

Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2014-2015**

Une méthode de développement social
local : la construction d'un parcours de
santé en direction des personnes en
situation de précarité

Chloé PAOUS
Septembre 2015

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à :

Françoise Busnel, chargée de coordination transversale à la délégation territoriale 49 de l'ARS, qui m'a encadrée durant ce stage, pour son précieux accompagnement, ses nombreux conseils qui auront nourri ce mémoire et m'auront permis de grandir professionnellement. Merci pour le temps consacré à ma formation et surtout de m'avoir fait confiance.

Sylvie Grenier, assistante de développement territorial de m'avoir également accompagnée tout au long de ce stage. Merci pour sa bienveillance et ses conseils.

Laurence Browaeys, déléguée territoriale, de m'avoir permis de réaliser ce stage riche d'enseignements.

Toute l'équipe de la délégation territoriale pour leur accueil chaleureux et pour avoir ainsi contribué à mon épanouissement durant ces cinq mois de stage.

Toutes les personnes rencontrées à l'occasion de mon stage pour avoir contribué à enrichir ma réflexion.

L'ensemble de l'équipe pédagogique du Master PPASP et du Master 1 « Santé Publique, Parcours Sciences Sociales » (année 2013-2014) pour la qualité de leurs enseignements.

Jean-Marc et Elisabeth Paous, pour m'avoir accompagné tout au long de ce parcours scolaire. Merci de m'avoir donné la possibilité de faire ces études et surtout d'avoir toujours cru en moi même quand je doutais. Merci pour vos conseils et le temps consacré à la relecture de ce mémoire.

Liste des sigles utilisés

ACS : Aide à la Complémentaire Santé

ACT : Appartement de Coordination thérapeutique

AGILLE Agir pour Améliorer la Gouvernance et l'Initiative Locale pour mieux lutter contre l'Exclusion

ALIA : Association Ligérienne d'Addictologie

ARS : Agence Régional de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CASO : Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CH : Centre Hospitalier

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLS : Contrat Local de Santé

CMU : Couverture Maladie Universelle

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DCA : Département de Coordination de l'Aval

DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DiASM : Dispositif d'appui en Santé Mentale

DT : Délégation Territoriale

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale

ERS : Espace Ressource Santé

ETP : Education Thérapeutique du Patient
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
LAM : Lits d'Accueil Médicalisés
Le PASS : Le Point Accueil Santé Solidarité
LHSS : Lits Halte Soins Santé
MDM : Médecins du Monde
MDS : Maison Des Solidarités
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PASS : Permanence d'Accès Aux Soins et à la Santé
PRAPS : Programme régional d'Accès Aux Soins et à la Prévention
PRS : Projet Régional de Santé
SAAS : Service d'Accueil et d'Accompagnement Spécifique
SDF : Sans Domicile Fixe
SRR : Soins de Suite et de Réadaptations

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
Partie 1 Cadre Théorique des parcours de santé en direction des personnes en situation de précarité	2
I-L'inscription sur l'agenda politique de la prise en compte de la santé des personnes précaires	2
1-La fin des trente glorieuses : l'émergence d'une nouvelle forme de pauvreté	2
2-Les années 80 : De la Pauvreté à l'Exclusion	3
2.1.L'augmentation considérable des phénomènes d'exclusion et de précarisation des individus dénoncée par la société civile.	3
2.2.L'impact du rapport du conseil économique et social et le mouvement général des droits de l'homme	4
3-Les années 90 : la santé comme déterminant des inégalités sociales de santé	5
II-Pour un système de santé performant : les parcours de santé	6
1-Un système de santé en évolution.....	6
2-Les parcours de santé incarnent la transformation du système de santé.....	6
III-La loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) une réorganisation du système de santé favorable à la mise en œuvre des parcours de santé	8
1-La territorialisation des politiques de santé pour réduire les inégalités de santé.....	8
2- Le PRAPS réaffirmé par la loi HPST	8
3-L'ARS actrice déterminante pour l'organisation des parcours de santé.....	9
4-Le contrat local de santé : l'outil pour organiser les parcours sur un territoire donné animé par les délégations territoriales (DT).....	9
IV La construction du parcours de santé des personnes en situation de précarité par la DT du Maine-et-Loire : enjeux et outils	10
1-Le défi de construction des parcours en direction des personnes éloignées des structures de soins.....	10
2-La rencontre entre les élus et la DT sur un objectif commun : la création d'un parcours de santé des personnes en situation de précarité	12

Partie 2 : Méthodologie et cadrage de la mission de stage 12

I-La construction d'un parcours de santé : une méthode de développement social local. 12

1-Le développement social local : enjeux et définitions 12

2-La méthodologie de développement local social adoptée 15

2.1.La connaissance d'un territoire et des publics ciblés par le recueil de données spatiales, économiques, sociales et politiques 16

2.2.Une analyse des ruptures dans les parcours de santé des personnes en situation de précarité 17

2.3.L'identification des partenaires, leur mobilisation et association au parcours de santé 18

2.4.La proposition d'un programme d'actions et de recommandations 18

II-Cadrage de la Mission de Stage 18

1-Le parcours de santé dans le Maine-et-Loire : des besoins identifiés au ciblage d'une population..... 19

1.1.Définition du territoire de projet..... 19

2.2. La pauvreté dans le Maine-et-Loire 20

2.3.La population ciblée dans le parcours 21

2-L'analyse des Ruptures dans les Parcours de Santé..... 25

2.1.Les ruptures liées à la précarité..... 25

2.2.Les ruptures au sein du parcours de santé..... 27

Partie 3 : Vers une intégration des acteurs pour une co-construction du parcours de santé 36

I-Une valorisation de « l'existant » 36

1-Les Actions en amont de la prise en charge sanitaire 37

1.1.La prévention..... 37

1.2.Repérage et orientation vers le soin 39

2-Les Actions et Dispositifs dans le parcours de soins 41

2.1.Une MSP spécialisée dans un projet de santé en direction des personnes en situation de précarité 41

2.2.L'hôpital 42

2.3.MDM. 43

2.4.APTIRA..... 43

2.5.ALIA 44

3-La prise en charge médico-sociale spécialisée en aval du parcours de soins : les ACT 44

II- La construction d'un parcours de santé : Une nécessaire coopération avec les partenaires institutionnels et les élus 45

1-Des partenaires nécessaires à la construction du parcours de santé.....	46
1.1.La CPAM.....	46
1.2.La Direction Départementale de la Cohésion Sociale	47
1.3.La politique de la ville déclinée au niveau départemental	47
1.4.Le Conseil Départemental	47
1.5.Les élus locaux (communes et EPCI)	48
2. Exemples de partenariats engagés sur des dispositifs ou des actions	49
2.1.Une étude de besoins pour des LHSS en partenariat avec la DDCS.....	49
2.2. Un travail de partenariat sur le DiASM.....	51
III-Perspectives : Vers une intégration des acteurs pour une co-construction du parcours de santé	51
1-Une mise en réseau des acteurs de terrain et une coordination stratégique des acteurs politiques et techniques	51
2-Propositions d'espaces de concertation favorables à une co-construction du parcours de santé.....	52
2.1.Une réunion d'intégration par CLS en septembre 2015	52
2.2.Un groupe de travail départemental en lien avec les différents partenaires sur l'année 2015/2016.....	53
3-Propositions d'axes de travail à discuter avec l'ensemble des partenaires dans les espaces de concertation	53
3.1.La mise en réseau des acteurs de terrain	53
3.2.La poursuite d'une coordination stratégique avec les partenaires techniques et politiques	55
3.3.Une proposition d'un outil d'intégration des acteurs : l'exemple de la fonction d'appui aux professionnels de santé.....	55
4-Des thématiques futures à aborder	60
CONCLUSION.....	62
Bibliographie.....	64
Liste des annexes.....	73

INTRODUCTION

Deux souhaits ont structuré mes recherches de stage pour ce master 2 « Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique ». J'aspirais à développer mes compétences auprès d'un public éloigné du système de santé et ayant déjà travaillé en milieu associatif, je souhaitais pouvoir découvrir le fonctionnement d'une collectivité territoriale ou des Agences Régionales de Santé (ARS) et plus précisément des délégations territoriales de santé. Je voulais en effet, pouvoir travailler en lien avec les différents acteurs d'un territoire pour mettre en œuvre des projets coordonnés et adaptés aux besoins et contextes locaux. J'ai donc pu réaliser ce stage de fin d'étude au sein de la délégation territoriale (DT) du Maine-et-Loire de l'ARS des Pays de la Loire, à Angers avec pour mission de participer à la construction des parcours de santé des personnes en situation de précarité. Cette mission m'intéressait fortement puisqu'elle se trouvait dans le prolongement de ma mission de stage de master 1 « Santé Publique Parcours Sciences Sociales » (EHESP) à savoir la réalisation d'un diagnostic local en vue de la construction d'un parcours de santé pour des jeunes en situation de précarité. Au-delà des compétences professionnelles que ce stage me permettrait d'acquérir, cette mission m'intéressait au regard de tous les enjeux que recouvrent la construction des parcours de santé des personnes en situation de précarité sur un territoire.

En effet, la santé, la précarité, les parcours de santé sont des notions incluant un certain nombre d'enjeux sociaux, philosophiques, économiques ou juridiques. Alors que l'exclusion et la précarité peuvent être à l'origine d'un mauvais état de santé, celui-ci peut entraîner ou aggraver les situations de précarité dans lesquelles se trouvent les individus¹. Agir sur l'accessibilité matérielle économique ou sociale du système de santé permet d'envisager une réduction des inégalités sociales de santé, et par conséquent une lutte contre l'exclusion. La construction d'un parcours de santé en direction des personnes en situation de précarité et des personnes les plus démunies doit alors permettre « *un accès de tous aux droits de tous* »² avec une meilleure utilisation des ressources disponibles. Ainsi, les parcours de santé incarnent le défi que le système de santé doit relever pour perdurer : conjuguer le principe d'équité avec celui de l'efficacité.

¹ Masullo, A, *Santé et recours aux soins des populations précaires*, IRIS, 2006, 15 p.

² Editorial de Jean-Paul Delevoye, président du conseil économique, social et environnemental et Pierre-Yves Madignier président du mouvement ATD Quart monde pour la réédition du rapport de Wresinski Conseil économique social et environnemental et Mouvement ATD Quart Monde, *Grande Pauvreté et précarité économique et sociale 1987-2012 et maintenant ?*, Paris, direction des journaux officiels, 2012.

Afin de mieux comprendre ces enjeux que porte la création d'un parcours de santé sur un en direction des personnes en situation de précarité sur un territoire, il sera abordé dans une première partie le cadre théorique de cette mission de stage c'est-à-dire le contexte économique, politique et juridique d'apparition de ces enjeux et notions. Dans une seconde partie, je présenterai le type de méthodologie choisie à savoir une méthodologie de développement social local ainsi que le cadrage du projet de construction du parcours de santé. Enfin, sera présenté le projet de parcours de santé en direction des personnes en situations de précarité dans le Maine-et-Loire dans une troisième partie.

Partie 1 Cadre Théorique des parcours de santé en direction des personnes en situation de précarité

I- L'inscription sur l'agenda politique de la prise en compte de la santé des personnes précaires

1- La fin des trente glorieuses : l'émergence d'une nouvelle forme de pauvreté

Durant la période de prospérité économique des trente glorieuses, la pauvreté est un phénomène marginal et concerne principalement les personnes qui ne peuvent pas travailler (les personnes non qualifiées, les personnes avec un handicap mental ou physique ainsi que les personnes âgées). Souvent la notion « d'assistés » était utilisée.

Après la crise financière du début des années 70 avec le premier choc pétrolier, la logique de protection sociale universelle de tous les travailleurs va être remise en cause puisque l'on assiste à une augmentation du nombre de chômeurs. C'est dans ce contexte qu'en 1974, René Lenoir, ancien secrétaire d'Etat à l'action sociale sous le mandat de Valéry Giscard d'Estaing, publie « les Exclus - un français sur dix ». Dans ce livre, il va décrire pour la première fois le phénomène d'exclusion en s'intéressant à ce qu'il appellera les « inadaptés » : les mineurs délinquants, les enfants confiés à l'aide sociale, les personnes handicapées et les personnes âgées. Il montre que ces inadaptations sont le résultat de processus sociaux et de ruptures dans les parcours de vie. D'après lui, c'est de la responsabilité de l'Etat de venir en aide à ces personnes. Cette dénonciation des phénomènes d'exclusion et des nouvelles formes de pauvreté à la sortie des trente glorieuses ne va pas pour autant inscrire la lutte contre l'exclusion et la précarité sur l'agenda politique.

En effet, la crise est alors vécue comme un phénomène conjoncturel, qui ne va pas durer³. René Lenoir, explique «*Je peux dire que nous avons vraiment fait du bon travail pour les deux premières catégories, les personnes âgées et les handicapés. Il suffisait d'ailleurs de sortir des lois appropriées. Pour la troisième catégorie, en revanche, nous avons échoué* »⁴.

2- Les années 80 : De la Pauvreté à l'Exclusion

2.1. L'augmentation considérable des phénomènes d'exclusion et de précarisation des individus dénoncée par la société civile.

A partir des années 80 s'opère un tournant en matière de prise en compte de l'exclusion. La crise n'est plus perçue comme un phénomène conjoncturel mais bien structurel. Cette fragilisation économique associée à une fragilisation des institutions intégrantes comme l'école, la famille, l'église créent de nouvelles formes de pauvreté comme les chômeurs qui ne sont pas pris en compte par la sécurité sociale ou le travail qui n'est plus protecteur. Une nouvelle catégorie de travailleurs va alors se dessiner : « les travailleurs pauvres ». La société va être confrontée à l'augmentation ainsi que de la diversification des formes de pauvreté et s'en inquiéter. En effet, la crise met à la rue ces personnes qui, auparavant, étaient protégées. Pour René Lenoir, « *avant on naissait pauvre, maintenant on le devient* »⁵. Les hivers 1982 et 1983 seront alors marqués par les premiers plans de pauvreté à l'origine de dispositifs d'urgence. C'est le début de l'action publique gouvernementale dans ce domaine de l'exclusion : l'Etat s'efforce de gérer l'urgence sociale, il faut « mettre à l'abri ». Cette période est aussi marquée par une augmentation conséquente des associations caritatives, qui vont aider les personnes démunies mais également mettre en lumière et dénoncer cette aggravation des conditions de vie des « nouveaux pauvres ».

En 1987, Le père Joseph Wresinski, fondateur d'ATD Quart-Monde va être le rapporteur d'un rapport sur la grande pauvreté et précarité économique et sociale commandé par le conseil économique et social. L'ambition de ce rapport était de mettre en lumière ce qui était dénoncé par la société civile depuis plusieurs années, et d'inscrire la lutte contre la pauvreté

³ Cour dispensé en Master 1 « Santé Publique Parcours sciences sociales » (EHESP)

Rayssiguier, Y, Pauvreté précarité et santé : des interactions multiples, 2014

⁴ Interview par Florence Aubenas et Dominique Simonnot le 8 avril 1995 de René Lenoir dans le journal libération.

Aubenas F, et Simmont D, « René Lenoir : ' Il ne suffit pas de légiférer' », <http://www.liberation.fr/evenement/1995/04/08/rene-lenoir-il-ne-suffit-pas-de-legiferer_130819>, 8 avril 1995.

⁵ ibid

dans l'agenda politique de la France. De nouveaux termes sont adoptés pour définir ces nouvelles formes de pauvreté. La précarité va être définie comme « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible* ». ⁶ En complément de la définition de l'exclusion de René Lenoir, celle-ci va être définie comme « *l'ensemble des mécanismes de rupture qui empêcherait les personnes de participer pleinement à la vie sociale et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle se caractérise par une mise à l'écart durable des mécanismes habituels d'intégration [...] Elle est l'aboutissement de différents processus de fragilisation de liens sociaux ou de facteurs individuels et contextuels interagissant*. » ⁷ A une pauvreté marginale jusque dans les années 70, on voit une pauvreté que Serge Paugam appellera « *disqualifiante* » ⁸.

Ces notions de précarité et d'exclusion vont être le miroir de l'ensemble des transformations de la société et de ses conséquences sur les plus fragiles. Emmanuel Didier affirme « *le changement de terminologie n'est pas une simple mode linguistique. C'est le signe d'une transformation de la nature même de ce qu'est le malheur* » ⁹.

2.2. *L'impact du rapport du conseil économique et social et le mouvement général des droits de l'homme*

La précarité alors définie par le père Wresinski, introduit une représentation différente de la grande pauvreté et par voie de conséquence des politiques sociales. Pour cet auteur, l'action publique ne peut plus agir contre la pauvreté de manière sectorielle. Les nouvelles formes de pauvreté nécessitent une approche plurielle et transversale c'est-à-dire l'intervention de plusieurs acteurs de champs différents afin d'avoir l'approche la plus globale possible. Elle

⁶ Wresinski, J, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, Journal officiel, séances du 10 et 11 février 1987.

⁷ Rayssiguier, Y, Jégu, J, Laforcade M, *Politiques sociales et de santé comprendre et agir*, Presses de l'EHESP, 2^{ème} édition, 2012. 672 p.

⁸ Paugam, S, *La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, collection Quadrige, essais débats, 4^{ème} édition, 2009, 256 p.

⁹ Didier, E, «Emergences des mots de l'exclusion». *Revue Quart-Monde : Joseph Wresinski : le plus pauvre au coeur d'une intelligence*, N°165, 1998.

ne doit pas se résumer à la mise en œuvre de dispositifs d'urgence et spécifiques. Cette reconnaissance du nécessaire engagement de l'Etat dans la lutte contre l'exclusion se fait dans un contexte d'affirmation et d'évolution des droits de l'homme et plus particulièrement des droits des personnes les plus vulnérables (droit des personnes en situation de handicap, droits des enfants...)

Pour la première fois sera posée par écrit par le père Wresinski l'atteinte et la violation des droits qu'entraîne la grande pauvreté, la précarité et l'exclusion. « *La lutte contre l'exclusion devient une exigence éthique que la société se donne à elle-même. Il s'agit de restaurer l'accès à des droits qui sont interdépendants et indivisibles. Dans une telle société, l'accès effectif à la protection de la santé ou au logement est de la responsabilité des pouvoirs publics* ». ¹⁰

Ainsi, les nouvelles politiques d'insertion ont pour objet d'offrir des moyens spécifiques dans une volonté de retour vers le droit commun. « *Le traitement du droit commun s'oppose au traitement « particulier », « séparé », « spécifique », « dérogatoire » « réparateur » ou « curatif » [...] les politiques de droit commun renvoient aux politiques publiques déployées indistinctement sur l'ensemble des territoires* » ¹¹. On a donc des dispositifs « spécifiques » ou « passerelles » à visées transitoires et temporaires qui se créent afin que les personnes les plus démunies puissent bénéficier de leurs droits fondamentaux. L'action publique va concentrer les moyens là où les besoins sont les plus importants ce qui révolutionne les modes d'actions antérieurs basés sur le principe d'universalité.

