). L'objet de ces rencontres était d'approfondir l'interconnaissance entre les ASV, l'ARS, la DRJSCS et les DDCS bretonnes, de repérer les éventuels points de vigilance, de se faire part mutuellement des expériences probantes dans un esprit de partage et d'échange de bonnes pratiques, et enfin d'identifier les évolutions nécessaires afin de bien articuler les plans et dispositifs en vigueur et gérés par chaque institution, dans le cadre de la programmation régionale et infrarégionale des politiques publiques de santé et de cohésion sociale.

En effet, la loi n°2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine pose un cadre d'action renouvelé pour la politique de la ville. L'ARS Bretagne entend ainsi investir ce chantier, en concertation avec les services déconcentrés de l'État en charge de la cohésion sociale, afin de veiller à l'inscription des volets santé dans les futurs contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) dont le directeur général de l'ARS sera signataire.

A cette fin, un calendrier de rencontres a été fixé avec un chargé de mission de la DRJSCS Bretagne en charge de ce dossier, afin de faire le point sur les modalités d'organisation de ce chantier, et de la façon dont l'ARS y sera partie prenante en fonction des orientations nationales en la matière.

3.4. Pour une stratégie de sensibilisation transversale aux enjeux de la santé-précarité

3.4.1. Pérenniser la communication sur l'observatoire POPPS de la FNARS

Lors des travaux d'élaboration du dernier PRAPS, un certain nombre de participants avaient pointé un manque : celui de données fiables et précises des besoins en santé des personnes en situation précaire. Ce ressenti général est semble-t-il, partagé par de nombreux acteurs du domaine. Au cours de notre stage d'exercice professionnel, ce sujet est revenu de façon régulière dans les réunions d'équipe projet, notamment suite à la publication de la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville en juin 2014.

Si l'INSEE Bretagne fournit certes des études poussées sur une grande variété de domaines connexes (emploi, éducation, revenus), il apparaît que pour ce qui est des phénomènes de non-accès, de refus ou de renoncement aux soins des plus démunis, le champ reste encore à explorer avec un plus grand affinage à un niveau infra-communal. En effet, le maillage de l'offre doit s'apprécier au plus près des territoires, et avec le nouveau zonage urbain (qui découpe les bassins de vie³¹ en carrés de 200 mètres sur 200 mètres), le besoin de « *repérer les facteurs déterminants, déclencheur de la prise de soins et du suivi d'un parcours de soin* »³², se fait plus accru.

Pour y répondre, la FNARS Bretagne a initié une démarche de construction d'une « étude-action participative », en y associant l'ensemble des participants concernés, professionnels comme patients-usagers des structures, et avec l'appui de deux commissions de travail thématiques : la commission des usagers d'une part, et la commission santé d'autre part. L'objectif en était de cerner la problématique et faire remonter les informations exploitables, avec le soutien méthodologique, dans la phase de « forage statistique », d'un géographe spécialisé dans les questions de santé-précarité au à Angers.

Cette démarche a débouché sur la création d'un outil innovant, avec le soutien de l'ARS Bretagne : la POPPS (plateforme d'observation participative précarité et santé). Cette plateforme, régulièrement mise à jour en fonction de la disponibilité des données et

³¹ Le bassin de vie est défini par l'INSEE comme « *le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants* ». Source : www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=zonages/bassin-vie-2012.htm. Ainsi, un habitant du quartier Villejean à Rennes peut être « captif » du centre hospitalier Saint-Grégoire, alors même que le CHU du Pontchaillou est plus proche géographiquement. Une personne peut résider dans la commune voisine de Saint-Jacques de la Lande, et venir chaque jour travailler au centre-ville de Rennes, etc.

³² Présentation du responsable de la commission santé de la FNARS Bretagne lors de la journée de restitution des travaux de l'observatoire POPPS le 16 décembre 2014

bilans (comme la publication des rapports annuels d'activités des points santé), a fait l'objet d'un espace dédié³³ sur le site internet de la FNARS Bretagne. Construit de manière conjointe entre administrateurs de la fédération, professionnels de santé, intervenants du secteur social et usagers accompagnés, cet observatoire a pour ambition de « réaliser un état des lieux en compilant des données sur la Bretagne, créer des indicateurs originaux à partir de l'activité observée et de la parole des personnes, et conduire une observation à l'échelle du territoire régional afin de faire le lien entre la santé et la précarité ». ³⁴

A la suite de l'organisation de cinq rencontres régionales donnant lieu à des ateliers en petits groupes (questionnaire, analyse mutualisée des chiffres fournis dans les rapports d'activité des structures d'accueil, etc.), et de quatre cafés-discussions (soit un pour chaque département breton) où les usagers des structures des points santé ont pu s'exprimer, les premiers résultats ont été restitués à l'occasion d'une journée organisée le 16 décembre 2014 à Saint-Méen le Grand, à laquelle nous avons pu participer.

Attendue de longue date et répondant à un besoin partagé par tous les acteurs, cette expérimentation est une initiative fort précieuse pour les points santé, les autres dispositifs (ACT, EMPP, LHSS, PASS) et l'ARS. La préconisation de poursuivre ces travaux dont les premiers résultats sont encourageants en termes d'exhaustivité, de précision et de pertinence, nous paraît donc tout à fait opportune. Reste à bien mener un travail de diffusion auprès tant des professionnels de santé (union régionale des professionnels de santé, établissements publics de santé, syndicats de médecins) que du social (assistants de service social, conseil général, centres communaux d'action sociale, DDCS).