3- Les années 90 : la santé comme déterminant des inégalités sociales de santé

Les années 90 constituent le moment fondateur de la gestion de l'exclusion par les pouvoirs publics. Didier Fassin parlera de « *configuration sémantique compassionnelle* » ¹² pour désigner l'ensemble des termes qui ont structuré la régulation de cette question de l'exclusion par les pouvoirs publics. Une loi d'orientation générale va être votée. C'est la loi de 1998 de lutte contre la pauvreté et l'exclusion. Aux mesures d'assistance vont s'ajouter des mesures dans tous les domaines : le logement, l'emploi, la citoyenneté, l'éducation, la justice et la santé.

¹⁰ Conseil économique social et environnemental. et Mouvement ATD Quart Monde. *op. cit.* p 1.

¹¹ Kirszbaum, T, *mobiliser le droit commun du mot d'ordre à la pratique*, Réso Villes, 2014

¹² Fassin, D, « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique », *Politix*, n° 73, 2006, p. 137-157

Cette loi se situe dans le prolongement des rapports de 1987 de Joseph Wresinski et du Haut Comité de Santé Publique de 1994 qui a mis en évidence l'importance des inégalités sociales en santé. La santé suit un gradient social, c'est-à-dire qu'il existe un lien entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale. La santé est donc liée à un certain nombre de déterminants dont l'accès au système de santé. Cette loi de 1998 va être à l'origine d'un certain nombre de dispositifs spécifiques, territorialisés, comme le Programme Régional d'Accès Aux Soins et à la Prévention (PRAPS) qui vise à améliorer les réponses du système de santé en adaptant, dans chaque région, l'offre de prévention aux besoins et à l'état de santé des populations les plus démunies. Le rôle social de l'hôpital va être réaffirmé avec la création des Permanences d'Accès Aux Soins et à la Santé (PASS). Suite à cette loi, en juillet 1999 va être créée la couverture maladie universelle (CMU) qui vise à assurer pour toutes les personnes qui n'ont pas de couverture maladie, une affiliation à l'assurance maladie.

I- Pour un système de santé performant : les parcours de santé¹³

1- Un système de santé en évolution

Parallèlement à ce mouvement de société, les progrès de la science et de la médecine permettent aux individus de vivre plus longtemps. L'espérance de vie augmente et le vieillissement de la population peut être constaté. Ces évolutions démographiques ont pour conséquences une augmentation des maladies chroniques et donc une diminution de la place des soins « aigües ». Ces changements induisent des prises en charge plus coûteuses que par le passé. Afin que le système de santé soit soutenable il doit conjuguer une logique d'équité en permettant à toute la population de vivre en bonne santé et en limitant au maximum les inégalités avec une logique d'efficience, c'est-à-dire fournir des services de qualité au meilleur coût.

2- Les parcours de santé incarnent la transformation du système de santé

Le parcours de santé¹⁴ est défini par Elisabeth Féry-Lemonnier, chargée de mission auprès du secrétaire général des ministères sociaux, comme la trajectoire globale d'un usager dans un territoire donné avec une attention particulière sur la place de l'individu dans ce parcours

¹³ ADSP, *parcours de santé enjeux et mise en œuvre*, la documentation française, n°88, 2014.

¹⁴ Féry-Lemonnier, E, « les parcours, une nécessité », *Parcours de santé enjeux et mise en œuvre*, adsp, n°88, 2014

et ses choix. Les parcours ont une notion temporelle c'est-à-dire instaurer une prise en charge coordonnée et organisée tout au long de la maladie du patient et spatiale à savoir proposer cette prise en charge sur un territoire, dans la proximité de son domicile. Le parcours de santé se définit comme un parcours de soins (qui est la réponse aux besoins sanitaires ambulatoires et hospitaliers) articulé en amont avec la prévention primaire et la prise en charge sociale et en aval avec l'accompagnement médico-social et social ainsi que le retour à domicile.

Le vieillissement de la population, la progression des maladies chroniques, l'augmentation de la place de la prévention nécessitent alors l'intervention de plusieurs acteurs tant du secteur sanitaire, social que du secteur médico-social. Le cloisonnement entre ces différents secteurs est à l'origine de ruptures dans les parcours de santé. Le système de santé ne peut remplir sa mission d'offrir des soins de qualité au meilleur coût. Pour décroiser et mettre en œuvre des parcours il faut analyser les ruptures, comprendre leurs causes et leurs conséquences. Ensuite, la coordination des acteurs permettra d'organiser la prise en charge autour du patient, et ainsi réduire ces ruptures. La coordination se situe en effet « *dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs lorsqu'il faut atteindre des hauts niveaux de performance. Elle consiste à synchroniser de façon cohérente et efficiente les contributions de plusieurs acteurs et comprendre les contraintes de chacun et agir en conséquence* »¹⁵. La création de parcours s'intègre donc dans une vision globale, transversale et locale de la santé, c'est-à-dire proche du lieu de vie des individus. En effet, la recherche de transversalité entre institutions et acteurs doit structurer la nouvelle organisation du système de santé car la transversalité « *c'est la création et l'identification de passerelles entre les services, les acteurs où la mutualisation des compétences prend tout son sens, dans un objectif commun et notamment celui de la prise en compte globale de l'individu en tant que citoyen, et ce du plus jeune âge au plus grand âge.* »¹⁶

¹⁵ ARS, *Parcours de soins. Parcours de santé. Parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers. Lexique de A à Z*, 2012

Inspirée d'une définition dans « coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles, étude réalisée par le centre de gestion scientifique de mines-paristech, 2011, et l'ARS Bourgogne

¹⁶ *ibid*

Définition de l'ARS Bretagne

II- La loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) : une réorganisation du système de santé favorable à la mise en œuvre des parcours de santé

1- La territorialisation des politiques de santé pour réduire les inégalités de santé

La loi du 21 juillet 2009, loi HPST, loi dite « loi Bachelot » fixe aux ARS la mission de diminuer les inégalités sociales et territoriales de santé par l'article L.1431-2 dans le code de la santé publique énonçant qu'elles « *veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion* ». Elles déclinent la politique nationale au niveau de la région et inscrivent « le territoire au cœur de leur dispositif ». Le territoire étant le lieu de décision politique, espace d'action et donc de message auprès des populations, il apparaissait nécessaire de construire les politiques de santé au niveau local pour avoir une plus grande proximité des questions sanitaires.

Le territoire doit permettre d'intégrer les différents acteurs sociaux, médico-sociaux, de santé et politiques. En effet l'intégration se définit comme « *un ensemble de techniques et de modèles organisationnels destinés à créer du lien et de la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux [...] L'intégration vise à réduire la fragmentation du système en le réorganisant.* »¹⁷ Il devient le lieu de contractualisation entre ces différents acteurs par le biais notamment des Contrats Locaux de Santé (CLS) qui deviendront l'outil, le cadre de contractualisation, pour réduire ces inégalités sociales et territoriales de santé.

2- Le PRAPS réaffirmé par la loi HPST

Les PRAPS sont nés de la loi de lutte contre les exclusions du 23 février 1999 et ont été confirmés par la loi HPST. Il constitue l'un des programmes obligatoires du Projet Régional de Santé (PRS) et s'inscrit dans les trois orientations stratégiques du Projet Régional de Santé des Pays de la Loire :

- Être acteur de sa santé
- La proximité organisée
- La maîtrise des risques

¹⁷ HAS, « Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux », *Points clés et solutions, organisation des parcours*, 2014.

Les textes réglementaires positionnent le PRAPS comme l'outil stratégique et opérationnel œuvrant à l'accès au système de santé des plus démunis. Il a pour finalités de favoriser l'ouverture des droits, d'adapter l'offre de soins afin d'inscrire les personnes dans la meilleure trajectoire possible et de travailler les problématiques d'admission au sein des services et des établissements. Le PRAPS a donc pour mission de développer et améliorer l'accès au système de santé pour les personnes les plus démunies, les plus éloignées des soins. Il n'a pas pour finalité directe de réduire les inégalités sociales de santé comme le précise le guide méthodologique national d'élaboration du PRAPS¹⁸. En effet, le PRAPS a vocation à développer des dispositifs spécifiques à bas seuil d'exigence, passerelles vers le droit commun avec des réponses pratiques, rapides pour favoriser ou enclencher le parcours de santé des plus démunis. La réduction des inégalités de santé quant à elle concerne toutes les populations fragilisées et précarisées, le but étant d'adapter le droit commun avec une programmation sur le moyen et long terme pour réduire le gradient social de santé.

3- L'ARS actrice déterminante pour l'organisation des parcours de santé

Les ARS ont la compétence sur la prévention, le secteur sanitaire avec les soins hospitaliers et une partie des soins ambulatoires ainsi que sur le médico-social (elles partagent cette compétence avec les conseils départementaux) ce qui leur permettent d'organiser de manière plus fluide les parcours et d'éviter les ruptures de prises en charge entre ces différents champs d'action. Dans un contexte où les moyens de tous sont contraints, l'ARS peut certes initier et impulser les parcours mais elle ne peut travailler seule à l'organisation de ces parcours. Elle doit collaborer avec ses différents partenaires (les services de l'Etat, la politique de la ville, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)...) pour co-construire le parcours de santé des personnes en situation de précarité.

4- Le contrat local de santé : l'outil pour organiser les parcours sur un territoire donné animé par DT de l'ARS

Le CLS, outil créé par la loi HPST, fait le lien entre le PRS porté par l'ARS et les projets de santé des collectivités territoriales avec les acteurs de santé, les représentants des professionnels de santé, les usagers et les établissements de santé et médico-sociaux. L'ARS

¹⁸ Ministère du travail, de l'emploi et de la santé et ARS, *Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) Guide méthodologique*, 2011.

Pays de la Loire a retenu plusieurs thématiques « socles » qui font l'objet d'une négociation pour chaque CLS :

- La prévention, la promotion de la santé et la santé-environnement
- L'accès aux soins, l'offre de santé, l'éducation thérapeutique du patient
- Les parcours des personnes âgées et/ou des publics spécifiques.

Les CLS, outil du PRS, permettent de consolider les partenariats par contrats et ainsi de faciliter les parcours de soins et de santé au plus près des territoires. Le CLS permet aussi de rassembler des acteurs du champ de la santé mais également hors du champ de la santé. Il favorise ainsi les synergies pour répondre de manière plus adaptée et efficace aux besoins de santé sur les territoires et donc enclencher une logique de parcours.

III- La construction du parcours de santé des personnes en situation de précarité par la DT du Maine-et-Loire : enjeux et outils

1- Le défi de construction des parcours en direction des personnes éloignées des structures de soins

La construction des parcours de santé en direction des personnes âgées donne plusieurs clés de méthodologie pour créer ces parcours en direction des personnes précaires. Néanmoins, de nombreux autres enjeux et difficultés doivent être pris en compte. Pour reprendre les mots de Laurent Chambaud, directeur de l'EHESP, les parcours des personnes précaires sont pour les ARS « *un problème pour lequel on a à inventer et innover* »¹⁹. En effet, L'ARS doit travailler avec de nombreux partenaires puisqu'on le sait, les problématiques santé/social sont très liées pour les personnes en situation de précarité. (Ouverture des droits, problème de continuité des soins sans un toit...). Un exemple peut être évoqué pour illustrer ces enjeux forts de décroisement et de coordination du secteur social et sanitaire. Tant au niveau institutionnel qu'au niveau des acteurs sur le terrain, la loi HPST, et l'actuel projet de loi de modernisation de la santé placent l'équipe de soins primaire en « pivot » de l'organisation de ces parcours. Il est aussi prévu que cette équipe puisse coordonner les différentes prises en charge en amont et aval du parcours de soins. Comment permettre aux équipes d'acquérir cette compétence ? D'autant plus que certaines personnes en situation de précarité sont généralement dans des situations complexes (isolement social, hospitalisations répétées, problème de logement...).

¹⁹ Chambaud, L, « le rôle des ARS dans la prise en charge de la précarité » dans Bernard, O, *et al* (dir.), *santé publique et grande précarité état des lieux des questions éthiques*, Médecins du Monde, 2012, p25-29.

Aussi, vouloir construire un parcours de santé en direction des personnes en situation de précarité c'est chercher à rendre l'offre de santé accessible à ces publics au nom de l'équité, la précarité signifiant en effet souvent un éloignement des structures de soins. L'accessibilité d'un système de santé peut se définir comme « *la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle (la possibilité de recourir aux prestataires de soins) et sociale. Elle touche aussi à l'accessibilité sociale, financière, aux ressources sanitaires tout autant que géographique* »²⁰. L'accessibilité d'un système de santé est aujourd'hui reconnue comme un déterminant de santé et un éventuel facteur de risque. Agir sur l'accès aux soins, doit permettre à plus long terme, d'agir sur les inégalités de santé et donc d'agir contre l'exclusion.

Aussi, le parcours doit pouvoir se créer en « *mobilisant les multiples leviers de l'ARS pour développer les démarches d' « aller vers, dans un objectif de retour vers le droit commun, en renforçant la capacité de la médecine de 1^{er} recours à prendre en charge les personnes en grande vulnérabilité* »²¹ comme le préconise l'évaluation de mi-parcours PRAPS des Pays de La Loire. L'étude permet de s'interroger sur l'efficacité des dispositifs spécifiques, des actions de prévention et d'envisager des coordinations améliorant les dispositifs existants. En effet, selon Thierry Lang, chercheur épidémiologiste et auteur du rapport du Haut Conseil de la Santé Publique « *les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité* »²² publié en 2009, pour réduire les inégalités sociales de santé il ne faut pas « *opposer différentes approches, à savoir d'une part l'urgence de la lutte contre la pauvreté et les inégalités, qui est relativement ancienne dans notre pays, et d'autre part les politiques et actions de plus long terme, car bien sûr les deux sont étroitement liées* ». Une des recommandations de ce rapport est donc « *d'articuler politiques de long, moyen terme et politiques dites de « rattrapages* » ». Promouvoir une adaptation et une implication de l'offre de droit commun dans la prise en charge de ces publics reste l'enjeu le plus important et le moins évident. Ce n'est pas parce qu'il existe des dispositifs spécifiques pour les personnes les plus démunies, que le droit commun ne peut les prendre en charge. Une adaptation de ce droit commun peut bénéficier aussi à l'ensemble de la population. Il est important de souligner que la modélisation d'un parcours de santé ne s'inscrit pas non plus dans une

²⁰ ARS. *op. cit.* p7

« Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins » dossier de DEA GEOS, université Paul Valéry, Lyon 3, Pascal Bonnet, 2002, ARS Bourgogne

²¹ Boulé, J, et, Brun, X, *Evaluation intermédiaire du PRS des Pays de la Loire, politique régionale en faveur de la santé des populations en grande vulnérabilité*, ARS, direction de l'efficacité de l'offre, département d'évaluation des politiques de santé et des dispositifs, 2014.

²² Lang, T, *et al*, *les inégalités sociales de santé sortir de la fatalité*, HCSP, 2009.

définition illusoire que toutes les personnes en situation de précarité vont pouvoir retourner dans le droit commun mais dans une proposition d'accompagnement plus personnalisé en adaptant le droit commun aux parcours de vie des individus.

2- La rencontre entre les élus et la DT de l'ARS sur un objectif commun : la création d'un parcours de santé des personnes en situation de précarité

La DT du Maine-et-Loire est en charge d'impulser la coordination d'acteurs autour des enjeux du PRS sur les territoires de santé de proximité. Le CLS de par ses objectifs de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et son attention aux publics les plus fragiles notamment dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville est apparu comme adéquat pour construire le parcours de santé des personnes en situation de précarité du département du Maine-et-Loire. Le CLS en permettant de « mettre tout le monde autour de la table », créé un environnement favorable à la co-construction du parcours avec les acteurs en renforçant les dynamiques existantes. C'est dans ce contexte que les élus du territoire du Grand-Saumurois et plus particulièrement de Saumur, ont souhaité travailler sur le parcours de santé des personnes en situation de précarité. Cette réflexion avec tous les acteurs techniques, politiques et de terrain doit pouvoir se faire à trois niveaux :

- Une réflexion autour des ruptures dans les parcours
- Une réflexion sur la « mise en lien » de l'existant Une réflexion de plus long terme, sur la prise en compte des personnes en situation de précarité par le droit commun et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Partie 2 : Méthodologie et cadrage de la mission de stage

I- La construction d'un parcours de santé : une méthode de développement social local

1- Le développement social local : enjeux et définitions

Des situations d'exclusion multifactorielles, du nombre important d'acteurs intervenant dans la prise en charge socio-sanitaire des personnes en situation de précarité ainsi que de la recherche de l'efficacité du système de santé, découlent différents enjeux devant être pris en compte dans la construction du parcours de santé :

- L'importance pour les différents acteurs techniques et politiques de coopérer, de développer des partenariats et des objectifs communs pour dépenser mieux.

- L'importance des coopérations entre les acteurs de terrain afin d'offrir une prise en charge de meilleure qualité et éviter les ruptures dans les parcours de santé des usagers.
- Le décloisonnement de l'action publique et la meilleure articulation de l'intervention des acteurs doit être réalisé en clarifiant le rôle, la responsabilité et la compétence des acteurs. Ainsi il ne s'agit pas pour l'ARS de « tout faire » mais de permettre à ses partenaires compétents d'être complémentaires pour adopter une stratégie de construction du parcours de santé commune.

Afin de répondre à ces différents enjeux, le territoire est identifié comme le lieu d'intervention pour coordonner et promouvoir le travail en réseau. Cela nécessite l'adoption d'une méthode locale, partenariale, pour comprendre de manière partagée les causes des ruptures dans les parcours, de connaître les ressources d'un territoire, ses leviers d'actions potentiels, et enfin d'élaborer des actions concertées. C'est le « développement local » ou « développement social local ».

La méthodologie choisie pour construire le parcours de santé des personnes en situation de précarité s'est donc apparentée à celle du développement social qui est défini par Michel Dagbert, président du conseil départemental du Pas de Calais, comme « *un processus de développement des ressources humaines et des initiatives des individus, des groupes et des territoires visant des objectifs de cohésion sociale, de solidarités, de proximité, [...] C'est une dynamique de participation où personne ne peut, ne doit, s'affranchir de prendre part à la création, à la consolidation du lien social. Il a pour ambition de mettre en œuvre un projet territorial global, partagé et coordonné.* »²³

L'intérêt du développement social se trouve dans une mobilisation des ressources humaines et des initiatives des individus, des groupes et des territoires. La méthode AGILLE « *améliorer la gouvernance et développer l'initiative locale pour mieux lutter contre l'exclusion* »²⁴ et la méthode MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des Services d'Aide et de Soins dans le champ de l'Autonomie) ont permis de cadrer la démarche à adopter pour construire un parcours de santé sur un territoire. Il s'agit de construire une

²³ Dagbert, M, et al, *Groupe de Travail Développement social et travail social collectif 2015*, ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2015.