3.4.2. Systématiser la formation des soignants à la prise en charge des plus démunis

La prise en charge sanitaire, sociale, médicosociale, administrative et psychique des plus démunis ne se conçoit efficacement qu'avec l'association des acteurs de terrain. Le PRAPS apporte donc son soutien à l'information et à la formation des professionnels du social (dans sa partie 4.2. – Des structures ressources, des outils et des formations "santé" pour les professionnels intervenant auprès des publics précaires »).

³³ <http://fnars.org/bretagne-poppo>

³⁴ *Op. cit.*

Une évaluation conduite en 2009³⁵ dans le département de l'Ille-et-Vilaine a démontré un retour très favorable sur ce dispositif de la part des professionnels en charge d'un projet de santé : découverte des différentes étapes d'une conduite de projet, clarification du travail de chacun dans le cadre d'un partenariat interinstitutionnel. De plus, la formation des professionnels a été ajoutée aux six objectifs du PRAPS, nouvelle finalité qui devrait être rendue publique au premier trimestre 2015.

L'intérêt d'outiller les professionnels sociaux est double : d'une part, cette formation leur permet de savoir mobiliser les ressources à leur disposition, en faisant appel à un réseau si besoin, afin de répondre à la demande des usagers. Ceux-ci sollicitant souvent l'aide à laquelle ils ont besoin dans des situations d'urgence sociale voire vitale (accident, blessure grave, crise révélant une pathologie aiguë), cette réactivité est alors précieuse. D'autre part, elle leur permet de gagner en légitimité dans leur rôle d'accompagnement auprès des partenaires institutionnels (conseil général, CCAS).

Pour autant, il nous paraît essentiel de ne pas se cantonner aux intervenants du social. Les soignants pourraient de même bénéficier de ce volet de formation, ce afin de les aider à appréhender le public démunis qui peut se présenter à eux. Comme le montre l'intitulé d'un dossier spécial de la revue de l'ordre des médecins consacré à la santé-précarité (« Accès aux soins et précarité : la situation se dégrade »), ou de manière plus anecdotique, les mots d'un médecin généraliste exerçant dans un cabinet libéral installé au cœur d'un quartier prioritaire de la politique de la ville à Rennes (« *Le tiers-payant pour les plus précaires, on en fait déjà ! J'ai sous mon bureau un tiroir plein de chèques libellés par des personnes sans mutuelle, qu'on me demande de ne pas encaisser avant le début du mois suivant, le temps que le RSA soit versé par la CAF sur le compte ou que la mutuelle traite la demande de remboursement* »), les soignants sont parfaitement informés des enjeux de cette thématique et rencontrent cette situation au quotidien.

Reste à systématiser cette sensibilisation à travers des actions de formation plus structurées. Cette préconisation pourrait se cristalliser, concrètement, sous deux formes :

D'une part, par le développement professionnel continu. Rendu obligatoire par l'article 59 de la loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, ce dispositif désormais inscrit dans le code de la santé publique a pour principales finalités « *l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des*

³⁵ Citée dans le PRAPS de l'ARS Bretagne, page 46

soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins ».

La rédaction de cette disposition législative est sans équivoque : chaque professionnel de santé en exercice en France au 1^{er} janvier de l'année considérée (soit 1,7 million de praticiens en 2014, tous modes d'exercice confondus sans distinction) doit de manière obligatoire participer à au moins un programme de formation au titre du développement professionnel continu, quelle qu'en soit la durée.³⁶ Une plateforme en ligne dédiée permet aux soignants de créer un compte et de repérer des sessions de formation susceptibles de les intéresser dans leur région, grâce à la mise à disposition d'un moteur de recherche régulièrement mis à jour. De plus, il est possible de voir les frais engagés pour une formation effectivement suivie pris en charge, à travers un processus d'indemnisation.

La recommandation de communiquer, à travers un partenariat qui pourrait être formé entre l'union régionale des professionnels de santé en Bretagne et la FNARS de la même région, les formations dédiées à la prise en charge des personnes démunies, pourrait être de nature à favoriser les synergies et contribuer, à son échelle, à la réduction des ISS et du non-recours.

D'autre part, la responsable d'un point santé avec lequel nous avons eu un entretien téléphonique nous a fait part d'une initiative intéressante en la matière, qui gagnerait à être étendue sur les huit territoires de santé délimités par l'ARS Bretagne. Ainsi l'AGEHB, située à Brest, est précurseur en la matière. Fondée à la fin des années 1980 par un collectif de médecins bénévoles, cette structure était initialement partie du constat qu'il était nécessaire de « *travailler avec la non-demande* » des médecins libéraux : jusque là, le partenariat se faisait au rythme des patients ; lorsque l'AGEHB estimait qu'ils étaient prêts, le patient était référé vers un médecin traitant, qui recevait en transmission le dossier médical correspondant avec ses antécédents.

Le point santé se voulait donc informatif et neutre, et n'avait pas adopté une démarche prescriptive : l'objectif était réellement d'aider le patient vulnérable à être projeté dans le droit commun. En pratique, un turnover d'environ 2 patients sur 3 est constaté, ces derniers quittant la structure pour le droit commun. S'il est indéniable que des réussites de parcours existent bien, le flux augmente malgré tout en valeur absolue, avec parfois des allers et retours de personnes qui s'agrippent à la relation de confiance

³⁶ https://www.mondpc.fr/mondpc/le_dpc_en_pratique/19#obligation1

tissée avec les professionnels du Point H et ne se choisissent un médecin traitant extérieur qu'avec réticence.