²⁴ Méthode AGILLE nouveau nom donné à la démarche de modernisation de la gouvernance en matière de lutte contre l'exclusion

méthode d'intégration en faisant confiance « à l'intelligence locale », aux ressources et spécificités de chaque territoire.

Les démarches de développement social, et donc la démarche de construction d'un parcours de santé des personnes en situation de précarité partent du postulat qu'il est plus important de mobiliser de manière interne les compétences d'un territoire plutôt que de créer de nouvelles actions ou dispositifs. Construire un parcours de santé nécessite donc de capitaliser les connaissances et les démarches inspirantes. Les actions définies comme inspirantes « *doivent être diffusées pour faciliter non pas leur transposition, mais la reproductibilité de la démarche conduite* »²⁵. Des avancées importantes sont à l'œuvre dans certains territoires, il faut en effet les rendre lisibles, et développer l'analyse de pratiques afin de consolider ces initiatives. Cette capitalisation des actions en santé existantes et la mise en réseau des acteurs autour de cette problématique doit permettre d'améliorer les connaissances mutuelles de l'offre existante et des pratiques des uns et des autres. Elle doit permettre également selon Jean-Louis Sanchez, fondateur et délégué général de l'observatoire national de l'action sociale décentralisée de « *s'éloigner d'une logique de dispositifs au profit d'une logique de développement, s'analysant avant tout comme un processus de mobilisation des potentialités locales* »²⁶ et donc d'adopter une logique de « parcours de santé », c'est-à-dire penser la place d'un dispositif, d'une action ou d'un acteur dans le parcours.

C'est la première étape de construction du parcours de santé : développer la connaissance des ressources du territoire et créer une « démarche de projet participative » entre les acteurs de terrain, la préfecture, le Conseil Départemental, la CPAM, les municipalités et l'ARS. Cette étape est essentielle afin de développer une stratégie commune de construction du parcours de santé sur un territoire c'est-à-dire aboutir à une intégration des acteurs.

L'intégration des acteurs sera permise par une coordination stratégique et tactique visant à :

- Définir des priorités d'actions communes par tous les partenaires à partir de l'analyse des ruptures dans les parcours et des opportunités et contraintes de l'environnement économique et social.
- Discuter sur ce que les acteurs sont autorisés et légitimes à faire.

²⁵ Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique, *Rapport d'évaluation de la gouvernance territoriale des politiques d'insertion et de lutte contre l'exclusion*, 2013.

²⁶ Sanchez, J, *développement social local : les voies de l'action au service du changement*, Les cahiers de l'ODAS, 2007.

- Créer éventuellement une instance de gestion de cas complexes permettant aux acteurs de ce réseau d'apporter une réponse coordonnée.

La méthode de construction de ce parcours de santé n'est pas cadrée de manière définitive, elle se construit dans un contexte rarement totalement maîtrisé et figé. C'est la stratégie du « *chemin-faisant* » de Marie-José Avenier, chercheur en sciences de gestion. Cette stratégie qui « *parce qu'elle repose sur de multiples dialectiques entre vision et actions stratégiques et sur de multiples interactions entre niveaux hiérarchiques [...] qu'il s'agisse de co-construire une vision stratégique globale partagée compatible avec des stratégies locales, ou inversement de concevoir des visions stratégiques locales congruentes à une certaine vision stratégique locale* »²⁷. C'est une stratégie de construction de projet souple, en mouvement, qui évolue en fonction des différentes interactions entre les acteurs. Le projet est identifié à partir du constat des besoins et doit pouvoir être résolu. Comment éviter les ruptures dans les parcours de santé des personnes en situation de précarité ? Par contre, si le projet est identifié : construire un parcours de santé pour diminuer les ruptures à chaque étape, les moyens et les ressources pour y parvenir partent des acteurs eux-mêmes. « *L'enjeu majeur de la mise en œuvre d'une stratégie chemin-faisant est probablement plus culturel que technique : apprendre à écouter, dialoguer, travailler ensemble, coopérer* »²⁸.

La méthode adoptée pour mener cette mission a donc nécessité des réajustements permanents tant dans l'identification des partenaires à mobiliser et associer, de la population ciblée que sur la pédagogie et les techniques de communication sur le parcours de santé.²⁹ Chaque rencontre avec les différents acteurs a alimenté la réflexion sur l'analyse des ruptures dans les parcours, sur le diagnostic des territoires d'Angers et de Saumur, ainsi que sur la réflexion d'actions à mettre en œuvre.

2- La méthodologie de développement local social adoptée ³⁰

La méthode adoptée durant ce stage est née des problématiques suivantes : Comment enclencher un processus de réflexion et d'actions stratégiques dans le domaine de la santé et de la précarité sur un territoire ? Comment mobiliser l'ensemble des acteurs concernés ? Quelles actions peut-on valoriser dans le parcours de santé des personnes en situation de

²⁷Avenier, M, « La complexité appelle une stratégie chemin-faisant », *Gestion 2000*, n°5, 1999, pp13-44

²⁸ *Ibid.*

²⁹ Voir Annexe 2, documents servants de présentation du parcours de santé aux partenaires

précarité ? La mission a donc consisté en un recueil de données spatiales, économiques et politiques sur un territoire, une identification des publics ciblés par le parcours, une identification et association des différents partenaires (techniques, élus, de terrain) à la construction de ce parcours ainsi qu'une analyse conjointe des ruptures. Enfin, j'avais pour mission de rechercher des propositions de dispositifs et/ou de méthodes de travail permettant une meilleure coordination entre les acteurs. Tous ces éléments seront ensuite discutés avec l'ensemble des partenaires afin de co-construire le parcours de santé.

2.1. La connaissance d'un territoire et des publics ciblés par le recueil des données spatiales, économiques, sociales et politiques

La première étape dans la construction du parcours de santé fut de définir la population cible du parcours ainsi que le territoire d'expérimentation.

L'analyse des différents diagnostics de territoire menés par l'ARS dans le cadre des contrats locaux de santé ou les diagnostics FLASH³¹, menés par la politique de la ville pour les contrats ville, menés par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) avec son diagnostic à 360°³² et le plan départemental de lutte contre la pauvreté ont permis d'avoir une analyse fine des besoins des populations en situation de précarité et de connaître l'offre en dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Parallèlement à cette analyse et appropriation des besoins du territoire, j'ai rencontré l'évaluateur du PRAPS : le Docteur Jean-Paul Boulé, médecin de santé publique afin de mieux saisir les recommandations de cette évaluation. J'ai également rencontré la chargée de mission sur le 1^{er} recours à la DT, Madame Denou Annie afin de connaître les projets de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) sur le département.

Au siège de l'ARS à Nantes, nous étions en lien avec l'équipe de la direction métier de prévention et de promotion de la santé et Madame Passetemps Marie-Jo en charge de piloter la feuille de route populationnelle : personnes en situation de précarité.³³

C'est à partir de ces différents diagnostics et recommandations que certaines populations en situation de précarité ont été ciblées. Toutefois, les multiples rencontres menées lors de ce

³¹ Voir Annexe 7 : définition des diagnostics Flash donnée par l'ARS des Pays De La Loire

³² Parmi les mesures, le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale prévoit la réalisation de diagnostics territoriaux associant l'ensemble des acteurs afin de mieux évaluer les besoins, dans une perspective d'adaptation de l'offre en hébergement, logement et accompagnement pour les publics concernés.

³³ Les feuilles de route déterminent les objectifs annuels. Elles permettent de décliner de façon opérationnelle le PRS et de faciliter le dialogue avec les instances de démocratie sanitaire. Il existe des feuilles de route territoriales, partenariales et populationnelles.

stage ont permis d'alimenter ces diagnostics et de connaître des problématiques de pauvreté spécifiques aux différents territoires.

2.2. Une analyse des ruptures dans les parcours de santé en lien avec les partenaires³⁴

Un parcours de santé se construisant à partir de l'analyse des ruptures, deux acteurs ont été mobilisés afin d'avoir une photographie concrète de ruptures vécues par des personnes en situation de précarité. Tout d'abord, la coordination Sans Domicile Fixe (SDF) qui rassemble des associations travaillant auprès de personnes sans domicile principalement sur la ville d'Angers et ses environs³⁵. Le coordinateur de cette instance rencontré à plusieurs reprises nous a transmis des histoires concrètes anonymisées de personnes sans domicile ayant des problèmes de santé. J'ai également été présenter la démarche du parcours de santé à l'ensemble de la coordination SDF. Suite à cette réunion, de nouvelles ruptures ont été identifiées.

Sur Angers, nous avons également sollicité le département de coordination de l'aval (DCA) du 49 qui travaille sur les transitions entre le court séjour et les Soins de Suite et de réadaptation (SSR) pour comprendre les ruptures liées aux sorties d'hospitalisations.

Sur Saumur, j'ai rencontré la chargé de mission à la politique de la ville avec des assistantes sociales du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) afin d'identifier les principales ruptures dans les parcours de santé pour les personnes vivant au sein du quartier prioritaire. Par ailleurs, durant ce stage, j'ai pu participer au suivi de deux dispositifs intervenant dans le parcours de santé de la personne en situation de précarité : l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) et les Lits Halte Soins Santé (LHSS). Le suivi de ces dossiers a également alimenté l'analyse des ruptures, des besoins et particularités des différents territoires de santé de proximité.

Parallèlement à ces rencontres, tout au long du stage, une lecture de la littérature scientifique et des rapports officiels a permis de compléter les ruptures identifiées par les acteurs de terrain.

³⁴ **En Annexe 1 : la liste des personnes rencontrées au cours de la mission de construction du parcours de santé**

³⁵ La coordination SDF regroupe toutes les associations angevines qui sont en contact avec des sans-domiciles fixes. C'est une instance d'échanges d'informations animée par un coordinateur travaillant au secours catholique. Les membres se retrouvent environ tous les trimestres.

En Annexe 4, sont présentés les membres de la coordination SDF ainsi que la démarche du parcours de santé présenté aux membres.

2.3.L'identification des partenaires, leur mobilisation et association au parcours de santé

La deuxième grande étape de construction du parcours a été d'informer et d'associer les partenaires de l'ARS à la construction du parcours de santé. :

- Les partenaires techniques que sont la DDCS, la politique de la ville déclinée au niveau départemental et la CPAM
- les partenaires politiques à savoir les élus de la ville de Saumur.

De cette étape d'informations, un travail de collaboration sur la définition de ruptures, des publics cibles et sur des dispositifs a été initiée.

Parallèlement à ces rencontres avec les différents partenaires techniques et politiques, un travail de collaboration avec les acteurs de terrain a été entrepris

- Centres Hospitaliers (CH) de Cholet et Saumur
- Centre Hospitalier Universitaire d'Angers (CHU)
- PASS, médecins libéraux sur Saumur
- professionnels d'une MSP
- une association de dépistage du cancer

Ces rencontres ont également permis de recueillir des nouveaux éléments quant aux ruptures et problématiques que l'on peut identifier sur les villes d'Angers et de Saumur.

2.4.La proposition d'un programme d'actions et de recommandations

Cette recherche d'actions s'est faite à trois niveaux :

- Une recherche d'actions à partir d'expériences qui fonctionnent en Pays de la Loire et en Bretagne.
- Une capitalisation de l'offre existante sur le territoire de santé du Maine-et-Loire
- Une recherche d'actions possibles avec les partenaires techniques et politiques.

II- Cadrage de la Mission de Stage

Définir et cadrer le projet de parcours de santé constitue la première étape de sa construction. Cette étape est importante afin d'identifier les enjeux à résoudre lors de la conduite du projet. Cette partie abordera les problématiques suivantes : Qu'appelle-t-on territoire ? Quels sont

les besoins identifiés sur ces territoires ? Quelle définition de la précarité ? Quelles sont les ruptures observées dans les parcours de santé ?

1- Le parcours de santé dans le Maine-et-Loire : des besoins identifiés au ciblage d'une population

1.1. Définition du territoire de projet

Le territoire au-delà de sa notion géographique est défini par Marie-Sophie Desaulle, ancienne directrice générale de l'ARS des Pays de la Loire, comme « *un espace où les différents opérateurs de santé sont amenés à se rencontrer pour échanger, coopérer, travailler ensemble autour de la personne en faisant de celle-ci un réel acteur du projet de santé qui la concerne* »³⁶. Le territoire de santé au sens de la loi HPST correspond en Pays de la Loire au département. Le choix des départements comme territoires de santé avait pour enjeu l'articulation avec le Conseil Départemental, chef de file des politiques médico-sociales. A l'échelon infra-territorial, l'ARS a défini les territoires de santé de proximité³⁷. Il s'agit de territoires regroupant des communautés de communes sur lesquels les services et les acteurs se coordonnent au sein d'un comité local d'intégration des acteurs. Il couvre une population de 30 000 à 50 000 habitants. Les territoires de santé de proximité sont l'échelon idéal de mise en œuvre des CLS. Ce sont en effet des territoires d'action et de projet. Ils respectent les contours des Etablissements Public de Coopération Intercommunale (EPCI) afin de faciliter l'articulation de l'animation de la santé avec les actions des élus locaux et leurs services. Pour piloter et animer la construction du parcours de santé, deux échelons ont été retenus : le territoire de santé du Maine-et-Loire qui offre une vision globale des dispositifs, des acteurs, des besoins en santé des personnes en situation de précarité et permettant ainsi une coordination stratégique des partenaires institutionnels. Le territoire d'action, de projet³⁸ des parcours de santé sont les territoires couverts par les CLS : le territoire du Grand-Saumurois, d'Angers et du Choletais. « *La logique est différente il ne s'agit pas d'un maillage systématique du territoire par le haut (démarche nécessaire dès lors qu'il faut assurer un service à toute la population) mais d'une démarche ascendante, appuyée sur l'initiative d'acteurs locaux* »³⁹

³⁶ Desaulle, M, « les parcours sont-ils un levier efficace d'une politique régionale de santé ? », *parcours de santé enjeux et perspectives*, adsp, n°88, 2014, p49-50.

³⁷ **Voir Annexe 9 : Territoires de santé de proximité dans le Maine-et-Loire**

³⁹ Définition de territoire d'action

Ministère en charge de la santé, de la famille et des personnes handicapées, *territoire et accès aux soins, rapport du groupe de travail*, 2003

2.2. La pauvreté dans le Maine-et-Loire

2.2.1. Le Maine-et-Loire : deux pôles de pauvreté : Angers et Saumur⁴⁰

Dans le Maine-et-Loire, 12.1% de la population vivaient sous le seuil de pauvreté en 2011. C'est-à-dire des ménages qui disposent d'un revenu mensuel par unité de consommation inférieur à 977 €⁴¹. Plus localement, on observe deux pôles de pauvreté dans le département. Tout d'abord l'agglomération de Saumur où le chômage est important. Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), en 2011⁴², c'est le territoire le plus marqué par la précarité dans le département. C'est-à-dire que la proportion de ménages à bas revenus est plus importante que dans les autres territoires du Maine-et-Loire, et que l'agglomération saumuroise déjà défavorisée a été plus affectée par les conséquences de la crise économique. L'agglomération angevine, caractérisée par des populations très hétérogènes, est également marquée par une forte proportion de personnes en situation de pauvreté. Des inégalités de revenus sont présentes avec des personnes avec des hauts revenus côtoyant des personnes en situation de précarité, touchées durablement par le chômage.

2.2.2. Caractéristiques générales du Grand-Saumurois et du quartier prioritaire Chemin-Vert/Hauts Quartiers

Le territoire du Grand Saumurois, et plus particulièrement la ville de Saumur sont marqués par un nombre important de personnes en situation de pauvreté monétaire. Presque un quart des habitants de Saumur vit en dessous du seuil de pauvreté (21% des habitants vivaient avec moins de 977€ par mois)⁴³. De plus, en 2009, le taux de chômage au sens du recensement est estimé à 16% contre 10% en Maine-et-Loire. Celui-ci est de 28% dans le quartier de Chemin-Vert⁴⁴. Enfin, concernant le recours aux droits sociaux et plus particulièrement le recours à la CMU, il a été estimé qu'environ 8% des habitants de Saumur étaient bénéficiaires de la CMU en 2011 soit trois points de plus que dans le département. Parmi ces bénéficiaires, selon des estimations de la municipalité 19% d'entre eux vivaient au sein du

⁴⁰ Voir **Annexe 8 : Territoires marqués par la pauvreté dans les Pays de La Loire**

⁴¹ Bonnefoy, V, « Pauvreté dans le Maine-et-Loire : la crise renforce les disparités territoriales », *INSEE FLASH*, n°2, 2014.

⁴² Coutard, G, *Observation sociale des territoires de Maine-et-Loire, précarité marquée à l'est du département*, INSEE, 2011.

⁴³ Estimation municipale

Mission Evaluation des Politiques sociales, *Analyse des besoins sociaux ville de Saumur*, 2013.

⁴⁴ *Ibid.*

quartier le chemin-vert/Clos Bonnet⁴⁵. Cette concentration des personnes en difficultés socio-économique, et notamment la forte proportion de personne bénéficiant de la CMU dans le quartier de Chemin-Vert, quartier ciblé par la nouvelle politique de la ville, nécessite un regard particulier de l'ARS dans la construction du parcours afin de cibler et prendre en compte cette concentration de personnes en situation de pauvreté dans les quartiers.

Au regard de ces constats, il a été choisi d'expérimenter le parcours de santé sur l'agglomération saumuroise avec une attention particulière portée à la ville de Saumur. La volonté de la municipalité de travailler sur le parcours de santé dans le cadre du CLS a également participé à ce choix. Par ailleurs, étant un territoire moins pourvu en services que le territoire Angevin, l'ARS souhaitait concentrer son action sur ce territoire. Afin d'agir au mieux sur le Grand-Saumurois, nous nous sommes appuyés sur la ville d'Angers et l'expérience de ses nombreux acteurs œuvrant dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité pour construire ce parcours. Les besoins en santé et acteurs (politiques, associatifs, institutionnels) présents sur ces deux territoires sont sensiblement différents. La construction du parcours de santé prendra en compte ces distinctions, tant sur le calendrier de mise en œuvre que sur les actions proposées afin de s'adapter au mieux aux contextes locaux.

2.3. La population ciblée dans le parcours

2.3.1. Le public ciblé

Dans le Maine-et-Loire, un nombre important de personnes est en difficulté pour trouver un logement stable. En 2013, les Maraudes ont estimé qu'environ 128 personnes vivaient à la rue.⁴⁶ Selon le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, 950 personnes sortaient de prison et exprimaient un besoin de logement et 50 personnes sortantes d'hôpital psychiatrique étaient en recherche de logement. De plus, 2352⁴⁷ personnes ont sollicité le 115 et le SAMU social pour un hébergement et 1792 personnes ont bénéficié d'une aide

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ Estimation des publics ayant potentiellement un besoin

DIHAL, DGCS, Direction habitat, urbanisme, Paysages, *Accompagnement pour la mise en œuvre d'un diagnostic territorial partagé 360° du sans abris au mal-logement, diagnostic du département du Maine-et-Loire*, SGMAP, 2014

⁴⁷ Analyse quantitative et qualitative de l'évaluation des besoins et des parcours, source tableau de bord du SIAO 49
Ibid.

dans le cadre des maraudes ou d'un accueil de jour en 2013⁴⁸. Au regard de ce nombre important de personnes en absence de logement stable et du nombre important de personnes en situation de précarité économique et sociale dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, il a donc été choisi de cibler prioritairement les personnes « sans domicile » et les personnes vivant dans les quartiers prioritaires.