Désormais, les professionnels commencent donc à réinterroger leurs pratiques, et il en ressort la nécessité de revoir cette approche : l'afflux d'usagers fait que le point santé va devoir les orienter de manière plus incitative qu'auparavant. Cette prise de conscience se révèle dans les faits un peu ambivalente, notamment pour les patients souffrant de maladies chroniques qui sont « captifs » du point santé et demandent une attention particulière. Même si elle est nécessaire, il semble important de sortir de la seule comptabilisation de la file active et essayer d'analyser les cas de manière plus individuelle.

Suite à cette évolution, il a semblé opportun d'aller plus loin dans la démarche d'information, de communication et de sensibilisation auprès des soignants. Sa responsable dispense donc désormais des formations dans les facultés de médecine à Brest. De même, des étudiants en santé ont bénéficié d'un accueil en stage dans la structure : le retour qu'ils en font en termes de réflexion sur le sens de l'action en santé-précarité, de prise en compte des besoins des usagers et d'analyse de leurs pratiques semble particulièrement encourageant. Reste à systématiser ces initiatives, qui demeurent pour la plupart le fait de personnes déjà sensibilisées (un médecin en formation qui choisit d'y faire son stage et cible cette structure d'accueil en connaissance de cause, a visiblement un intérêt marqué pour ce domaine).

Au final, l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des personnes démunies et la projection vers le droit commun doit s'inscrire dans une compréhension du patient dans toute sa complexité, ainsi que la compréhension profonde du territoire de proximité : c'est là l'immensité du chantier auxquels font face les points santé bretons aujourd'hui.

* * *

Conclusion

En réponse au double questionnement initial (sur l'efficacité du fonctionnement interne des points santé, et l'articulation avec les partenaires extérieurs vers lesquels ils ont vocation à « projeter » leurs patients-usagers), la réponse apparaît au final contrastée. La pertinence de ce rôle de plateforme-transition, censée intervenir de façon subsidiaire, est établie. C'est en effet sans conteste une réponse claire à la réalité tangible d'un besoin identifié, et de ce point de vue, les points santé remplissent entièrement leur rôle.

Pour autant, le contexte budgétaire contraint et la recherche d'efficience qui en découle, interrogent sur les facteurs de glissement d'une situation temporaire, au durable. De même qu'il peut être jugé que le RSA a joué son rôle de soutien monétaire en période difficile dès lors que le bénéficiaire n'y a plus droit - c'en est tout le paradoxe -, les acteurs interrogés perçoivent comme un semi-échec le fait de voir les mêmes patients-usagers continuer à fréquenter la structure durant de longs mois, y compris lorsque leur situation personnelle s'est peu ou prou stabilisée. L'accès à l'emploi, la sortie de la rue au titre du droit au logement opposable, le sevrage d'une addiction, l'ouverture de droits à la CMU-C ou le statut de réfugié ne suffisent pas parfois à pérenniser l'appropriation de leur santé.

Mesurer l'adéquation entre l'outil (les points santé) et les besoins et enjeux (l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des personnes précaires) peut paraître à première vue opportun, et a été dans un premier temps envisagé pour ce travail. Les enquêtes exploratoires menées sur le terrain révèle pourtant qu'une évaluation de l'efficience et de la pertinence de l'action des points santé, réalisée avec la rigueur scientifique requise (en évitant les biais statistiques) et dont les résultats soient utilisables à moyen terme, serait difficilement faisable à l'heure actuelle, pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, pour évaluer l'efficience des points santé, il serait nécessaire de collecter des données épidémiologiques sur le taux de non-recours en Bretagne, avec un affinage par degré de précarité et lieux de résidence (afin de les comparer au nouveau zonage de la politique de la ville qui prend en compte le revenu moyen du quartier) afin de mesurer l'avant/après de l'intervention des points santé et déterminer de façon exhaustive leur poids dans une éventuelle résorption du difficile accès aux droits et aux soins.

Or, par définition, les personnes qui renoncent à solliciter le système social (par absence d'information, découragement face à la complexité administrative du dossier, crainte d'être traité avec peu d'égards, refus d'être traité de personne « assistée », absence de domicile en raison de leur errance³⁷) échappent au système. Leur situation complexe entre difficilement dans les cases prévues par l'administration.

³⁷ Voici quelques raisons évoquées par l'ODENORE : Sur la radiation du RSA https://odenore.msh-alpes.fr/documents/radiation_arbitraire.pdf

Sur l'information erronée sur ses droits à la retraite dont s'estime victime un usager

Au-delà de la connaissance intuitive de cette réalité par les acteurs de la santé-précarité, le plus souvent acquise de façon anecdotique, les points santé pratiquant « l'aller-vers » pour inciter leurs publics à se saisir de leur santé, leur décompte précis et exhaustif est impossible : elles sont inconnues des bases de données qui auraient hypothétiquement pu être sollicitées : CAF, CPAM, CCAS, préfecture.

Des initiatives visant une connaissance des publics et l'analyse des besoins existent³⁸, mais leur diffusion est à ce jour trop récente pour permettre d'en extraire des données suffisamment probantes pour une évaluation de l'efficacité des points santé en Bretagne. Nous estimons que cette limite justifie le choix fait de circonscrire ce mémoire à un état des lieux problématisé de leur action et une réflexion sur les pistes d'amélioration.

S'agissant du logement et de l'hébergement, cette question est intéressante pour un inspecteur de l'action sanitaire et sociale, en ce qu'elle fournit des pistes d'analyse globale du parcours de l'usager. Les premiers travaux de la POPPS présentés lors d'une journée de restitution à laquelle nous avons pu assister le 16 décembre 2014 se sont penchés sur le lien entre état de santé (réel ou perçu) par les personnes en situation précaire, isolement et mal-logement. Si l'existence d'une corrélation – voire une causalité – entre ces thèmes est confirmée, la place que peuvent y jouer les points santé, appelle à des précautions méthodologiques. La réflexion en terme de santé globale est séduisante, mais il faut rappeler que les points santé n'ont pas de compétence en logement.

Cela nous amène à réinterroger la question de la scission du sanitaire et du social depuis 2010. L'organisation actuelle de l'administration délimite en effet strictement les attributions respectives de l'ARS - accès aux soins, maillage de l'offre, prévention -, des DRJSCS et DDCS - hébergement et logement -, des organismes de sécurité sociale, dont les CAF et CPAM - ouverture de droits - et la préfecture - traitement de la demande d'asile - . Face à la demande complexe de son public qui mène *de facto* à une vision enchevêtrée, la question du cloisonnement de l'action publique mérite d'être posée.

Pour continuer ce cheminement, une meilleure articulation des champs sanitaire et social (à travers la poursuite des travaux initiés par la convention entre ARS et DRJSCS, et leurs protocoles départementaux) permettrait sans doute une prise en compte plus optimale des besoins en santé des usagers des points santé et une vision globalisante de leur rôle de transition vers le droit commun.

* * *

https://odenore.msh-alpes.fr/documents/nous_sommes_la_pour_vous_aider_ou_nous_sommes_la_pour_vous_pieger.pdf

³⁸ La plateforme d'observation participative précarité et santé (POPSS) par la FNARS Bretagne ; l'Observatoire DEs NON-REcours aux droits et services (ODENORE) par un enseignant-chercheur à l'IEP Grenoble

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE, Circulaire N°DGCS/SD1B/2014/14 du 16 janvier 2014 relative à la mise en place d'actions visant à améliorer l'accès aux droits sociaux. Bulletin officiel Santé, n°14/02 du 15 mars 2014, pp. 769-776 [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet :

www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/14-02/ste_20140002_0000_p000.pdf

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, Circulaire N°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé. Bulletin officiel Santé, n°13/07 du 15 août 2013, pp. 253-261 [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet : www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-07/ste_20130007_0000_p000.pdf

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, Loi N°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Journal officiel, n°175 du 31 juillet 1998 [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet :

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894

MINISTÈRE DE L'ÉGALITÉ DES TERRITOIRES ET DU LOGEMENT, Ministère délégué chargé de la ville, Loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine. Journal officiel, n°0045 du 22 février 2014 page 3138 [visité le 21.01.2015], disponible sur Internet :

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028636804&categorieLien=id

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle [visité le 14.01.2015], disponible sur Internet : www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000198392

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, Direction des hôpitaux, Direction générale de la santé, Direction de la santé, Circulaire N°DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n° 98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale

des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies. Non paru au Journal officiel, [visité le 14.01.2015], disponible sur Internet : www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-01/a0010045.htm

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, Loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009 [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet : www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR, Arrêté du 28 décembre 2007 portant régionalisation de l'admission au séjour des demandeurs d'asile dans la région Bretagne. Journal officiel, n°0001 du 1 janvier 2008, page 8 [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000017767879>

RAPPORTS

ARCHIMBAUD A., septembre 2013, *L'accès aux soins des plus démunis : 40 propositions pour un choc de solidarité*, rapport remis au Premier ministre, La Documentation française 156p. [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet : www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000645/0000.pdf

BAUDIS D., mars 2014, *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME*, rapport remis au Premier ministre, La Documentation française 47p. [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet : www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000204/0000.pdf

CHEREQUE F., VANACKERE S., janvier 2014, « Paquet "santé" : une mise en œuvre bien initiée, mais à consolider à certains égards » in *Évaluation de la 1^{ère} année de mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale*, Inspection générale des affaires sociales, pp. 51-53 et 176-184 [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet : www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2013-024R_Tome_I.pdf

DIRECTION REGIONALE DE L'ENVIRONNEMENT, DE L'AMENAGEMENT ET DU LOGEMENT (DREAL) BRETAGNE, avril 2013, *Étude sur le fonctionnement des réseaux de lutte contre l'habitat indigne dans les quatre départements bretons – synthèse régionale*, 19 p., [visité le 20.01.2015], disponible sur Internet : www.bretagne.developpement-

durable.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_regionale_cle5ee181.pdf

FONDATION ABBE PIERRE, janvier 2013, *Rapport annuel 2014 sur l'état du mal-logement en France*, 305 p., [visité le 12.01.2015], disponible sur Internet : www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/content-files/files/rapport_2014_sur_letat_du_mal-logement_en_france.pdf

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, février 1998, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, éditions de l'ENSP, 368 p. [visité le 12.01.2015], disponible sur Internet : www.hcsp.fr/Explore.cgi/Ouvrage?clef=15

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE, décembre 2009, *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, édition la Documentation française, 104p. [visité le 01.10.2014], disponible sur Internet : www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_inegalites.pdf

MEDECINS DU MONDE, *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France – rapport annuel 2013*, octobre 2014, 180 p., [visité le 12.01.2015], disponible sur Internet : www.medecinsdumonde.org/Publications/Les-Rapports/Observatoire-2014-de-l-acces-aux-droits-et-aux-soins-telechargez-le-rapport