Selon l'INSEE une personne est qualifiée de « sans-domicile » un jour donné si la nuit précédente elle a eu recours à un service d'hébergement ou si elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune). La fondation Abbé Pierre élargi cette définition aux personnes vivant dans des conditions de logement très difficiles (logements inconfortables, de mauvaise qualité et les logements en surpeuplement accentué) ainsi que les personnes en situation d'occupation précaire (dont les locataires et sous locataires d'un meublé et les personnes occupant un logement sans droits ni titre suite à une décision de justice prononçant l'expulsion)⁴⁹

La précarité des personnes est donc définie par rapport à leur situation vis-à-vis du logement ou de leur lieu de vie. Cette approche fait suite à l'évaluation de mi-parcours du PRAPS des Pays de la Loire, qui recommande de « *formaliser et opérationnaliser les parcours d'accompagnement des personnes en grande vulnérabilité centrés sur des situations problématiques et des risques de ruptures plutôt que sur des catégories de publics* »⁵⁰. Ici, les situations complexes choisies sont « l'absence de logement stable » et « les ressources irrégulières ou très faibles dans les quartiers prioritaires »⁵¹. Cette définition de la précarité par rapport au logement permet d'inclure dans la réflexion de construction du parcours de santé le repérage des problématiques de santé par les travailleurs sociaux présents dans les dispositifs d'hébergement. Cibler les personnes vivant dans les quartiers, permet de travailler en collaboration avec la politique de la ville pour mettre en œuvre des actions conjointes et ainsi de pouvoir bénéficier de l'outil des contrats de ville pour agir.

⁴⁸ Analyse quantitative et qualitative de l'évaluation des besoins et des parcours, source tableau de bord du SIAO

Ibid.

⁴⁹ Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés, *l'état du mal logement en France*, 14^{ème} rapport annuel, 2009.

⁵⁰ Boulé, J, et, Brun, X, *op. cit.* p11.

⁵¹ **Voir Annexe 3 : tableau de présentation du modèle repérage-évaluation des besoins-suivi en fonction des situations complexes**

2.3.2. Les publics nécessitant une attention particulière

Les situations complexes « d'absence de logement stable » ou « de ressources irrégulières ou très faibles dans les quartiers prioritaires » permettent, dans un premier temps, de construire le parcours de santé de manière globale. Néanmoins, en fonction des contextes locaux, les rencontres avec les différents acteurs ont mis en lumière des situations ou des publics qui nécessiteraient une approche plus ciblée.

a) Sur Saumur

➤ *Les personnes hébergées chez des tiers*

D'après les acteurs sanitaires et sociaux de Saumur, l'hébergement chez un tiers semble être une forme de précarité et d'instabilité face au logement très présente sur la commune. L'hébergement chez des tiers est révélateur d'une difficulté de suivi et d'accompagnement de ce public par les travailleurs sociaux. Selon l'enquête FORS 2012⁵², les chercheurs montrent que les personnes hébergées chez des tiers sont souvent des jeunes adultes victimes d'une entrée difficile dans la vie active, des mères isolées avec enfants après une rupture, des personnes âgées en perte d'autonomie, des travailleurs précaires connaissant une dégradation rapide de leurs ressources à la suite d'un événement perturbateur (perte d'emploi, problème de santé) ainsi que les primo-arrivants sur le territoire français dans une démarche d'intégration administrative.

➤ *Les jeunes de 16-25 ans*

Sur Saumur, on observe une fragilité des jeunes vis-à-vis de l'emploi et une sortie plus précoce du système scolaire par rapport à la région, et plus particulièrement sur le quartier prioritaire. En 2012, environ 352 jeunes ont connu des difficultés d'insertion et ont bénéficié d'un suivi CIVIS (contrat d'insertion dans la vie sociale) par la Mission Locale, c'est-à-dire un accompagnement renforcé vers l'emploi pour des jeunes pas ou peu diplômés⁵³. Dans ce cadre, des aides financières peuvent être proposées en raison de la forte précarisation de ces jeunes. La même année, parmi l'ensemble des 18-24 ans non scolarisés, 32% résident au sein des quartiers prioritaires.⁵⁴

⁵²Fors, 2012, « L'hébergement dans le logement d'un tiers. Les solidarités privées à l'épreuve, dans un contexte de crise du logement », *Recherche sociale*, n° 203.

Voir Annexe 7 : méthode de l'enquête

⁵³ Mission Evaluation des Politiques sociales, *op. cit.* p20. .

⁵⁴ ORS, *Diagnostic Flash Saumur 2013*, ARS Pays de la Loire, 2013

Par ailleurs, le diagnostic à 360° de la DDCS⁵⁵ met également en lumière les ruptures des jeunes sortants de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) qui pour un tiers, se retrouve à la rue à la sortie de l'aide dans le Maine-Et-Loire (sur 148 jeunes de 18 à 21 ans en 2013 sortants de l'ASE, 131 sont sortis sans solutions de logements connues.)

➤ **Les Familles monoparentales**

Les familles monoparentales peuvent être en situation de précarité comme l'atteste une étude menée par l'INSEE⁵⁶. En 2005, seule la moitié des mères des familles monoparentales occupent un emploi à temps complet et vivent dans des conditions de logement plus fragiles que les couples. Sur Saumur, il y a une forte proportion de familles monoparentales : 19.8% des familles sont composées d'un parent isolé et d'un ou plusieurs enfants célibataires âgés de moins de 25 ans en 2009 contre 16.5% en Région⁵⁷. La moitié de ces familles vit au sein du quartier prioritaire de la ville dont 50% sont sans emploi⁵⁸.

b) Plus généralement dans le Maine-et-Loire

➤ ***Personnes sortantes de dispositifs et plus particulièrement des structures pénitentiaires***

Un risque de ruptures dans les parcours à la sortie des dispositifs sanitaires, sociaux ou médico-sociaux est possible. Les personnes sortantes de l'hôpital peuvent perdre le lien avec les travailleurs sociaux ou arrêter un traitement. Les jeunes sortants de l'ASE, en absence de logement stable, peuvent connaître des problématiques de santé. Ce phénomène de ruptures en sortie de dispositif est également important pour les personnes sortantes de structures pénitentiaires. Selon l'INSEE, 16% des sortants de prison sont sans abri à leur sortie.⁵⁹ Il y a donc de réelles problématiques d'ordre sanitaires et sociales à la sortie des structures pénitentiaires comme l'atteste la DDCS.⁶⁰ Pendant la détention, les individus sont affiliés au régime général de l'assurance maladie auprès de la caisse de ressort dans laquelle se trouve l'établissement pénitentiaire. Assurer la continuité des soins des personnes sortantes de

⁵⁵ DIHAL, DGCS, Direction habitat, urbanisme, Paysages, *op. cit.* p21.

⁵⁶ Chardon, O, *et al, des familles monoparentales des difficultés à travailler et à se loger, division enquêtes et études démographiques*, INSEE, 2008.

Voir Annexe 7 : méthode de l'enquête

⁵⁷ ORS, *op. cit.* p23

⁵⁸ Mission Evaluation des Politiques sociales, *op. cit.* p20.

⁵⁹ Guilloneau, M, Kensey, A, Mazuet, P, *Les ressources des sortants de prisons*, Les Cahiers de démographie pénitentiaire, 1998.

⁶⁰ SGMAP DIAL DGCS direction habitat urbanisme, paysages, *op. cit.* p21.

prison est complexe, notamment lorsque la durée de détention est courte. En effet, beaucoup de personnes se retrouvent en ruptures de droit à la sortie. Par ailleurs, les actions en santé et les démarches réalisées au sein de la structure risquent d'être interrompues à la sortie s'il existe un manque de coordination entre « l'intérieur » et « l'extérieur »⁶¹.

➤ **Les publics « invisibles »**

La DDCS 49 définit dans son diagnostic territorial partagé 360° du sans abris et du mal logement les publics « invisibles » qui sont « *sont ceux qui n'ont pas recours aux aides sociales [...] il y a deux catégories de personnes dans le public invisible : Celles qui sont passées par les structures et qui sont maintenant perdus de vue par les services et Celles qui n'ont jamais été prises en charge par les services et dont les besoins ne sont pas connus. Elles sont peu habituées aux services sociaux* ». Ces « publics invisibles » sont les grands marginaux, les personnes vivant chez un tiers, les surendettés, les travailleurs dit pauvres, les situations d'expulsions locatives, les moins de 25 ans qui n'ont pas le droit au RSA et qui ont peu de revenus, certains publics migrants hébergés chez un tiers ainsi que les personnes isolées en campagne.

2- L'analyse des Ruptures dans les Parcours de Santé

2.1. Les ruptures liées à la précarité

Le rapport au corps, la manière de percevoir la maladie, la manière d'exprimer une douleur sont intériorisés et hérités socialement. Par conséquent, plus les enfants bénéficient de conditions favorables à la santé, meilleur sera leur état de santé à l'âge adulte. Selon Caroline Despres, médecin de santé publique et docteur en anthropologie sociale et ethnologie, « *la place symbolique occupée dans la société contribue également à produire un certain rapport à soi, à autrui, à la société et aux institutions incluant les institutions sanitaires. Les fonctions sociales notamment dans le travail déterminent également des usages et des conceptions du corps, qui ne sont pas sans effet sur les manières de gérer la maladie ou de se maintenir en bonne santé* ». ⁶² Ainsi, les difficultés économiques, les ruptures dans les parcours de vie, les moments de vie douloureux, selon Emmanuelle Cambois, directrice de

⁶¹ Problématique soulevée lors de la rencontre avec la coordination SDF

⁶² Despres, C., « le renoncement aux soins pour raisons financières analyse socio-anthropologique », *série études et recherches*, DREES, n°119, 2012.

Voir Annexe 7 : méthode de l'enquête Invs

recherche à l'Institut national d'études démographiques, « *tendent à amenuiser les capacités des personnes à prévenir et gérer les maladies ainsi que les conséquences* ». ⁶³ En effet, le manque de confiance en soi, le rapport au corps et aux soins associé à un déficit de compétences psychosociales des plus démunis peuvent entraîner un recours tardif aux urgences, un renoncement aux soins ou entraver l'entrée dans un processus de soins. Comment prévenir, se projeter dans le futur quand les personnes en situation de précarité doivent répondre à leurs besoins vitaux au quotidien ? Ce type de recours aux soins limite lui aussi les chances de guérison et de récupération.

Concernant les personnes vivant dans la rue, en situation d'exclusion, elles ont une espérance de vie de 41 ans en moyenne pour les femmes et de 56 ans pour les hommes, soit une mortalité environ 4 fois plus élevée que la population générale. ⁶⁴ En effet, les personnes en situation de précarité peuvent avoir des maladies chroniques plus tôt que la population générale et « *vieillir plus jeune* ». C'est ce que Rouay-Lambert Sophie appelle « *le décalage entre l'âge biographique et biologique* ». ⁶⁵ Les conditions de vie ont donc un impact évident sur la santé. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées selon Médecins du Monde (MDM) sont les infections respiratoires, les problèmes dentaires, les troubles psychologiques ou psychiatriques, de la dépression, les affections dermatologiques, les addictions, la traumatologie, la rhumatologie ainsi que les Infections Sexuellement Transmissibles. Selon le Service d'Accueil et d'Accompagnement Spécifique (SAAS), membre de la coordination SDF, de plus en plus de personnes sont en souffrance psychique avec une réelle difficulté des professionnels pour les orienter vers les services spécialisés dans le domaine de la psychiatrie. La direction de la Santé Publique d'Angers soulève également le nombre important de pathologies psychiatriques non traitées ou jamais évaluées en raison de l'absence d'adhésion, de suivi, et des délais importants en Centres Médicaux Psychologiques (CMP). A cet environnement et ces conditions de vie pouvant être à l'origine de pathologies s'ajoute pour les « *sans chez soi* » ⁶⁶ en situation d'exclusion, un manque de soutien familial et social pouvant alors rendre difficile l'entrée et le maintien dans un processus de soins.

⁶³ Cambois, E, *Les personnes en situation sociale difficile et leur santé*, les travaux de l'observatoire, 2004.

⁶⁴ Médecins du monde, « se mobiliser pour les personnes à la rue », < <http://www.medecinsdumonde.org/En-France/Sans-abri-et-mal-loges> > 20/08/2015.

⁶⁵ Rouay-Lambert, S, « la retraite des anciens SDF : trop vieux pour la rue, trop jeunes pour la maison de retraite », *les annales de la recherche urbaine*, n°100, 2006, p137-143.

⁶⁶ Nom donné aux personnes Sans Domicile Fixe dans :

Girard, V, Estecahandy, P, Chauvin, P, *La santé des personnes sans chez soi : plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*, 2009

Il y a donc un véritable « *cumul des désavantages sociaux, professionnels, environnementaux, le manque d'informations ainsi que le manque d'incitation à consulter induisent une utilisation particulière des systèmes de soins et accélèrent la dégradation de l'état de santé des plus démunis.* »⁶⁷

Cette compréhension globale des trajectoires et du rapport à la santé des personnes en situation de précarité dans le système de santé est essentielle pour l'action publique afin de mettre en œuvre des projets et d'envisager les réponses appropriées. Pour autant, il est notoire que les termes de « précaires », « démunis » ou « exclus », renvoient à des situations, des modes de vie, des perceptions de la maladie, différentes d'un individu à l'autre. En réalité, les personnes en situations de précarité ou d'exclusion « *n'ont en commun que la forme de leur trajectoire, marquée par un cumul de handicaps et une dissociation progressive des liens sociaux* » selon Pierre Mannoni, philosophe et psychologue⁶⁸.

2.2. Les ruptures pendant le parcours de santé

La construction d'un parcours de santé se construit généralement à partir de l'identification des ruptures en partenariat avec les acteurs de terrain. Cette identification doit permettre d'introduire plus de liens entre chaque acteur pour fluidifier et améliorer les prises en charge. Le plaidoyer intitulé « *la santé des personnes sans chez soi* » adressé à l'ancienne ministre de la santé, madame Roselyne Bachelot, met en lumière que « *Ces personnes sont au carrefour des prises en charge du sanitaire et du social mais aussi du médico-social. Elles sont les premières à supporter les dysfonctionnements engendrés par le cloisonnement institutionnel français alors même qu'elles nécessitent une prise en charge globale* »⁶⁹ Par ailleurs, l'identification des points de ruptures à chaque étape du parcours de santé (en amont, à l'intérieur et en aval du parcours de soins) permet de comprendre l'histoire du département et plus précisément du territoire du Grand-Saumurois c'est-à-dire la manière dont les acteurs sont organisés et travaillent ensemble. Enfin, par ce travail d'identification des ruptures les grands enjeux à résoudre pour fluidifier les parcours de santé ont été identifiés en tenant compte des spécificités locales puisque c'est à ce niveau que l'on peut coordonner les interventions des différents acteurs.

⁶⁷ Cambois, E, *op. cit.* p 26

⁶⁸ Mannoni, P., *La malchance sociale*, Paris, Odile Jacob, 2000, p-46

⁶⁹ Girard, V, Estecahandy, P, Chauvin, P, *op.cit.* p26

2.2.1. Les ruptures en Amont de la prise en charge sanitaire

i. La notion de non-recours au système de soins et aux droits

Les rapports et enquêtes montrent qu'une partie des personnes en situation de précarité ou d'exclusion n'ont pas recours au système de santé ou à leurs droits. Il y a un non recours « *lorsqu'une personne ne reçoit pas, en tout ou partie une prestation sociale à laquelle elle a le droit* »⁷⁰. L'ODENORE⁷¹ présente une typologie explicative de ces formes de non-recours :

- le non-recours lié à la non-connaissance (la prestation n'est pas connue),
- lié à la non-demande (la prestation est connue et non demandée),
- la non réception (la prestation est connue, demandée mais non obtenue ou non utilisée),
- et enfin la non proposition (la prestation n'est pas proposée que le destinataire potentiel la connaisse ou non).

Les raisons de ces non-recours sont multiples : des raisons personnelles concernant le libre choix des individus, des raisons culturelles ou financières. Une méconnaissance des dispositifs et la complexité de l'organisation du système de santé ont également un impact sur l'accès aux soins. La raison du libre choix des individus dans ces situations est toutefois à évoquer avec précaution. En effet, Philippe Warin, directeur de recherche au CNRS et enseignant à l'IEP de Grenoble souligne que les caractéristiques « *des modes de vie individuels résultent moins des libres choix que de l'impact des facteurs culturels et structurels en grande partie indépendants de la volonté individuelle* »⁷². Pour certaines personnes la demande n'est pas égale au besoin⁷³ ce qui a pour conséquence d'après Agnès Granier, directrice de recherche au CNRS, de « *nombreux décalages [...] entre les attentes ou les perceptions des besoins de santé manifestés par les personnes elles-mêmes et les professionnels de santé ou les autres intervenants sociaux* ». ⁷⁴

Le non-recours aux droits tels que la CMU-C et l'Aide à la complémentaire santé (ACS) est une problématique importante. Au niveau national, le taux de non-recours était de 16% pour

⁷⁰ Math, A, Oorschot, W, « La question du non-recours aux prestations sociales », *Recherches et Prévisions*, n°43, 1996, pp5-17

⁷¹ Warin, P, *Le non recours : définitions et typologies*, ODENORE, 2010.

⁷² Darmon, N, « Populations précarisées et l'alimentation », *La santé de l'homme*, n°402, 2009.

⁷³ Legros, M, *et al*, « Groupe de Travail « 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*, 2012

⁷⁴ Granier, A, « précarité et demandes de santé », *Revue Projet*, 2000.

la CMU-C et de 78% pour l'ACS selon le rapport d'activité de 2011 du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Selon l'analyse des besoins sociaux de Saumur en 2013, ce non-recours aux aides semblait être du même ordre qu'à l'échelle nationale. Plusieurs raisons peuvent expliquer cet éventuel non recours aux droits : des démarches et dossiers à remplir qui sont complexes, la barrière de la langue, la domiciliation pour une personne vivant dans la rue ou le changement de régime d'affiliation pour un sortant de prison. Le non recours à la CMU-C et ACS serait principalement lié à « non connaissance » et la « non demande » sur Saumur⁷⁵.

Afin de palier à ce non-recours le groupe de travail « Santé et Accès Aux Soins »⁷⁶ recommande d'«étendre l'usage de l'interprétariat professionnel, de favoriser le développement de la médiation en santé, dans le domaine de la prévention, de l'accompagnement vers les droits, les soins et la santé ». La formation de travailleurs sociaux à l'ouverture des droits peut être également envisagée. Lors de la rencontre avec la référente solidarité de la CPAM le problème du non-recours en raison d'une « non demande » a été évoqué. Comment alors toucher ces individus qui ne sont pas forcément en contact avec les travailleurs sociaux et plus largement les institutions ? Qui sont physiquement, ces publics invisibles ?

ii. L'accompagnement vers le système de santé

Les accompagnements physiques ainsi que la médiation sociale sont utiles pour permettre aux individus d'avoir recours à leurs droits et aux soins, mais également pour permettre une meilleure continuité des soins. Lors d'une rencontre avec la coordination SDF, les acteurs ont manifesté l'importance de cet accompagnement vers et à l'intérieur du système de santé dans les parcours de santé. L'expérience montre que cet accompagnement demande du temps et doit pouvoir s'adapter à chaque individu afin d'assurer un lien entre la personne et son environnement sanitaire et/ou social. Cette problématique du « *facteur temps qui joue un rôle très important dans l'accès à la santé des personnes en situation de précarité* »⁷⁷ a été évoquée avec les acteurs de la coordination SDF. Le manque de moyens humains pour accompagner sur le long terme les personnes afin qu'elles deviennent autonomes vis-à-vis de la santé est vécu comme une source de ruptures dans les parcours de santé des personnes en situation de précarité.

⁷⁵ Mission Evaluation des Politiques sociales, *op. cit.* p20

⁷⁶ Legros, M, *et al. op. cit.* p28

⁷⁷ARS de Lorraine, *Programme Régional d'Accès à la Prévention et Aux Soins (PRAPS) 2012-2017*, 2012.

iii. La prévention : un taux de recours aux dépistages des cancers plus faible qu'en population générale

Les différentes enquêtes montrent que les personnes en situation de précarité sont souvent éloignées de la prévention. Selon l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la santé (INPES) plus la précarité est forte, plus le corps est rejeté⁷⁸. Concernant le cancer du sein, l'étude « Inégalités sociales de mortalité par cancer en France en 2011 »⁷⁹, met en évidence que les femmes ayant un faible niveau socio-économique ont un accès aux dépistages et aux soins significativement moins fréquent. Une enquête a été menée par l'assurance maladie afin de connaître le nombre de femmes de 50 à 74 ans bénéficiaires de la CMU-C qui n'ont pas eu recours aux mammographies sur 2013 (en dépistage individuel ou organisé) dans la région des Pays de la Loire. 68.4% de ces femmes n'ont pas eu recours à des mammographies (68,9% dans le Maine-et-Loire) contre 36.5% des femmes affiliées au régime général ou à la Mutualité Sociale Agricole (37, 5 % dans le Maine-et-Loire)⁸⁰. Pour le dépistage du cancer de l'utérus, Médecins du Monde⁸¹ montre le très faible recours au frottis cervico-vaginal des femmes fréquentant les CASO (Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation). Seul 1/3 d'entre-elles ont déjà eu recours à un dépistage du cancer de l'utérus et 66.9% d'entre-elles ont déclaré n'avoir jamais réalisé cet examen.

Comment favoriser le dépistage, la prévention primaire, voire la promotion de la santé quand les personnes doivent répondre à des besoins plus urgents et vitaux ? Médecins du Monde recommande alors de « *développer des outils adaptés, valoriser et développer la médiation sanitaire et sociale et les démarches « d'aller-vers »*. La rencontre avec l'association CAP SANTE 49 a mis en évidence cette importance de rassurer les personnes pour certes les accompagner dans l'étape du dépistage, mais également les accompagner dans le diagnostic en milieu hospitalier à la suite de ce dépistage. Cette difficulté de suivi après le dépistage se pose aussi pour les personnes qui sont incarcérées dans les maisons d'arrêts. L'association nous a également informés de la difficulté pour un hôpital d'être habilité à réaliser des

⁷⁸ Le Cain, A, et Mourouga, P, « Accompagner vers le dépistage les femmes en situation de précarité », *Santé de l'Homme*, INPES, 2005,p34-35.

⁷⁹ InVS « Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011 », *InVS rapport technique*, 2011, 78 pages.

Voir Annexe 7 : méthode de l'enquête

⁸⁰ ORSEME et AROSMA, *taux de non-recours aux mammographies sur 2013-2014 régime général, MSA*, avril 2015

Voir Annexe 7 : méthode de l'enquête

⁸¹ Médecins Du Monde, *contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité en France*, 2013.

Voir Annexe 7 : méthode de l'enquête

mammographies. Il faut en effet 500 radiographies pour que le radiologue soit autorisé à faire des radiographies.

2.2.2. Les ruptures à l'intérieur du parcours de soins

i. L'accès à la médecine de ville : un appui aux professionnels de santé nécessaire

Le système de santé français est organisé autour du médecin traitant « pivot » de l'organisation des parcours. Les soins primaires contribuent en effet à diminuer les inégalités de santé.⁸² Cependant, le non recours aux droits conjugué à un traitement dans l'urgence implique une entrée dans le système de santé qui se fait le plus souvent par l'hôpital pour les personnes en situation de précarité plutôt que par un médecin traitant. Par ailleurs, la complexité des situations et l'intrication des problématiques santé/social nécessitent une approche globale de la personne que le médecin de ville ne peut faire seul. Une enquête menée à Toulouse par le réseau « santé précarité » en 2005⁸³ montre qu'un travail en équipe pluridisciplinaire est nécessaire pour accompagner ces publics spécifiques. Le parcours de santé des personnes en situation de précarité ne peut donc se construire sans tenir compte de ce recours aux soins plutôt dans l'urgence et de ce besoin d'un accompagnement sur le volet social et sanitaire plus poussé dans le temps.

Plusieurs dispositifs tiennent compte de ces spécificités : les PASS qui sont des « *cellules de prise en charge médico-sociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi des réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement global* »⁸⁴. Les PASS permettent d'offrir une prise en charge à la fois médicale et sociale. Le CASO de Médecins du Monde permet aussi une prise en charge de « 1^{er} recours » avec des consultations médicales adaptées aux publics en situation de très grande précarité.

Par ailleurs, « *La mise en place de structures d'exercice coordonné quelle qu'en soit leur forme constitue une des réponses adaptées à l'accès aux soins de premier recours et à l'amélioration de la qualité des soins* »⁸⁵. Les MSP ou les pôles de santé semblent être des

⁸² Bourgueil, Y, et al, « Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? », *questions d'économie de la santé*, IRDES, N°179, 2012.

⁸³ Mise en exergue dans : Girard, V, Estecahandy, P, Chauvin, P. *op. cit.* p26.

⁸⁴ IGAS, ANAES, Gres Médiation Santé, *fiche de synthèse sur les permanences d'accès aux soins et à la santé (PASS)*, 2004.

⁸⁵ Ministère du travail, de l'emploi et de la santé et ARS, *op. cit.* p9.

dispositifs intéressants de droit commun puisque la coordination des acteurs permet un suivi plus global des individus, et le médecin se trouve moins isolé pour la prise en charge de la personne en situation de précarité. De plus, les différentes expériences étudiées⁸⁶ ont montré qu'un réseau d'acteurs (travailleurs sociaux, professionnels des dispositifs spécifiques comme les LHSS, les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), l'hôpital avec la PASS etc.) entourant les professionnels de santé facilite cette prise en charge globale des personnes en situation de précarité. « *L'articulation [que les réseaux] offrent aux patients accueillis permet de sécuriser leur parcours, en particulier pour des publics qui sont loin des soins, et peu enclins à s'inscrire dans une continuité* ». ⁸⁷

En lien avec l'équipe de la ville de Saumur une rencontre a été organisée avec les professionnels de santé afin de les sensibiliser au parcours de santé des personnes en situation de précarité et aux MSP. Ces professionnels de santé, préoccupés par de nombreux départs en retraite, ont manifesté le besoin d'être fortement accompagnés pour la prise en charge sanitaire des personnes en situation de précarité. Ces témoignages rejoignent l'enquête toulousaine menée en 2005 qui « *révélaient que la plupart des généralistes souhaitaient pouvoir se référer à une structure identifiée facilement repérable et pouvant assurer cette fonction d'accompagnement et de suivi* »⁸⁸.

L'accompagnement des professionnels de santé et plus spécifiquement des médecins généralistes est donc nécessaire pour créer un parcours de santé. Il faut pouvoir leur proposer des outils, des formes d'exercice différentes, des personnes ressources inscrites dans un réseau solide pour les aider à accompagner et suivre le patient.

ii. Une continuité des soins possible ?

Pour les personnes en situation de très grande pauvreté et plus particulièrement pour les personnes « sans chez soi » en souffrance psychique, s'inscrire dans un processus de soins dans la durée est complexe. La direction de la santé publique d'Angers membre de la coordination SDF a soulevé la grande difficulté pour les personnes vivant dehors à se soigner. Les conditions de vie aggravent et créent des pathologies, et sans un toit le processus de rétablissement est impacté (hygiène, sommeil, froid, accès et observance des traitements

⁸⁶ Voir partie 3, exemples de fonctions d'appui aux professionnels de santé en France

⁸⁷ Legros, M, *et al*, op. cit. p28.

⁸⁸ Girard, V, Estecahandy, P, Chauvin, P, op. cit. p26.

etc.). Par ailleurs, la coordination SDF a remonté la problématique de l'accès aux soins spécialisés dans le domaine de la psychiatrie (délais de RDV CMP longs, adhésion de la personne, difficulté de tenir les RDV). La situation ci-dessous illustre le besoin des personnes très exclues d'avoir un accompagnement individualisé sur le long terme, en réseau, et montre également la difficulté une fois le processus de soin entamé de maintenir la personne dans cette dynamique si elle retourne à la rue.

R, 28 ans, jeune homme psychotique en rupture depuis 2010. Comment emmener ce jeune homme vers le soin ?

« Pas d'ouvertures de droits depuis deux ans, vit dehors on le suppose car il est réticent et nous dit dormir chez de la famille ou des amis mais nous n'y croyons pas. On a réussi à remettre en route ses vaccinations ici ! En juillet 2014 il a une incurie, il n'a aucun revenus alors qu'il avait une AAH avant, pas de domiciliation ni de suivi social ou psychiatrique. Très envahi par sa pathologie psy qui l'empêche de faire les démarches et même de s'y faire accompagner. Il se gratte jusqu'au sang sur tout le corps et refuse de consulter, on aperçoit parfois les lésions. Il refuse de les montrer à l'infirmière. Proposition de l'accompagner à Médecins du Monde, refus. Plusieurs tentatives, sans succès. Appel au médecin de santé publique qui vient le voir au PASS (nous trouvons dans le filtre du sèche-linge des insectes morts) Nécessité d'un avis spécialisé en parasitologie, le médecin obtient un RDV en urgence dès le lendemain. Il viendra chercher le patient au PASS et l'accompagnera à cette consultation. Mais le lendemain R n'est pas revenu au PASS. En mars, alors qu'il revient chaque jour au PASS son comportement devient de plus en plus étrange ; il parle au placard, envahi par son délire plus de contact possible avec lui. L'hospitalisation se justifie cette fois aux yeux de la loi. Le médecin de santé publique est appelé à nouveau, R sera accompagné à l'UPAO. Il est encore hospitalisé ce jour mais la sortie est proche. Il va mieux. Ses droits ont été ouverts, il a de nouveaux des revenus, on lui cherche un foyer, pas simple ça en plus !.

Va-t-il aller au CMP aux consultations qui lui seront proposées ? Continuera-t-il à prendre son traitement une fois dehors ? »

iii. L'hôpital et les dispositifs d'aval

De l'entrée par les urgences à la recherche de dispositifs d'aval : un risque de ruptures dans le parcours de soins

Les urgences sont souvent la porte d'entrée vers le soin pour les personnes en situation de précarité. Cette entrée par les urgences, souvent tardive ou alors pour des motifs qui aurait pu se régler en ambulatoire désorganise les services de médecine et peuvent allonger la durée des séjours. Les travaux de la cour des comptes ont montré qu'un passage aux urgences

revient en moyenne à 161.5€ alors qu'en médecine libérale c'est en moyenne 23€⁸⁹. Cette forme de recours au système de santé en plus d'être coûteuse ne permet pas de prévenir, et d'offrir une prise en charge plus globale, dans les lieux de vie des personnes, ce qui est le rôle des soins de premier recours.

Dans un contexte de pression budgétaire importante qui pèse sur les hôpitaux⁹⁰, la bonne gestion des lits est au cœur des préoccupations des directeurs. Les équipes doivent bien orienter les patients suite à un séjour court séjour (Médecine, chirurgie, obstétrique) en trouvant des solutions d'aval adéquates (SSR, structures médico-sociales...). C'est le rôle notamment du DCA du 49⁹¹ qui travaille sur les transitions entre le court séjour et les SRR « les Capucins » (SSR privés à but non lucratif). L'équipe du DCA 49 est missionnée par l'ARS pour travailler via l'outil trajectoire à la fluidification des parcours entre les unités de court séjour et les établissements d'aval. Cet outil permet de repérer les « situations complexes » ou « situations bloquantes » c'est-à-dire des situations où des personnes occupent des lits de manière prolongée dans des services ou structures qui n'ont pas pour mission de prendre en charge ces problématiques.

Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de ces situations bloquantes comme :

- Le manque de soutien familial, d'aidant à domicile
- Lorsque la personne est dépourvue de domicile (ou de d'aidant à domicile), ou n'est pas suivie sur le plan social, assurer la continuité des soins en sortie de l'hôpital est plus compliquée.
- Ou ce que l'on peut appeler le « *no man's land administratif* »⁹². C'est-à-dire que « *trouver une place pour les résidents dans des structures accueillant des personnes âgées ou handicapées semble être la principale source de difficulté* »

Si l'équipe du DCA a très peu rencontré de personnes sans domicile dans les SSR « les capucins »⁹³, le parcours ci-dessous illustre les difficultés que peuvent rencontrer

⁸⁹ Cour des comptes, « chapitre XII, les urgences hospitalières une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser », *la sécurité sociale, rapport sur l'application des lois de financements de la sécurité sociale*, 2014, pp 349-378.

⁹⁰ Surtout actuellement, dans le contexte du plan ONDAM (qui est un plan de trois ans qui vise une évolution structurelle du système de santé en alliant qualité des soins et maîtrise des dépenses de santé avec un souhait de 10 milliards d'économie à l'horizon 2017 (l'augmentation des dépenses d'assurance maladie doit être contenu à 2% par an), il est demandé aux hôpitaux de fortement améliorer la qualité hospitalière et de maîtriser leurs dépenses. En effet, le plan a vocation à préparer l'hôpital de demain qui devra être organisé autour de l'ambulatoire. Le plan est conçu de façon à ce que les économies pour l'assurance maladie ne se traduisent pas par un niveau élevé de déficits hospitaliers).

⁹¹ **Voir annexe 5 : schéma présentant la place du DCA dans le parcours de santé**

⁹² Observatoire national de la fin de vie, *rapport d'étude fin de vie en centres d'hébergement et de réinsertion sociale*, 2015.

⁹³ Les SSR les capucins étant privés à but non lucratif, l'équipe pense qu'il est possible qu'il y ait eu plus de situations « bloquantes » en raison d'une problématique de logement dans des SRR publics.

l'équipe à orienter vers un dispositif d'aval une personne conjuguant maladie chronique précoce, vieillissement précoce, précarité familiale et économique. Par conséquent, les unités de moyen séjour comme les SSR peuvent prendre en charge des personnes en situation de précarité et ne répondent donc pas à leurs missions.

Le Parcours de Madame X (DCA 49)

Madame X, est atteinte d'une maladie neurodégénérative précoce. Actuellement en court séjour en service de Neurologie-Charcot, le département de coordination de l'aval cherche une solution de sortie pour cette personne en situation de précarité puisque le maintien dans ce service n'est pas pertinent pour cette personne et un retour à domicile n'est pas possible : son conjoint, alcoolique, ne pourrait pas accompagner cette personne dans sa maladie. Orienter cette personne en SSR n'est pas pertinent puisque cela ne relève pas des missions de ces SSR. Au vue du contexte familial, social et financier, l'orientation la plus pertinente est la MAS, or il manque de places pour accueillir cette personne. Dans l'attente, l'équipe de la DCA aurait souhaité orienter cette personne vers une USLD or celle-ci est trop jeune, donc elle ne pourra pas y être admise, puisque que le conseil général attribue l'aide sociale aux personnes de plus de 60 ans. Cette personne sera alors transférée dans un service de SSR, qui n'est pas adapté à sa problématique mais moins onéreux qu'un maintien dans le court-séjour.

Des dispositifs spécifiques pour une prise en charge « socio-sanitaire » des personnes sans abri

Les dispositifs spécifiques comme des ACT, des LHSS ou des Lits d'accueil médicalisés (LAM) permettent de proposer un accompagnement socio-sanitaire adapté aux spécificités de vie des individus en proposant notamment le « toit » que les personnes n'ont pas pour se rétablir. Dans le Maine-et-Loire il n'y a pas de LHSS. A travers l'histoire de Madame Y la coordination SDF a soulevé la nécessité d'avoir des dispositifs spécifiques comme les LHSS permettant d'offrir un toit et des soins pour une personne sans domicile.

Parcours de Madame Y (coordination SDF)

SAMU social d'Angers est inquiet pour Madame Y qui présente une plaie importante à la main gauche. L'équipe accompagne physiquement Madame Y pendant plusieurs heures aux urgences de la clinique de l'Anjou. Elle y sera hospitalisée pendant 4 jours (acte chirurgical). Parallèlement, une travailleuse sociale du service d'aide et d'accompagnement spécifique en lien avec les travailleurs sociaux du Samu social réalisera les démarches d'ouverture de la CMU et CMU-C ainsi que la domiciliation. A la sortie de la clinique Madame Y retourne dans la rue avec une asthénie physique

importante. L'équipe du SAMU social l'accompagne à la pharmacie. La pharmacienne garde en réserve quelques médicaments du fait de sa situation.

Trois jours plus tard, madame Y a enlevé son pansement et souhaite qu'il soit refait lors de maraudes (mais manque d'hygiène et matériel inadapté). De plus, madame Y recommence à s'alcooliser.

Madame Y avait rdv une semaine plus tard à la clinique pour une première réfection du pansement. Malgré une proposition d'accompagnement par l'équipe du Samu Social, Madame Y ne se rendra pas à ce RDV.

Elle accepte de se rendre à la clinique de la main, l'équipe du Samu Social prend alors RDV avec une infirmière de cette clinique en négociant un accueil sans RDV.

Malgré un fort accompagnement de l'équipe, Madame Y ne se rendra à aucun des RDV proposés.