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ : MINISTÈRE DES PERSONNES HANDICAPÉES ET DE LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION, décembre 2012, *Rapport du Gouvernement sur la pauvreté en France*, La Documentation française, [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet : www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000654/0000.pdf

MOLEUX, M., SCHAETZEL F., SCOTTON C., mai 2011, *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action*, Inspection générale des affaires sociales, [visité le 20.01.2015], disponible sur Internet : www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580/0000.pdf

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2008, *Rapport sur la santé dans le monde : les soins de santé primaire - maintenant plus que jamais*, 125 p. [visité le 20.01.2015], disponible sur Internet : www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf

WRESINSKI, J., 1987, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, 2^{nde} édition, Conseil économique et social, 74 p. [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet : http://grandepauvrete.lecese.fr/documents/reedition_wresinski.pdf

CONFERENCES

BRETON, E., « Les enjeux des déterminants sociaux de la santé », 25 février 2014, in *Débat régional « Les déterminants sociaux de la santé : comment agir ? »* organisé par l'ARS Bretagne à l'occasion de la stratégie nationale de santé, Présentation d'Éric Breton Ph.D., Titulaire de la Chaire INPES « Promotion de la santé » à l'EHESP
www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Actualites/Actualites_2014/semaine_09/2014-02-25_E_Breton_Debat_regional_SNS.pdf

FRAGONARD B., PELTIER M., RIVARD A., décembre 2012, *Accès aux droits et aux biens essentiels, minima sociaux*, Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, 158 p. [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet :
www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000645/0000.pdf

LEGROS M., BAUER D., GOYAUX N., décembre 2012, *Santé et accès aux soins. Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins*, Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, 54 p. [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet :
www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000650/0000.pdf

REGNIER A., ROBERT C., décembre 2012, *Logement, hébergement. Pour un choc de solidarité en faveur des sans-abris et des mal-logés*, Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, 57 p. [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet :
www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000648/0000.pdf

ARTICLES DE PERIODIQUES

ALLERMOZ E., DRAULT C., mai-juin 2014, « Accès aux soins et précarité : la situation se dégrade » in *Médecins* n°35, bulletin de l'Ordre national des médecins pp. 17-22.

ARO HABITAT BRETAGNE, PREFECTURE DE LA REGION BRETAGNE ET DIRECTION REGIONALE DE L'ENVIRONNEMENT, DE L'AMENAGEMENT ET DU LOGEMENT, septembre 2014, « Le logement en chiffres : parc locatif des bailleurs sociaux en Bretagne au 1^{er} janvier 2013 », in *Service connaissance, prospective et évaluation – Observatoires et Statistiques* [visité le 14.01.2015], disponible sur Internet :
www.bretagne.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/RPLS_2013_light_cle28c1f6.pdf

BARNAY, T., décembre 2014, « Inégalités de santé : influence du groupe social sur la dégradation de la santé perçue », in *Études et résultats* n°898 [visité le 12.01.2015],

disponible sur Internet : www.drees.sante.gouv.fr/inegalites-de-sante-influence-du-groupe-social-sur-la,11377.html

CANNASSE, S., août 2008, « Qu'est-ce que les soins de santé primaires ? », in *Organisation des soins - Carnets de santé*, [visité le 14.01.2015], disponible sur Internet : <http://www.carnetsdesante.fr/Qu-est-ce-que-les-soins-primaires>

INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET EDUCATION POUR LA SANTE, juillet 2011, « Ce sont les conditions de vie et leurs déterminants sociaux qui forment les inégalités : entretien avec Michael Marmot », in *La santé de l'homme* n°414, « Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention » pp. 11-12, [visité le 12.01.2015], disponible sur Internet : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-414.pdf

LANG T., décembre 2010 *Inégalités sociales de santé : une construction tout au long du cours de la vie*, pp. 21-24 in *Actualité et dossier en santé publique* n°73, 64 p. [visité le 20.01.2015], disponible sur Internet : www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=113

MOISY M., juin 2014, « État de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA », in *Études et résultats* n°882, [visité le 12.01.2015], disponible sur Internet : www.drees.sante.gouv.fr/etat-de-sante-et-renoncement-aux-soins-des-beneficiaires-du,11307.html

RIEU C., MOLINA V., avril 2014, « Moindre recours au médecin généraliste dans l'ouest de la Bretagne et risque de renoncement aux soins plus élevé dans les unités urbaines et sur le littoral », in *Octant Analyse* n°61 [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet : www.insee.fr/fr/insee_regions/bretagne/themes/octantana/octana61/octana61.pdf

OUVRAGES

DECLERCK P., février 2003, *Les naufragés : avec les clochards de Paris*, éd. Plon, 458 p www.plon.fr/ouvrage/les-naufrages/9782259183871

POTVIN L., MOQUET M.-J., JONES C. (sous la dir.), 2010, *Réduire les inégalités sociales en santé*, éd. INPES, Saint-Denis, coll. Santé en action, 380 p.

THESES ET MEMOIRES

APERT A., juin 2013, *L'action publique en matière de santé pour la réduction des inégalités sociales de santé*, mémoire de Master 2 PPASP, EHESP, 105 p. [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet :

<http://documentation.ehesp.fr/memoires/2013/ppasp/apert.pdf>

BLOCH P., CHEVALARD T., GRIENENBERGER S., JOLY B., MAUGE C., RABERIN C., RACON P., 2012, *La gouvernance du PRAPS en Bretagne : freins et leviers*, Module inter professionnel de santé publique, EHESP, 47 p. [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet : http://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/mip/groupe_6.pdf

CAILLET V., 2001, *Le rôle de l'hôpital dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité : les PASS en région Centre*, mémoire d'IASS, EHESP, 91 p. [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet : <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2001/iass/cailliet.pdf>

PUBLICATIONS INSTITUTIONNELLES

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE, octobre 2011, *Programme régional d'accès à la prévention et aux soins - PRAPS de 3^{ème} génération pour les personnes en situation de précarité*, 54 p. [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet :

http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Espace_conseil_surveillance/Actions_agence/PRAPS.pdf

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE, VILLE DE RENNES, juin 2013, *Contrat local de santé 2013-2015*, 176 p. [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet :

http://www.ars.bretagne.sante.fr/uploads/media/CLS_Vdr_TOME_1.pdf

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE, février 2014, *Schéma régional de prévention*, 96 p. [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet :

http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Concertation_regionale/Projet_regional_sante/PRS_integral_definitif/SRP.pdf

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE, mai 2013, « Décryptage - Les points santé : l'accès pour tous au système de santé et médicosocial de droit commun » in *La Bretagne en santé, agir ensemble pour la santé des Bretons*, 6^{ème} numéro, p.7

CHEREQUE F., VANACKERE S., janvier 2014, « Paquet "santé" : une mise en œuvre bien initiée, mais à consolider à certains égards » in *Inspection Générale des Affaires*

Sociales, *Évaluation de la 1^{ère} année de mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale*, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, pp. 51-53 et 176-184 [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet : www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2013-024R_Tome_I.pdf

COMEDE, 2013, « Accès aux droits – accès aux soins » in Comité médical pour les exilés, *Migrants étrangers en situation précaire, soins et accompagnement, Guide pratique pour les professionnels* pp.89-108 [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet : http://www.comede.org/IMG/pdf/guide_comede_2013.pdf

CONSEIL NATIONAL DE PILOTAGE DES ARS, mars 2011, *PRAPS – Guide méthodologique*, 49p. [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_praps_mars_2011.pdf

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, septembre 2013, *Stratégie nationale de santé, feuille de route*, 32p. [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet : <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf>

MOHANU, A., décembre 2011, *Document de cadrage : convention d'objectifs et de moyens 2012 avec les Points santé*, Agence régionale de santé Bretagne, 3p.

NOCK F., septembre 2013, *Rapport d'évaluation de l'action de l'ARS Bretagne en matière d'accès aux soins des plus démunis*, 52p.

RÉSEAU LOUIS GUILLOUX, 2013, *Rapport d'activité*, 70p. [visité le 01.11.2014], disponible sur Internet : <http://www.reseauvillehopital35.org/rapport-activit>

SITES INTERNET

Agence régionale de santé Bretagne www.ars.bretagne.fr

Association des PASS Rhône-Alpes www.apassra.org

ATD quart-monde www.atd-quartmonde.fr/+Sante+.html

Conseil national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale www.cnle.gouv.fr

DREES www.drees.sante.gouv.fr

FNARS Bretagne <http://fnars.org/bretagne>

INSEE Bretagne <http://www.insee.fr/fr/regions/bretagne/>

Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale www.mipes.org

Ministère des affaires sociales et de la santé <http://www.sante.gouv.fr/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite.html>

Observatoire des inégalités www.inegalites.fr

Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale www.onpes.gouv.fr

Observatoire des non-recours aux droits et services www.odenore.msh-alpes.fr

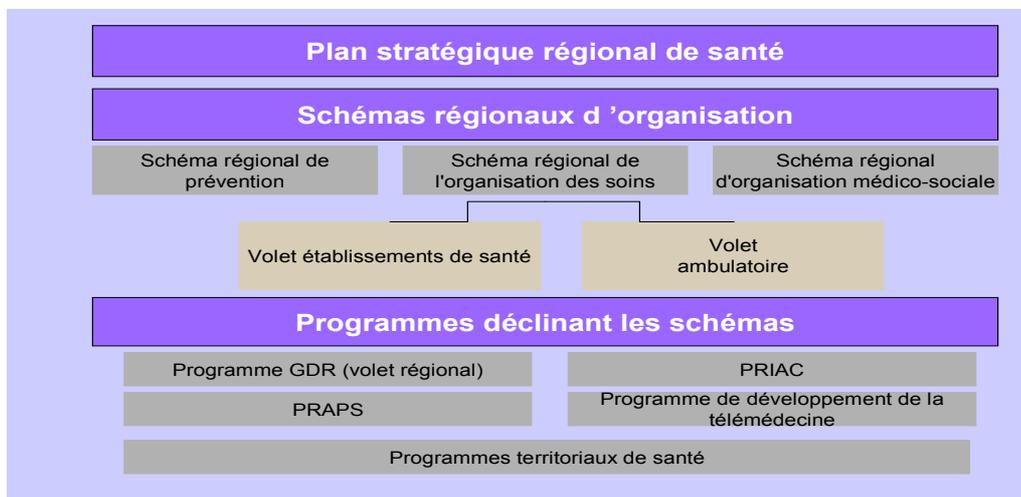
Plateforme observatoire participative précarité santé www.fnars.org/bretagne-popps