Des structures d'hébergement impliquées

Un récent rapport de l'observatoire national des fins de vie,⁹⁴ a mené une enquête sur l'implication des structures sociales dans l'accompagnement en fin de vie. Même si ces situations d'accompagnement par les travailleurs sociaux sont plutôt rares dans les Centres d'Hébergements et de Réinsertion Sociale (CHRS) du Maine-et-Loire, il n'est pas exceptionnel que les structures sociales doivent accompagner des usagers atteints de maladies chroniques ou d'addictions. Sur Saumur, la responsable d'un CHRS nous a évoqué son lien avec le CH pour une personne hébergée souffrant d'un cancer. Elle a réalisé un partenariat afin que cette personne reste 48 heures à l'hôpital après ses séances de chimiothérapie. Dans ce cadre, un LHSS adossé au CHRS aurait été une solution afin que la personne ne quitte pas son hébergement. Les structures d'hébergement, lieux de vie des personnes en situation de très grande précarité, doivent alors s'adapter avec des équipes qui ne sont pas toujours formées et sensibilisées à ces questions.

Partie 3 : Vers une intégration des acteurs pour une co-construction du parcours de santé

I- La construction du parcours de santé des personnes en situation de précarité : Une valorisation de « l'existant »

Le Parcours de Santé peut se décomposer en trois étapes : le repérage des personnes en situation de précarité, une évaluation des besoins avec la mise en place d'un plan de suivi et

⁹⁴ Observatoire national de la fin de vie, *op. cit.* p34

enfin le suivi sanitaire de la personne⁹⁵. Cette décomposition du parcours en trois étapes permet d'identifier les acteurs opérationnels intervenants à chacune de ces étapes ainsi que les enjeux et objectifs à prendre en compte. Construire le parcours de santé implique dans un premier temps de s'inspirer des bonnes pratiques, d'analyser leur contexte, les facteurs qui ont contribué à leur réussite. Ces actions mériteraient en effet d'être valorisées afin de faire naître de nouvelles initiatives dans d'autres territoires ou d'en diffuser les bonnes pratiques.

1- Les Actions en amont de la prise en charge sanitaire

1.1.La prévention

1.1.1. Prévention affective et sexuelle

Dans la région des Pays de La Loire le réseau régional de santé sexuelle ; 1^{er} réseau de ce type en France ; intervient dans un souci d'équité territoriale sur tous les départements avec pour objectifs :

- D'animer le réseau des acteurs
- Contribuer à l'animation de la qualité des pratiques professionnelles
- Développer l'expertise et le recours (coordination, formation des acteurs, être un acteur ressource dans l'appui aux professionnels)
- Informer et communiquer sur la santé sexuelle

Le réseau organise des groupes de travail sur différentes thématiques en lien avec les professionnels concernés. Dans le Maine-et-Loire, un groupe de travail travaille sur la vie affective et sexuelle des migrants en cherchant à améliorer la compréhension de la prise en charge médico-psycho-sociale des populations migrantes et des échanges interculturels (les religions, les traditions et les coutumes, les représentations que le public peut avoir de la sexualité, la maladie, les traitements...)

Une jeune association le « Relais G2A » fait de l'intervention sociale et notamment des actions sur la prévention de la vie affective et sexuelle dans tout le département. Cette initiative est intéressante puisque suite à une rencontre avec la chargée de la politique de la

⁹⁵ Voir Annexe 3, tableau de présentation du modèle repérage-évaluation des besoins-suivi en fonction des situations complexes

ville de Saumur et les assistantes sociales du CCAS il a été mis en évidence un nombre important de personnes issues de la communauté des gens du voyage fréquentant le CCAS.

1.1.2. Le dépistage des cancers

Le non-recours pour les populations en précarité sociale et économique justifie une intervention ciblée et adaptée pour ces personnes. Dans le CLS du Choletais, il existe une action menée par CAP SANTE 49 en charge des dépistages organisés du cancer du sein, du cancer colorectal ainsi que du cancer du col de l'utérus dans le Maine-et-Loire. L'association intervient dans les quartiers prioritaires. C'est dans ce contexte que nous avons rencontré CAP SANTE pour travailler la question du dépistage dans le quartier prioritaire de Saumur et éventuellement mettre en place une action adaptée aux publics les plus démunis « sans chez-soi ».

1.1.3. La nutrition et l'activité physique

Les inégalités sociales de santé concernent également les pathologies liées à la nutrition. Les différentes études épidémiologiques ont montré que les personnes ayant un faible revenu ont généralement une alimentation moins équilibrée qu'en population générale⁹⁶. Une étude Abéna « alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire »⁹⁷ menée entre 2011 et 2012 montre que les usagers de l'aide alimentaire ont des prévalences de pathologies liées à la nutrition (obésité, hypertension artérielle, diabète, santé bucco-dentaire, déficits vitaminiques) élevées. Les auteurs de cette étude recommandent de développer les actions en proximité ainsi que le dépistage des maladies chroniques.

C'est dans ce cadre que l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) a mis en place en 2014 un projet en région dans l'objectif d'améliorer les pratiques en matière d'hygiène alimentaire, de sécurité sanitaire, et de promotion de la santé dans les réseaux d'aide alimentaire. Ce dispositif d'accompagnement des bénévoles et des professionnels des réseaux de l'aide alimentaire s'est traduit par l'organisation d'une journée régionale en 2015 et par l'accompagnement des bénévoles. L'IREPS a réalisé un accompagnement du projet auprès de l'association Eco Panier (épicerie sociale se trouvant

⁹⁶ Caillanet, F, et al, *l'alimentation des populations défavorisées en France, synthèse des travaux dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel*, les travaux de l'observatoire, 2006.

⁹⁷ ORS île de France, INVS, INPES, ministère des affaires sociales et de la santé, « alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire », *étude Abéna 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005*, 2013

Voir Annexe 7 : méthode de l'enquête

dans le quartier prioritaire de Montplaisir.) sur deux thèmes : l'accueil du public et l'organisation de la distribution.

Pour les publics en situation de précarité économique et sociale, plusieurs associations dans le département proposent des actions autour de l'alimentation et l'activité physique adaptée. Sur Cholet, le centre social et culturel met en place des ateliers de cuisine et une découverte du sport pour les personnes en situation de précarité. Dans le CLS de Baugé en Anjou, une association propose des activités de randonnées pour développer le lien social. Enfin, sur Angers, un restaurant social « Resto Troc » situé dans un quartier prioritaire d'Angers réalise des actions simples et récurrentes autour de l'alimentation et de la pratique physique. Par ailleurs, la ville d'Angers est partenaire « sport santé » et souhaite dans ce cadre proposer des prescriptions médicales d'activité physique. La prise en charge financière partielle de la cotisation à une association sportive au service municipal se ferait sans conditions de ressources. Ces actions souvent collectives et en proximité des lieux de vie des personnes sont vectrices de lien social, permettent de développer les connaissances des personnes sur les bonnes pratiques alimentaires adaptées à leur budget, et favorisent l'accès à la pratique sportive tant dans le développement de la pratique sportive en prévention d'apparition de maladies ou en cas de maladie chronique diagnostiquée.

1.2.Repérage et orientation vers le soin

1.2.1. Le dispositif d'appui en santé mentale : le DiASM

Les différents rapports ainsi que l'évaluation à mi-parcours du PRAPS suggèrent de développer et consolider les dispositifs passerelles qui « vont vers » les personnes en situation de précarité ou d'exclusion avant une orientation vers le droit commun. Dans le Maine-et-Loire le DiASM ; dispositif d'appui en santé mentale ; est constitué d'une équipe mobile en psychiatrie précarité dépendant du centre de santé mentale angevin le Césame. Cette équipe est complétée par des psychologues mis à disposition par le service API de l'association Alpha. Le service API de cette association accueille les personnes en souffrance psychique en situation d'insertion ou de précarité ainsi que les professionnels du champ social, médico-social ou sanitaire ayant une demande d'évaluation de la santé psychique d'un usager. Les missions du DiASM concernent prioritairement les besoins en santé mentale des personnes confrontées à des situations de précarité et d'exclusion et dans un second temps un appui aux professionnels de première ligne. L'action du DiASM se situe

donc en amont d'une hospitalisation programmée en « allant vers » les publics et les professionnels. Elle constitue « *un dispositif complémentaire intersectoriel, situé à l'interface du dispositif de soins de droit commun et du dispositif social afin de mieux appréhender la spécificité des besoins des publics concernés* ». ⁹⁸

1.2.2. L'association ABRI de la Providence : le SAMU Social et le SAAS

L'association Abri De la Providence est une association sur Angers qui accueille les personnes sans domicile. Elle est organisée autour de trois pôles : un pôle hébergement, un pôle migrants et un pôle veille sociale (SAAS, 115, Samu Social.)

Le SAAS permet à toutes les personnes sans domicile d'être domiciliées et d'avoir accès à leurs droits. Ce service, après une évaluation des besoins, oriente et accompagne les personnes vers les partenaires adéquats : le CHU d'Angers, le DiASM, ALIA (Association Ligérienne d'Addictologie), la Maison des Adolescents, le CMP. Par ailleurs, le SAAS a développé des accompagnements spécifiques pour les bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA), les jeunes de moins de 25 ans et ceux de plus de 25 ans non bénéficiaires du RSA.

Le SAMU SOCIAL d'Angers a pour objectif d'aller à la rencontre des personnes SDF ou les personnes qui ont des habitudes de rue. Les équipes en lien avec le 115 peuvent proposer aux individus des solutions d'hébergement et les accompagner vers le soin si les personnes le souhaitent. En soirée, le SAMU SOCIAL fait des maraudes pour intervenir auprès des personnes restant dans la rue et effectue un travail de prévention (évaluation et repérage des besoins des personnes)⁹⁹

1.2.3. Le pôle action sociale du CCAS d'Angers

Le Point Accueil Santé Solidarité (Le PASS) du CCAS permet d'informer, accueillir, orienter les personnes en situation de très grande précarité en particulier les « sans chez soi » vers le soin et l'ouverture des droits. Ce dispositif permet tout en restaurant le lien social, d'accéder à une permanence sociale et de santé ainsi que des permanences associatives

⁹⁸ Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

⁹⁹ Association abri de la providence, « service Samu Social », *rapport d'activité 2012*, 2012.

(Samu Social, le SAAS, ALIA, mission locale) pour faciliter leur insertion et lutter contre l'exclusion. Ce lieu d'accueil se situe en amont du parcours de soins. Il a un rôle d'orientation, de premier accueil et d'écoute, de médiation vers le système de santé. L'accueil social du CCAS permet aussi d'aider dans les démarches d'ouverture des droits.

2- Les actions et dispositifs intégrant des actions en amont et dans le parcours de soins

2.1. Une MSP avec un projet de santé en direction des personnes en situation de précarité

Une MSP est spécialisée dans la prise en charge des personnes en situation de précarité sur un quartier prioritaire angevin (les Hauts de St Aubin). Cette MSP illustre l'adaptation du système de droit commun aux spécificités des personnes en situation de précarité. Les horaires sont flexibles, les professionnels assurent une complémentarité de l'offre d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) proposée par les réseaux et les établissements de santé, une salle de petite urgence est intégrée au bâtiment. Le regroupement des professionnels permet aux médecins d'alterner les astreintes.

Les professionnels proposent également des actions de prévention et de promotion de la santé grâce à un pôle dédié. Ils font partie d'un collectif santé qui organise des temps collectifs d'activités de prévention associant des professionnels et des habitants.

Ces professionnels de santé ont hérité du fort engagement de leurs prédécesseurs dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. En plus de cette transmission, les nombreux partenariats (formels ou informels) tant avec les associations et acteurs du quartier qu'avec des établissements ou des associations œuvrant hors de ce quartier participent à la réussite de la mise en œuvre de ce projet de santé. En effet, la MSP s'inscrit dans un environnement sanitaire en proximité du quartier avec la présence du CHU, du centre régional de lutte contre le cancer, le centre régional de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, le CMP du CESAME qui met à disposition des psychologues. Des établissements sociaux et médico-sociaux viennent compléter cet environnement.

Cette proximité avec ces différents acteurs facilite les partenariats :

- les Euménides est une unité d'hospitalisation à temps partiel pour adultes, du centre de soins de suite Le Chillon spécialisée en soins de suite dans les affections liées aux conduites addictives. Les professionnels proposent une offre de soins spécialisée dans l'accompagnement éducatif et thérapeutique des personnes ayant des conduites

addictives. L'équipe des Euménide met en place des temps de rencontre avec les professionnels de la MSP autour de l'addictologie.

- Les professionnels de santé sont très en lien avec les acteurs sociaux de la Maison Des Solidarités (MDS) ou encore les éducateurs du quartier ce qui permet de décloisonner les prises en charge sanitaires et sociales.
- L'infirmière de santé publique financée par la ville d'Angers participe aussi en grande partie à faire vivre ce projet de santé. Elle pilote le Collectif Santé, qui est un lieu de partage d'informations et d'actions existantes dans le quartier et un lieu de création de projets de prévention et de promotion de la santé. Par exemple, trois nouveaux thèmes sont issus de la réflexion de 2014 : la nutrition, la parentalité et la santé au travail.
- Pour l'ouverture des droits, l'implantation de permanences de la CPAM et de la Caisse d'Allocations Familiales dans le quartier facilite le travail des professionnels de santé. Les agents d'accueil qui sont des secrétaires médicales, ont été formées à l'ouverture des droits et peuvent orienter les personnes vers les permanences. Elles repèrent aussi les situations « complexes » d'ouverture des droits. Leur profil de secrétaire médicale est intéressant pour faire ce travail de médiation puisqu'elles ont déjà une connaissance du monde médical. Aujourd'hui, les professionnels de la MSP souhaitent engager une infirmière pour travailler les transitions ville/hôpital, transitions qui peuvent être à l'origine de ruptures dans les parcours.

Les partenariats engagés permettent d'aborder la prévention et la promotion de la santé, d'entourer les professionnels de santé pour une prise en charge globale et coordonnée des personnes en situation de difficultés économiques et sociales. Par ailleurs, l'implantation sur un quartier prioritaire a permis à ces professionnels de bénéficier de l'aide financière de l'Acse (Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des chances) par une convention entre les professionnels et la préfecture. La MSP des Hauts de St Aubin illustre ici la coordination à la fois des acteurs institutionnels et des professionnels de santé autour de la prise en charge des personnes en situation de précarité.

2.2.L'hôpital

Les trois hôpitaux du département disposent de PASS consacrées par la loi de lutte contre les exclusions de 1998. Les PASS ont pour objectif de faciliter l'orientation des personnes dans le système de santé en faisant le lien entre « l'intérieur » et « l'extérieur » de

l'établissement. Elles permettent aussi d'accompagner les personnes dans la reconnaissance de leurs droits. Elles exercent donc une position centrale dans le parcours des personnes en situation de précarité avec un rôle de repérage, d'orientation et de soins. Elles fournissent en effet « *un accès aux soins au sens large : à une consultation médicale généraliste ou spécialisée, à des soins odontologiques, à une prise en charge en soins infirmiers, au plateau technique, à la délivrance de médicaments* »¹⁰⁰. Selon la PASS du CHU d'Angers, membre de la coordination SDF, les services de l'hôpital principalement concernés par la prise en charge des personnes en situation de précarité et plus précisément les personnes « sans chez soi » sont les services d'urgences, d'addictologie et le service de maladies infectieuses et tropicales.

2.3.Médecins du Monde (MDM)

Au niveau régional, MDM travaille sur un projet « accès aux soins de ville » pour les populations migrantes et les populations très démunies « sans chez soi » repérées dans les squats, les accueils de jour, les restos du cœur ou les CASO. L'enjeu de ce projet est d'améliorer la continuité des prises en charge des personnes accompagnées dans le réseau PASS et le réseau MDM dans le cadre du droit commun. Ce groupe de travail souhaite aborder les pistes de réflexion suivantes : l'information et la formation à l'accueil de populations spécifiques, la mise en place d'un livret ressources sur les questions de santé/précarité, la mise en place d'un médiateur sanitaire pour l'accompagnement des personnes, l'accès à l'interprétariat.

Par ailleurs, un CASO est présent sur Angers. Ce dispositif « passerelle » est spécialisé dans l'accueil, le soin, et l'orientation de toutes les personnes présentant des difficultés à accéder au système de santé. L'équipe pluridisciplinaire soigne et travaille à la récupération des droits des personnes pour leur permettre d'accéder aux dispositifs de droit commun. Médecins du Monde participe à la coordination SDF et la coordination Migrants sur Angers.

2.4.APTIRA

Selon l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecin du Monde¹⁰¹, la barrière de la langue est le troisième obstacle à l'accès aux droits et aux structures de soins

¹⁰⁰ Circulaire DGOS/R4 n°2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des PASS

¹⁰¹ MDM et ORS mip, *observatoire de l'accès aux soins de la mission France*, 2011-2012.

Voir Annexe 7 : méthode de l'enquête

par plus de deux personnes sur dix fréquentant les CASO. Dans le département, l'association APTIRA (association pour la promotion et l'intégration dans la région d'Angers) propose des actions d'interprétariat et intervient auprès des professionnels de santé. APTIRA est un acteur clé du parcours de santé des personnes étrangères puisqu'elle facilite leur recours aux soins et aux droits et appuie les professionnels de santé dans leur prise en charge sanitaire.

L'association est en partenariat avec le CHU d'Angers qui a signé la charte nationale de l'interprétariat ainsi qu'avec le centre de santé mentale le CESAME. Au niveau institutionnel, l'association est partenaire du Conseil Départemental et participe à l'instance de réflexion sur l'interprétariat au siège de l'ARS. Dans le cadre du contrat de ville d'Angers Loire Métropole, l'association souhaite réaliser une action dans le quartier prioritaire de Savary afin de :

- faire de la médiation et de l'interprétariat pour améliorer l'accès aux soins, à la prévention et aux droits des publics étrangers en situation de précarité.
- faciliter la communication entre les professionnels de santé notamment en ville
- aider les professionnels de santé dans la traduction : diagnostic, soins, prévention et dépistage en proposant également des éléments clés sur les codes culturels

2.5. ALIA

ALIA, membre de la coordination SDF, gère des Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de Drogues sur Angers, Cholet et Saumur. Alia exerce également une permanence d'addictologie à la maison d'arrêt (accueil, écoute, orientation, accompagnement des personnes, réduction des risques et préparation de la sortie en vue de la continuité des soins). Au niveau départemental dans le cadre du CLS d'Angers, celle-ci va aborder une réflexion sur la question des situations complexes en lien avec les partenaires médico-sociaux, avec la porte d'entrée « addiction ». Comment peut-on faire le lien entre le projet de parcours de santé des personnes en situation de précarité et ce projet de gestion des cas complexes de personnes souffrant d'addictions ?

3- La prise en charge médico-sociale spécialisée en aval du parcours de soins : les ACT

Les ACT sont des structures qui hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique, médicale et/ou sociale qui nécessitent des soins et un suivi médical.

Ils permettent d'assurer le suivi et la coordination des soins, de garantir l'observance des traitements tout en proposant un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. Les personnes intègrent ces appartements pour construire un projet de santé et d'insertion. Des programmes d'ETP spécialisés sont également proposés.