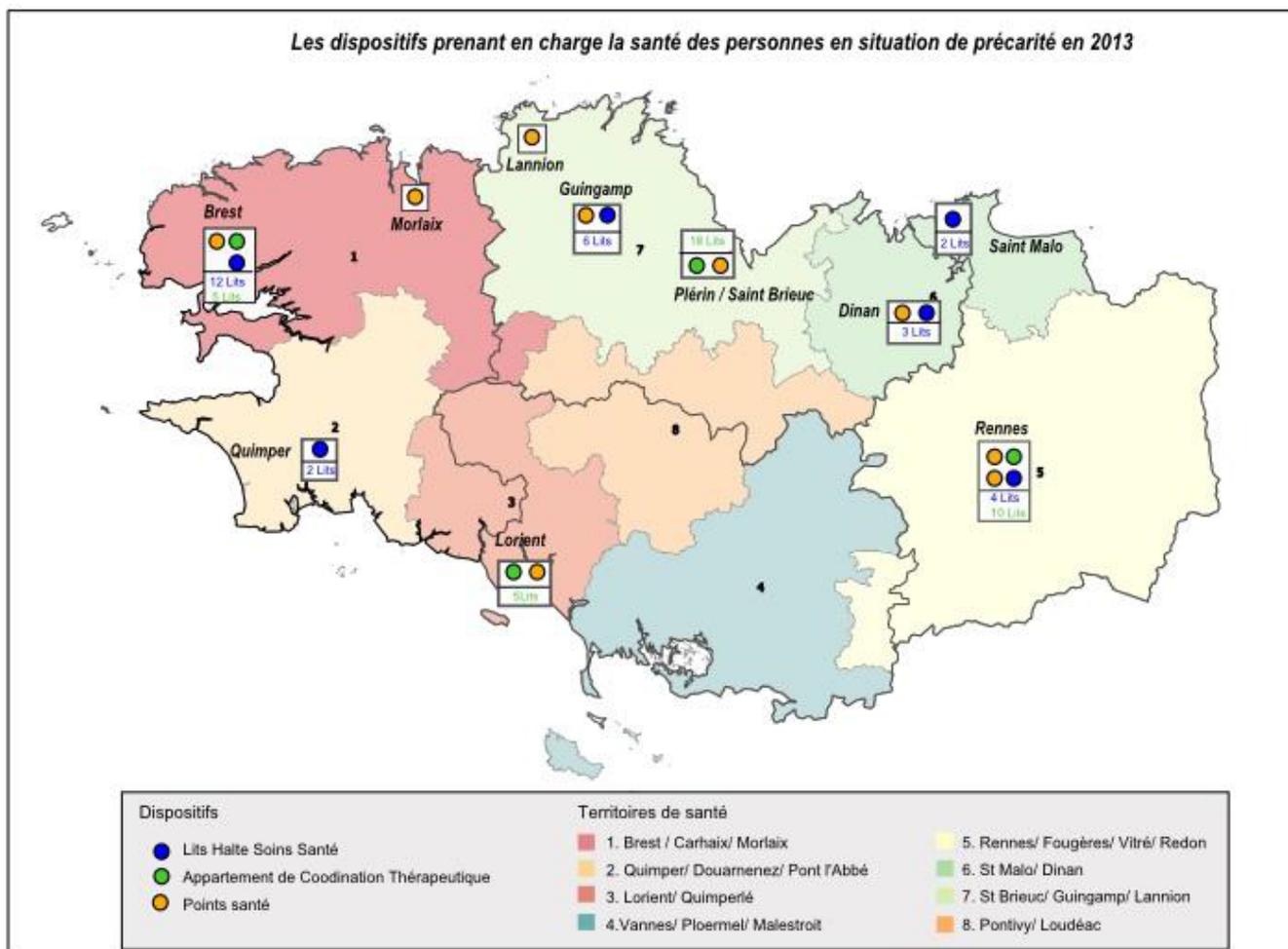
Réseau Louis Guilloux www.reseauvillehopital35.org

Liste des annexes

- Annexe I : La place du PRAPS dans la programmation régionale
- Annexe II : Cartographie des dispositifs bretons en santé-précarité
- Annexe III : Liste des personnes rencontrées
- Annexe IV : Grille d'entretien
- Annexe V : Représentation graphique des déterminants sociaux de la santé.
Modèle de Dahgren G & Whitehead M, *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Stockholm, IFS, 1991

Le projet régional de santé (PRS)





Note de la FNARS :

En Bretagne, 9 points santé, 29 Lits Haltes Soins Santé (LHSS) et 39 Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) sont répartis sur le territoire breton.

Le département du Morbihan ne possède pas à ce jour de LHSS. Par ailleurs, les territoires de santé 4 et 8 sont dépourvus de ces dispositifs

Points Santé

Responsable de la coordination administrative du CCAS de Lorient (56)
Responsable du service « Solidarités » du CCAS de Lorient (56)
Directrice du réseau Louis Guilloux, Rennes (35)
Médecin du réseau Louis Guilloux, Rennes (35)
Interprète du réseau Louis Guilloux, Rennes (35)
Melle X et M. Y, couple de migrants usagers du réseau Louis Guilloux, Rennes (35)
Cheffe de service de l'AGEHB, Brest (29)
Directrice de Don Bosco, Morlaix (29)
Psychologue de Don Bosco, Morlaix (29)
Responsable du pôle Accueil écoute veille sociale et Point santé ADALEA, St-Brieuc (22)
Infirmier d'ADALEA, St-Brieuc (22)
Psychologue d'ADALEA, St-Brieuc (22)
Directrice de la Sauvegarde de l'enfant à l'adulte (SEA), Rennes (35)
Responsable de service au Pôle Précarité Insertion, SEA, Rennes (35)
Infirmière au Pôle Précarité Insertion, SEA, Rennes (35)
Directrice de Noz Deiz, Dinan (22)