L'association Montjoie comprenait deux services d'ACT dans la Sarthe et en Loire Atlantique. Récemment, en mai 2015, 8 places d'ACT ont été ouvertes sur Angers.

Des partenariats sont réalisés :

- Avec l'association Abri de la Providence pour éviter les dysfonctionnements dans la prise en charge à la sortie du dispositif. L'Abri de la providence dans le cadre de son agrément de domiciliation SAAS domiciliera les résidents.
- ALIA participera à la prise en charge des addictions par un accompagnement dans la prise en charge des résidents ainsi que par un soutien aux équipes.
- Afin d'éviter l'engorgement du dispositif une commission d'admission est réalisée une fois par mois avec un rapport du médecin et un rapport du travailleur social. L'un des objectifs majeurs des équipes travaillant dans les ACT est d'orienter rapidement les résidents vers les médecins traitants.
- Afin d'éviter les ruptures à la sortie du dispositif, une évaluation des capacités de la personne pour vivre en autonomie est réalisée. Lorsqu'elle sortira de son dispositif la personne bénéficiera d'un médecin traitant, les psychologues auront créé un réseau à l'extérieur pour sa sortie, enfin il sera recherché un travailleur social pour que la personne puisse être accompagnée dans son quotidien. Dans le 44, l'équipe a travaillé un document pour la sortie : un carnet de bord avec tous les rendez-vous à venir et deux courriers de sorties détaillés envoyés aux partenaires.

Ce dispositif et l'organisation de l'association sont intéressants puisque l'accompagnement est réalisé en amont, pendant et en aval du parcours médico-social. Un travail de lien est pensé et structuré autour de la personne pour éviter les ruptures.

II- La construction d'un parcours de santé : Une nécessaire coopération avec les partenaires institutionnels et les élus

L'ARS peut agir sur le « sanitaire » du parcours de santé à savoir le 1^{er} recours, les hospitalisations ou les sorties d'hospitalisations. Cependant, un parcours de santé doit pouvoir être construit conjointement avec les partenaires compétents sur les questions d'accès aux droits ou de logement afin de pouvoir décloisonner les différentes étapes d'un

parcours de santé et fluidifier les prises en charge. Des partenariats sont alors indispensables. Plusieurs rencontres ont été réalisées auprès de ces partenaires afin de les associer au projet de construction d'un parcours de santé.

1- Des partenaires nécessaires à la construction du parcours de santé

1.1. La CPAM

L'ARS n'a pas la compétence dans l'ouverture des droits, mais a un rôle de « médiatrice » auprès des institutions compétentes et des acteurs de santé. En raison des problématiques souvent évoquées à la fois dans la littérature scientifique et sur le terrain du recours aux droits, il était important d'associer la caisse primaire d'assurance maladie aux travaux en cours. Deux rencontres ont été initiées avec la référente solidarité de la CPAM d'Angers afin de connaître l'action de la CPAM dans ce domaine. Une seconde rencontre a été organisée réunissant la référente solidarité de la CPAM et la chargée de mission de la politique de la ville de Saumur. L'objectif étant d'aborder les futures modalités de rencontre pour travailler le parcours de santé.

La CPAM agit à deux niveaux : en direction des personnes en situation de précarité et en direction des professionnels de première ligne. Les agents d'accueil de la CPAM accompagnent les personnes si elles ont des difficultés pour remplir les dossiers. Lorsqu'une personne a besoin d'un accompagnement plus poussé, les agents d'accueil orientent vers le service social de l'assurance maladie rattaché à la CARSAT. Pour aider les professionnels il y a une cellule avec trois conseillers que les travailleurs sociaux peuvent joindre en cas de questions sur l'ouverture des droits. Huit fois par an, la cellule des référents sociaux organise des réunions d'informations auprès des partenaires.

En d'autres termes, la CPAM aide les personnes dans leur démarche d'ouverture des droits lorsqu'elles se déplacent vers l'agence. Elle n'est plus dans une optique de développer des permanences en milieu urbain. C'est donc pour toucher les personnes qui ne se rendraient pas directement à la caisse, que la CPAM développe la formation des professionnels se trouvant dans les lieux stratégiques de contact avec les personnes en situation de précarité. Par exemple, dans la MSP des Hauts de St Aubin la CPAM a formé l'agent d'accueil à l'ouverture des droits. Cette même expérience serait possible sur une MSP à Saumur. La CPAM a également un partenariat avec le CCAS d'Angers : une quarantaine de professionnels ont été formés à l'ouverture des droits.

1.2. La Direction Départementale de la Cohésion Sociale

L'ARS n'a qu'une partie des leviers d'actions pour agir sur le parcours de santé des personnes en situation de précarité. Elle doit donc établir un partenariat très fort avec les services de l'Etat et notamment la DDCS, compétente sur les aspects de l'hébergement d'urgence et d'insertion. Dans le Maine-et-Loire le partenariat est engagé notamment sur un dispositif : les Lits Halte Soins Santé.

1.3. La politique de la ville déclinée au niveau départemental

La DT a pour objectifs de décliner la politique de santé sur les territoires de proximité en cherchant à diminuer les inégalités sociales et territoriales de santé. Cette déclinaison doit pouvoir se faire sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville où se concentrent un certain nombre d'inégalités, dont des inégalités en santé. Les CLS pouvant constituer le volet santé du contrat ville lorsque les territoires d'action coïncident, l'ARS participe donc à l'élaboration de ces nouveaux contrats ville.

Trois contrats ville ont été signés entre le mois de mai et la fin du mois de juin 2015. Le contrat ville d'Angers Loire Métropole, le contrat ville du Choletais ainsi que le contrat de ville de Saumur Loire développement.

Les personnes vivant au sein des quartiers prioritaires étant ciblées par ce parcours de santé, le partenariat avec la politique de la ville était nécessaire pour pouvoir travailler cette question de l'accès aux soins et aux droits dans les quartiers.

Cette participation aux contrats ville se matérialise par le partage de diagnostics (les diagnostics des CLS incluant les besoins des quartiers prioritaires, les diagnostics flash sur les territoires de santé de proximité) et la coordination sur les appels à projet. L'ARS propose également d'aider les collectivités qui souhaiteraient construire une démarche d'étude d'impact en santé dans le cadre de la politique de la ville sur des projets de rénovation urbaine. Cet outil commun des contrats ville permet ainsi d'agir de manière globale et multi-partenariale pour favoriser l'accès aux soins et à la prévention des personnes vivant dans les quartiers prioritaires.

1.4. Le Conseil Départemental

Le Conseil Départemental est un partenaire important puisqu'il est le chef de file en matière d'aide sociale, d'autonomie des personnes et de solidarité des territoires. C'est pour ces

raisons que l'ARS Pays de la Loire a défini ses territoires de santé sur les contours des départements pour agir en cohérence avec ce partenaire.

Dans le cadre du parcours de santé de la personne en situation de précarité, le Conseil Départemental est cofinanceur du dispositif DiASM. L'équipe du DiASM intervient en effet dans les MDS en venant en appui aux professionnels confrontés à des personnes en situation de précarité et de souffrance psychique. De même, le Conseil Départemental par le biais de ses équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, assistantes sociales, psychologue) intervient en amont de la prise en charge sanitaire avec la prévention vaccinale, la prévention des ruptures familiales, la prévention maternelle et infantile ainsi qu'une prévention spécialisée envers les publics fragiles (gens du voyage, CHRS, Centres d'hébergement d'urgence, centre d'accueil pour les demandeurs d'asile). Les MDS quant à elles, permettent de repérer puis d'orienter les personnes en situation de précarité vers les services de santé.

1.5. Les élus locaux (communes et EPCI)

Les élus locaux n'ont que des compétences facultatives en santé. Néanmoins, ils ont la compétence de répondre aux besoins de leurs populations. Les villes sont donc en tant qu'échelon de proximité en mesure d'identifier les difficultés d'accès aux soins des habitants et les problématiques de soins sur leurs territoires. Angers comme de nombreuses grandes villes françaises a une direction de santé publique. Celle-ci est en charge de coordonner et suivre le CLS, de faire de la prévention et de la promotion de la santé ainsi que du soutien psychologique. Les élus de la ville de Saumur ont quant à eux, décidés de mettre en œuvre leur propre complémentaire santé pour leurs habitants.

Lors de la mise en œuvre des CLS et notamment des diagnostics partagés, les maires identifient les problématiques de santé propres à leur commune. Quand des besoins sont identifiés sur une commune il y a de fortes chances pour que les communes voisines aient des besoins et des problématiques de santé similaires. De même, des actions en santé qui fonctionnent dans des communes pourraient se développer et servir aux communes voisines. Ainsi, l'ARS en charge d'organiser l'offre de manière efficiente cherche à répondre à ces problématiques à une échelle territoriale plus grande que les communes. Elle travaille donc également avec les élus des EPCI.

Les CLS sont le lien entre les politiques verticales et les logiques territoriales. Créer un partenariat fort via ces CLS permet :

- à l'ARS de bénéficier de l'expertise des élus locaux sur la connaissance de leur territoire et des besoins de leurs habitants
- d'agir conjointement sur des actions puisque les compétences étendues des maires leur permettent d'agir favorablement sur un certain nombre d'aspects de la vie de leurs habitants dont la santé,
- pour les élus locaux de monter en compétences sur la santé par l'appui et l'expertise de l'ARS dans ce domaine.

Cette contractualisation donne des clés et des moyens communs pour agir sur la santé des habitants d'un territoire de santé de proximité. Plusieurs rencontres se sont donc faites dans ce contexte des CLS avec les élus locaux notamment une réunion commune visant à présenter le projet de parcours de santé ainsi que les MSP aux professionnels de santé du quartier prioritaire de Saumur. .

2- Exemples de partenariats engagés sur des dispositifs ou des actions

2.1. Une étude de besoins pour des LHSS en partenariat avec la DDCS

Les LHSS sont des structures médico-sociales consacrées par la loi 2002-2 spécialisées dans la prise en charge des personnes sans domicile. Le dispositif permet une prise en charge globale des individus puisque c'est un dispositif articulant fortement une dimension sociale et une dimension de soins/prévention permise par une équipe pluridisciplinaire. Les LHSS prennent en charge de manière temporaire (4 mois maximum) et transitoire des personnes pour lesquelles l'état de santé ne nécessite pas d'hospitalisations (fatigue généralisée, fracture, sous-alimentation, addictions, tuberculose, dermatologie...) mais une prise en charge adaptée. En d'autres termes, ils sont dédiés à des pathologies qui pourraient se soigner à domicile si la personne en avait un. L'accompagnement social en lien avec l'équipe médicale doit permettre à la personne d'être à jour dans ses droits et de bénéficier d'une solution de sortie. Des actions socio-éducatives peuvent également être proposées dans ces dispositifs visant à restaurer l'estime de soi, un travail sur la capacité à habiter et se maintenir dans le logement, de l'éducation thérapeutique (comme l'observance des traitements). Dans une logique de parcours de santé, les LHSS peuvent intervenir en aval du parcours de soins à la sortie d'une hospitalisation par exemple. Dans certains cas l'entrée dans le parcours de soins peut commencer par ce dispositif. D'un point de vue économique, ce dispositif permet

une bonne adéquation des besoins et des moyens puisqu'il permet la prise en charge de personnes ne nécessitant pas d'hospitalisations.

Les acteurs (et notamment la coordination SDF) ont remonté un besoins en LHSS dans le département. Malgré un financement par l'ARS via une enveloppe de l'Objectif National des dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM), l'articulation santé/social de ce dispositif nécessitait un partenariat avec la DDCS. Ce partenariat était primordial puisque selon l'évaluation de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) ¹⁰² menée en février 2013 sur le dispositif, 87.5% des structures porteuses répondant à l'enquête se trouvaient être des associations avec pour 80% d'entre-elles une activité principale d'hébergement et/ou de logement tandis que moins de 12% exercent prioritairement dans le domaine de la santé.

Afin d'identifier les besoins en LHSS deux réunions par CLS (Angers, Cholet, Saumur) ont été organisées conjointement entre la DDCS et l'ARS rassemblant les directeurs de structures sociales ayant une activité d'hébergement ainsi que le CHU d'Angers et les CH de Cholet et Saumur.

Pour recenser ces éventuels besoins, plusieurs critères ont été retenus pour une période d'observation d'octobre 2014 à octobre 2015 :

- Le nombre total de situations qui auraient nécessité une prise en charge en LHSS
- Les droits ouverts ou non
- La pathologie
- La durée d'hospitalisation (durée totale et durée évitable)
- Les types de soins nécessaires en LHSS

Si des besoins sont mis en évidence par l'enquête, une étude de besoins sera transmise au ministère des affaires sanitaires et sociales par l'ARS et la DDCS « hors appels à projets ».

Ces réunions ont permis:

- Aux acteurs de se connaître et d'identifier des situations communes de prises en charge. Travailler ensemble était important car si les LHSS sont adossés à une structure sociale, les partenariats avec l'hôpital seront fondamentaux pour exercer le volet médical de la prise en charge

¹⁰² Picon, E, *et al*, *Evaluation du dispositif LHSS*, DGCS, 2013.

- D'identifier la problématique des personnes hébergées chez des tiers sur Saumur et Cholet
- D'identifier des situations pour lesquelles un LHSS aurait été nécessaire.
- De chercher des pistes futures d'organisation dans une logique de « parcours » afin d'éviter les ruptures et de veiller à l'efficacité de l'hôpital.
 - Comment garantir une place libre dans la structure LHSS ?
 - Comment éviter que des personnes soit maintenues en hospitalisations ou orientées vers des structures qui ne prévoient pas ces prises en charge (comme les SSR) ?
 - Quelle organisation pour l'accueil des familles en LHSS ?
 - Comment travailler la sortie du dispositif ?
 - Comment garantir que les LHSS ne soient pas « engorgés » et respectent leurs missions de prise en charge socio-sanitaire temporaire ?

2.2. Un travail de partenariat sur le DiASM

Ce dispositif reconnu et bien évalué par l'ARS, en allant vers les personnes en situation de précarité et de souffrance psychique contribue à leur orientation vers le système de santé. C'est dans l'objectif de rendre ce dispositif plus efficace que de janvier à juillet 2015, une actualisation de la convention cadre a été travaillée avec l'ensemble des partenaires financeurs du dispositif. Cette convention ne prenait pas en compte les changements organisationnels et de compétences. En effet avant la création des ARS, l'Etat finançait un certain nombre de dispositifs à partir des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et sociales (DDASS). Ces DDASS pouvaient intervenir à la fois sur le côté sanitaire et sur le côté social.

III- Perspectives : Vers une intégration des acteurs pour une co-construction du parcours de santé

1- Une mise en réseau des acteurs de terrain et une coordination stratégique des acteurs politiques et techniques

Les rencontres avec les responsables de structures, avec les différents décideurs auront permis d'identifier des ruptures, d'identifier des dispositifs et actions qui participent à la prise en charge des personnes en situation de précarité, de mettre du lien entre des acteurs qui ne travaillaient pas forcément ensemble et d'engager des collaborations interinstitutionnelles sur des dispositifs et actions dans le cadre des CLS et des contrats-ville.

Aujourd'hui ce travail de coopération engagé par l'ARS doit pouvoir être partagé avec tous les acteurs que ce soient les acteurs techniques, les élus locaux, les responsables de structures sanitaires, sociales, médico-sociales ainsi que les membres de la coordination SDF. C'est la deuxième étape de construction du parcours de santé : l'intégration des acteurs. Cette intégration doit permettre d'envisager conjointement la suite de ces premiers travaux engagés.

2- Propositions d'espaces de concertation favorables à une co-construction du parcours de santé

2.1. Une réunion d'intégration par CLS en septembre 2015

L'intégration des acteurs au parcours de santé suppose de créer des espaces de concertation entre les acteurs institutionnels et les professionnels pour avoir une vision partagée du parcours de santé des personnes en situation de précarité. Le but étant d'avoir une approche « bottom-up » c'est-à-dire une « *approche qui accorde une grande attention aux initiatives locales et aux souhaits des acteurs de terrain.* ». ¹⁰³ La concertation entre tous les acteurs est un des premiers mécanismes de construction de l'intégration.

Trois réunions d'intégration par CLS sont prévues en septembre 2015 avec les décideurs institutionnels et les opérateurs (établissements de santé, associations)

- Une réunion à Angers réunissant la DDCS, la ville d'Angers représentée par le service social du CCAS et la direction de la santé publique, le CHU (direction et service social) le Conseil Départemental ainsi que le coordinateur de la coordination SDF.
- Une réunion à Saumur réunissant tous les partenaires du CLS pour sa signature
- Une réunion à Cholet, réunissant tous les partenaires du CLS pour sa signature

Ces réunions auront pour objectifs :

- De présenter le travail engagé et de discuter le choix des publics ciblés, l'analyse des ruptures afin de la compléter.
- De trouver des points de consensus en envisageant éventuellement des objectifs communs ainsi que des orientations partagées.

¹⁰³ HAS, *op. cit.* p8.

- De connaître les contraintes et les leviers d'actions de chaque acteur pour participer à la construction de ce parcours.
- Enfin, cette réunion permettra d'envisager une mise en œuvre d'outils d'intégrations, et de discuter avec les partenaires sur les modalités de ceux-ci.

En d'autres termes, ces réunions permettront d'engager un travail sur un projet commun entre tous les acteurs : décideurs, financeurs, élus et responsables de structures ou d'associations : le parcours de santé des personnes en situation de précarité.

2.2. *Un groupe de travail départemental en lien avec les différents partenaires sur l'année 2015-2016*

Afin de maintenir la dynamique d'intégration des acteurs, il est envisagé par l'ARS de prévoir des espaces de collaborations réguliers sur Angers où pourront se réunir les différents acteurs, favorisant ainsi le décloisonnement. Un groupe de travail est envisagé entre la DT de l'ARS, pilote de cet espace de collaboration et la coordination SDF à partir du dernier trimestre de l'année 2015. Tous les partenaires concernés par l'ordre du jour du groupe de travail seront invités pour travailler ensemble une étape du parcours de santé ou une rupture particulière. Ce groupe de travail serait dans la lignée du « comité départemental santé/précarité » de la Loire Atlantique rassemblant des institutionnels et des représentants d'associations. Ce comité existait avant la création des ARS, pilotés par les DDASS. Ce comité s'est réactivé en octobre 2013.

3- Propositions d'axes de travail à discuter avec l'ensemble des partenaires dans les espaces de concertation

3.1. *La mise en réseau des acteurs de terrain*

3.1.1. Favoriser l'interconnaissance par des rencontres régulières

Les différentes réunions menées dans le cadre de l'étude de besoins en LHSS ont permis d'identifier un cloisonnement entre les acteurs sanitaires et sociaux. Chaque acteur est expert et très performant dans son domaine de compétence. Toutefois, en raison de ce cloisonnement, la personne peut se trouver entre ces deux pôles d'excellence. Grâce à ces réunions l'interconnaissance des acteurs sanitaire et sociaux a été développée notamment sur Saumur et Cholet. Par exemple, L'hôpital a appris qu'un CHRS ne peut pas recevoir une

personne sortie contre l'avis du médecin et qu'une femme victime de violences peut être automatiquement mise à l'abri dans un hébergement social ou à l'hôtel (si elle n'a plus besoins de soins). Ces informations, ces connaissances mutuelles sont importantes pour bien orienter et éviter les ruptures dans les parcours de santé.