Agence régionale de santé Bretagne

IASS, Référent régional santé/précarité et coordonnateur du PRAPS
IASS, Directeur de la santé publique
Chargée de mission prévention et promotion de la santé
IASS, en charge du financement des actions de santé recentralisées (dont les CLAT)
Médecin, Chargé de l'offre ambulatoire et de la coordination des acteurs à l'ARS Bretagne

Direction départementale de la cohésion sociale et la protection des populations 35

IASS, Responsable de l'unité Hébergement Logement

Permanence d'accès aux soins de santé du CHU de Rennes

Cadre responsable au service social du CHU de Rennes, en charge de la PASS

Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale Bretagne

Responsable de la commission santé de la FNARS Bretagne

Annexe IV : Grille d'entretien

Nom du Point Santé et personnes rencontrée
Date et heure de la rencontre

1. Description générale du Point Santé

Organisation et fonctionnement

En quelle année a été créé votre Point Santé?

Sa création résulte-t-elle d'un diagnostic territorial partagé ? A partir de quel(s) constat(s) ?

La forme juridique à la création impacte-t-elle son fonctionnement ? Ce statut a-t-il évolué ?

Comment s'est inscrit votre Point Santé dans la démarche d'accompagnement par l'ARS ?

Ressources humaines, matérielles et financières

Comment se compose l'équipe du Point Santé? (direction, salariés, stagiaires, bénévoles) En deux mots, quelles sont les missions de chacun ?

De quelles ressources logistiques dispose le Point Santé ? (locaux, ordinateurs, mobilier)

Outre l'ARS, quelles autres sources de financement avez-vous ? (collectivités, dons/ legs)

2. Caractéristiques de la population cible du Point Santé

Quel type de public fréquente le Point Santé (âge, genre, origine/migration, précarité) ?

Ces caractéristiques ont-elles évolué dans le temps ? Dans quel sens ?

Quelles sont les problématiques les plus fréquemment rencontrées par vos équipes ?

3. Intégration du Point Santé sur le territoire considéré et liens avec les acteurs

Sur quel territoire (région, TS, département, pays, aggro, ville) intervient le Point Santé ?

Comment décririez-vous le contexte local dans lequel intervient le Point Santé ?

Votre structure appartient-elle à une association nationale ? Régionale ?

Disposez-vous d'un réseau d'acteurs engagés dans la mission de votre Point Santé?

En êtes-vous satisfait ? Quelles sont vos attentes vis-à-vis de cette participation ?

Les estimez-vous impliqués ? Désengagés ? Pour quel(s) motif(s) ?

Travaillez-vous en lien avec des structures agissant sur la santé-précarité (PASS, EMPP, CES, LHSS, professionnels de santé ?) ou l'action sociale (DDCS, CCAS, CG, CAF)

4. Relations partenariales avec l'ARS et inscription dans le PRAPS

L'agence régionale de santé

Comment décririez-vous la nature du partenariat avec l'ARS ?

Quel est votre ressenti sur le financement (procédure, communication, instruction) ?

Comment estimez-vous que l'ARS pourrait vous appuyer au mieux dans vos missions ?

L'articulation avec l'offre de soins de premier recours dans le cadre du PRAPS

Une démarche a-t-elle été initiée pour articuler les Points Santé à l'offre de 1^{er} recours ?

Avez-vous eu connaissances du contenu de l'avenant au plan d'actions du PRAPS ?

5. Axes d'amélioration

Y-a-t-il des difficultés rencontrées dont vous souhaiteriez faire part ?

Avez-vous observé des expérimentations probantes que vous aimeriez reproduire ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

En conclusion, pourriez-vous me décrire la trajectoire-type d'un usager du Point Santé (différentes ruptures et continuité du parcours par exemple)

Annexe V : Représentation graphique des déterminants sociaux de la santé. Modèle de Dahgren G & Whitehead M, *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Stockholm, Institute of Future Studies, 1991



GAYE

Amy

Mars 2015

INSPECTEUR DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Promotion 2013-2015

Le rôle des points santé : vers un outil efficient au service de l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des personnes précaires ? Enjeux et perspectives en région Bretagne

École des hautes études en santé publique

Résumé :

L'accès aux droits, aux soins et à la prévention des personnes démunies est un objectif-clé du PRAPS de l'ARS Bretagne. Inscrits dans le maillage des dispositifs, les points santé breton ont pour rôle de faciliter la transition vers le droit commun des publics précaires : migrants, personnes sans-abri, population en exclusion (jeunes en rupture, errants, personnes désocialisées), ayant des conduites addictives ou en souffrance psychique.

Dans le cadre de la contractualisation avec l'ARS, les points santé ont multiplié des partenariats, prévus par les textes nationaux (PASS, EMPP, ACT, LHSS, CAARUD) ou d'initiative locale (DDCS, CES, CCAS, préfectures, médecins généralistes).

Alors que l'émergence de nouvelles thématiques révèle une demande sociale forte (non-recours aux droits sociaux, mal-logement comme déterminant social de santé) et que la SNS met l'accent sur la prévention, ce mémoire propose de réinterroger la mise en cohérence de l'action des points santé, avec l'offre de soins de premier recours.

Mots clés :

Accès aux droits – Accès aux soins – ARS Bretagne – Déterminant social de la santé – Mal-logement – Non-recours – Offre de soins de premier recours – Partenariats – Points santé – PRAPS – Précarité – Prévention

L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.