L'adaptation d'actions aux publics les plus démunis comme les « sans chez-soi » peut également être travaillée avec l'aide de la coordination SDF. Celle-ci rassemblant des personnes expertes dans l'accompagnement des personnes SDF, pourrait, éventuellement travailler la question du dépistage du cancer pour les « sans chez soi » (quel lieu ? quel accompagnement ?) avec l'association CAP SANTE 49, experte dans le dépistage.

Les rencontres avec les acteurs ont également mis en lumière des actions intéressantes de prévention. Grâce à une rencontre avec CAP SANTE, l'ARS a ainsi pu connaître le travail d'un médecin au CH de Saumur. Celui-ci monte un parcours de sport coaching pour des femmes pendant et après un cancer. Est-il possible de travailler en lien avec ce médecin une telle action pour des femmes en situation de précarité ? Ou comment permettre aux femmes en situation de précarité d'y avoir accès ? Comment et avec quels acteurs ?

L'articulation entre les dispositifs peut être également travaillée dans les groupes de travail. Si des LHSS se créent dans le Maine-et-Loire, quelles modalités de coopérations pourraient être envisagées entre les LHSS et les ACT ?

L'un des enjeux de cette intégration des acteurs opérationnels aux parcours de santé est donc de poursuivre ce travail de mise en lien, d'articulation des métiers, et de poursuivre le partage d'expertise et de connaissances mutuelles des acteurs et des territoires. En effet, Elisabeth Fery-Lemonnier souligne que « *L'objectif n'est plus seulement l'efficience d'un acteur (qu'il soit hospitalier ou ambulatoire) mais la définition de sa place dans un territoire et pour un parcours défini* »¹⁰⁴.

3.1.2. Poursuivre le travail de capitalisation des territoires en diffusant l'offre des différents acteurs : un guide des solidarités

La démarche intégrée proposée par la méthode AGILLE de la DGCS propose pour améliorer la prise en charge des publics ainsi que pour favoriser les connaissances mutuelles des

¹⁰⁴ Féry-Lemonnier, E, *op. cit.* p6.

différents acteurs intervenant dans le domaine de la lutte contre l'exclusion de créer un guide des solidarités afin de mettre en lumière la place et la mission de chaque acteur. Il pourrait être envisagé de créer un guide « santé » à l'échelle du département destiné à tous les acteurs de terrain, et dans un second temps d'adapter ce guide aux publics. Cette initiative permettrait de continuer l'étape de valorisation des actions engagée durant ce stage et de poursuivre la mise en réseau des acteurs. Ce guide est un outil intéressant pour faciliter l'orientation des publics par un travail commun entre les bénévoles et les professionnels de santé et du social. C'est une manière de matérialiser et pérenniser le développement des connaissances mutuelles permises par les différentes rencontres entre acteurs.

3.2. La poursuite d'une coordination stratégique avec les partenaires techniques et politiques

La mise en œuvre des CLS et des contrats de ville permettent aux différents acteurs de partager des diagnostics et de définir des priorités d'actions communes. Il s'agirait de poursuivre cette dynamique de coordination stratégique autour du parcours de santé des personnes en situation de précarité. Les réunions de concertation prévues en septembre 2015 permettront de rassembler les acteurs institutionnels et les élus afin d'envisager des modalités d'actions communes pour fluidifier le parcours de santé.

Par exemple, durant le stage, un premier travail de co-construction avec la politique de la ville a été initié sur un de leur dispositif : les Adultes-Relais. La politique de la ville a obtenu des crédits cette année pour l'ouverture de postes. Ce sont des contrats aidés de trois ans pour des résidents des quartiers prioritaires qui sont âgés de plus de 30 ans et sans emploi ou en contrat aidé. L'adulte-Relais est un médiateur social et a vocation à favoriser le lien social entre les habitants des quartiers prioritaires, les services publics et les institutions. Comment intégrer ces adultes-relais au parcours ? Ces adultes-relais pourraient faire en partie de la médiation sur l'accès aux droits et aux soins pour les habitants des différents quartiers prioritaires, et faire le lien avec les différents professionnels de la santé du quartier.

3.3. Une proposition d'un outil d'intégration des acteurs : l'exemple de la fonction d'appui aux professionnels de santé à construire avec l'ensemble des partenaires

Une « fonction d'appui aux professionnels » est un outil d'intégration des acteurs qui peut faciliter l'articulation entre le secteur sanitaire et social ainsi que les prises en charge des personnes en situation de précarité. On passerait d'une coordination des acteurs à une

intégration des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux sur un territoire. L'intégration selon la HAS est définie comme *'un ensemble de techniques et de modèles organisationnels destinés à créer du lien et de la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux [...] à l'inverse de la coordination entre organisations qui vise à animer le mieux possible la fragmentation ambiante du système, l'intégration vise à réduire la fragmentation du système en le réorganisant.'*¹⁰⁵

3.3.1. Définition d'une fonction d'appui aux professionnels de santé

La loi HPST en 2009 confère au médecin le rôle de pivot dans l'organisation des parcours de santé des individus. Le projet de loi de modernisation de la santé poursuit dans cette voie avec la création des équipes de soins primaires pouvant se constituer en communautés professionnelles territoriales de santé. Ces professionnels de santé, du médico-social et du social coopèrent autour du médecin généraliste sur un projet de santé en vue de fluidifier les parcours de santé et notamment les parcours de santé dit « complexes »¹⁰⁶. L'article 14 du projet de loi de modernisation de la santé précise que les ARS seront chargées d'organiser les fonctions d'appui aux professionnels¹⁰⁷ qui sont définies *« comme l'ensemble des activités nécessaires à l'organisation des parcours, mais ne peuvent être directement effectuées par les professionnels de santé primaire [...] parce qu'elles apportent aux patients des compétences techniques, sociales ou d'accompagnement que les professionnels de santé ne maîtrisent pas pour la coordination des parcours de santé complexes. »* En effet, le médecin ne peut pas agir comme seul « pivot » lorsque les patients se retrouvent temporairement ou plus durablement dans des situations complexes. Une coordination entre les différents secteurs sanitaires, sociaux ou médico-sociaux est alors nécessaire. Ces fonctions d'appui permettent donc au médecin de se focaliser sur la dimension médicale du patient tout en permettant (par la pluralité des intervenants) que cette dimension médicale puisse effectivement fonctionner en améliorant l'environnement de la personne (prise en compte des problématiques sociales, une ouverture des droits, une éducation thérapeutique, une meilleure orientation dans le système de santé...).

Une personne cumulant les fragilités sur le plan social, économique, culturel, familial peut être amenée à se trouver dans une situation dite « complexe », une personne sans domicile

¹⁰⁵ HAS, *op. cit.* p8.

¹⁰⁷ HAS, « organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires », *Point clés et solutions, organisation des parcours*, 2014.

également. Un accompagnement plus poussé et personnalisé pourrait être proposé afin d'évaluer les besoins socio-sanitaires de la personne. C'est le « case management » né en Amérique du Nord. Il permet à un moment donné, parce qu'une personne est dans une situation complexe d'avoir un accompagnement personnalisé par une personne ressource, extérieure, médiatrice, avec une fonction de « faisant lien » avec les autres acteurs de la prise en charge. Cette personne ressource peut, en lien avec les professionnels de santé concernés faire une évaluation globale des besoins, informer et renforcer les compétences du patient, suivre la mise en œuvre du plan de soins, réévaluer la situation, faire un retour d'information au médecin. Ce professionnel permet de coordonner toutes les étapes d'un parcours de santé (le repérage, la mise en place du suivi, le suivi) pour des personnes nécessitant un suivi important ou d'aider ponctuellement à fluidifier une étape particulière dans le parcours.

3.3.2. Exemples de fonctions d'appui en France

Plusieurs initiatives ont été menées en France dans l'appui aux professionnels de santé (ambulatoire/hospitaliers) pour la gestion des parcours complexes, et plus précisément dans la gestion de situations sociales et/ou psycho-sociales complexes. Ces dispositifs s'inscrivent dans un contexte politique, économique, historique d'organisation de leur territoire et d'organisation de ses acteurs. Il ne s'agit pas de transposer et coller ces dispositifs dans le Maine-et-Loire mais bien d'en tirer les éléments fondateurs et intéressants pour une éventuelle fonction d'appui dans le département. Cet outil d'intégration des acteurs de terrain doit pouvoir être construit avec tous les partenaires techniques et politiques. Se pose donc la question suivante : comment, avec les acteurs s'inspirer de ces dispositifs, et construire ensemble une fonction d'appui adaptée au territoire ? Sur Saumur, sur quel réseau d'acteur peut-on s'appuyer ? Est-ce l'outil pertinent ?

Ci-dessous trois exemples de fonctions d'appui en France :

Le réseau médico-social de Lorient/Lanester (Morbihan-Bretagne)

Le réseau médico-social de Lorient¹⁰⁸ créé en 2002 est coordonné par une infirmière. Cette action ; pilotée par le CCAS de la ville ; bénéficie d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'ARS depuis 2013 sur 8 actions répondant à trois grands objectifs principaux :

- Un accompagnement de la personne vers le soin

¹⁰⁸ Voir Annexe 6 : présentation d'outils du Réseau Médico-Social de Lorient/Lanester

- Une coordination et un appui aux acteurs locaux
- La prévention et la promotion de la santé

La coordination du réseau par une infirmière par rapport à un travailleur social semble intéressante puisque celle-ci a une meilleure connaissance du système de santé et des orientations possibles vers les différents partenaires. Elle peut faire une évaluation des situations d'urgence et bénéficie de plus de crédibilité vis-à-vis des professionnels de santé. D'autre part, l'infirmière aide à l'ouverture des droits grâce à un partenariat avec la CPAM. Dans des situations d'urgence elle peut faire accélérer le traitement des dossiers CMU ou ACS (8-10 jours) ou facturer au nom du réseau médico-social des consultations pour des personnes qui n'auraient pas de complémentaire santé le temps du traitement des dossiers. Cette action permet d'aider à l'ouverture des droits et de permettre un traitement en urgence de situations.

Elle permet également d'orienter et d'accompagner les individus vers les différents acteurs socio-sanitaires adhérents au réseau. Des échanges d'informations autour du suivi de la personne sont effectués avec la personne qui a orienté et avec la personne vers qui l'utilisateur a été orienté. Il peut s'agir de CHRS, de médecins praticiens, de bénévoles d'associations caritatives ou l'équipe mobile psychiatrie précarité.

Avec ce dispositif une orientation vers le parcours de santé est donc travaillée, avec également des permanences dans des lieux stratégiques comme l'épicerie solidaire ou les restos du cœur. Il y a donc un lien entre les dispositifs d'accueil des « sans chez soi » (CHRS, Accueil de jour, associations caritatives...) et cette infirmière.

Des actions en amont du parcours de soins autour de la prévention sont également proposées, l'infirmière et l'équipe de l'épicerie sociale formées au préalable par l'IREPS ont mis en place des ateliers sous forme d'animations collectives. Le CCAS de Lorient a également fait une convention de partenariat avec la CPAM pour un atelier de prévention du diabète de type 2.

Enfin, pour entretenir ce réseau de professionnels de santé, l'infirmière s'attache à ne pas toujours orienter les usagers vers les mêmes praticiens de santé.

***Une infirmière coordinatrice rattachée au Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
(Sarthe – Pays de la Loire)***

Une infirmière propose un accompagnement de situations dites « complexes » pour 15 personnes en situation de très grande précarité durant 6 mois. La plus-value de ce poste réside dans son lien très fort avec le logement. En effet, elle est rattachée au SIAO qui assure un accueil des personnes sans-abris et une mise en réseau des dispositifs d'accueil, d'hébergement, d'insertion et d'accès au logement. Cette infirmière coordonne donc le parcours résidentiel et de santé avec cet objectif opérationnel de suivre la personne sur l'ensemble de son parcours jusqu'à sa stabilisation sanitaire et jusqu'à l'accès au logement autonome. Comme pour le réseau médico-social de Lorient/Lanester, l'infirmière a une double mission : auprès de l'utilisateur en assurant l'évaluation de la situation de la personne et la mise en place du suivi sanitaire/logement en lien avec les différents professionnels concernés et une fonction de coordination auprès des professionnels.

Un protocole local de contre le non-recours en quartier prioritaire de la politique de la ville : le pôle de Santé de Chambéry-Nord¹⁰⁹

Afin d'aller plus loin et de proposer un accompagnement plus poussé de situations considérées comme complexes comme une personne souffrant d'un cancer mais sans logement stable par exemple, le pôle de santé de Chambéry-Nord propose la mise en place d'un protocole local de lutte contre le non-recours en quartier prioritaire de la politique de la ville via leur « Espace ressource Santé » (ERS).

C'est un lieu généraliste qui propose une aide à l'ouverture des droits, avec un personnel formé à ces questions, des outils d'informations simplifiés comme un annuaire des ressources en santé existantes sur le quartier, des journées de formations et de concertations en direction de tous les professionnels intervenant dans la prise en charge socio-sanitaire des patients ainsi que des actions d'ETP. Les fonctions de ce lieu rejoignent celles des infirmières coordinatrices ou des actions proposées dans la MSP des Hauts de St Aubin.

¹⁰⁹ Pôle de Santé de Chambéry Nord, *Le dispositif Impact*, < <http://pole-de-sante-chambery-nord.fr/dispositifs-impact/> > 21/08/2015

La prise en charge IMPACT (itinéraires médico-sociaux, programme d'Aide au Changement de comportement en matière de santé sur un territoire en quartier prioritaire) est ancrée sur un quartier, elle permet une prise en charge locale avec une coordination entre les professionnels de cet ERS et les médecins par la transmission d'une fiche de saisine. Si la situation est compliquée sur le plan médico-social, l'ERS fait une évaluation de la situation. L'ERS peut alors proposer un service médical et social de 6 à 12 mois éventuellement renouvelable avec si besoin, un programme d'ETP. Au terme de la prise en charge tous les intervenants se réunissent pour faire le point sur l'avancée de la situation et ainsi envisager les suites à donner.

3.3.3. Conclusion et acteurs éventuellement mobilisables

Ces trois exemples montrent qu'il est possible d'appuyer les acteurs sociaux, les professionnels de santé en ambulatoire ou les professionnels hospitaliers dans la prise en charge socio-sanitaire des personnes en situation de précarité. Une personne bien identifiée comme une infirmière coordinatrice peut faire du lien entre tous les acteurs, accompagner « vers le soin », proposer des actions de prévention et intégrer la problématique du logement pour les « sans chez soi ». Des partenariats tant institutionnels que sur le terrain sont importants pour formaliser un réseau solide autour de cette infirmière. Plusieurs questions sont à discuter avec tous les acteurs pour une éventuelle adaptation dans le Maine-et-Loire. Quelle structure peut recruter cette infirmière ? La création d'une fonction d'appui aux professionnels de santé implique de s'appuyer sur les dynamiques de coordination existantes dans le champ de la précarité, ainsi que de l'expertise de ces acteurs pour éventuellement en piloter la construction. Sur quel réseau d'experts peut-on s'appuyer ? Quelles associations peuvent aider à piloter la construction de cette fonction d'appui ? Quels cofinancements ? Peut-on s'inspirer du pôle de santé de Chambéry pour un éventuel protocole commun de prise en charge entre les médecins et le coordinateur ? A quelle échelle du territoire doit-on la construire ? Doit-on créer une fonction d'appui au niveau départemental ? Dans les villes d'Angers et de Saumur ? Ou plus simplement, la fonction d'appui est-elle le bon outil ? Existe-t-il d'autres d'outils d'intégration des acteurs qui pourraient être mis en place ?

4- Des thématiques futures à aborder

L'approche populationnelle et à partir de situations complexes a été souhaitée et privilégiée pour la construction de ce parcours. Il est envisagé dans un second temps de prendre en

compte plusieurs spécificités liées à des publics ou des situations particulières. Ces thématiques pourraient être abordées dans le groupe de travail départemental afin d'envisager des solutions ou d'en évaluer les besoins sur le territoire :

- Les équipes des structures sociales ou médico-sociales peuvent se trouver en situation d'accompagnement en fin de vie. En effet, les personnes sans domicile peuvent être « *trop jeunes ou désocialisées pour les MAS, FAM, EHPAD* »¹¹⁰. Par exemple, l'évaluation du dispositif des LHSS menée en janvier 2013 par la DGCS montre que c'est le cas des structures LHSS alors que cela relèverait plutôt des missions des LAM¹¹¹. Par ailleurs, dans les CHRS « éclatés » l'hospitalisation à domicile est possible mais il est demandé aux structures d'assurer le matériel médical, ce qui représente un coût important. Il existe cependant des solutions et des partenariats possibles, une responsable de CHRS sur Angers a réalisé une convention avec le CHU pour accompagner les équipes et les familles pour un accompagnement en fin de vie par an. Ce partenariat fonctionne bien et a très bien été reçu par l'équipe mobile en soins palliatifs. Cela suppose l'engagement d'une équipe autour de sa directrice. Ce partenariat peut-il se mettre en place dans les CH de Saumur et de Cholet ? Une réflexion sur le vieillissement des publics et plus particulièrement sur le vieillissement précoce et la fin de vie des personnes en très grande précarité pourraient être alors envisagée dans les groupes de travail.
- Les personnes sortantes de prison en rupture de droits
- La communauté des gens du voyage qui généralement reste à l'écart de la prévention et des soins ¹¹²
- Sur Cholet et Saumur, les acteurs ont remonté des problématiques d'hébergement chez des tiers et plus largement des publics dit « invisibles ». Comment favoriser l'accès aux soins, à la santé et à la prévention et aux droits pour ces personnes ?
- Au cours de cette première phase de construction du parcours de santé, la thématique des addictions n'a pas été évoquée. Il n'était en effet pas souhaité de choisir comme première porte d'entrée la thématique des addictions. Pour autant, il s'agit d'un

¹¹⁰ Circulaire interministérielle DGAS/SD5/DSS no 2009-315 du 16 octobre 2009 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2009 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : lits halte soins santé (LHSS), et lits d'accueil médicalisés (LAM).

¹¹¹ En l'absence de domicile et d'impossibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, les LAM aux personnes atteintes de pathologies chroniques de pronostic plus ou moins sombre de recevoir des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adaptés.

¹¹² Le Roux, M, Guiraud, J, Botton, D, « Santé des gens du voyage : des associations se mobilisent », *santé de l'homme*, INPES, n°390, 2007, pp4-6.

véritable problème de santé publique. L'enquête Samenta ¹¹³ menée en 2010 montre bien que les personnes en situation de précarité et plus précisément les personnes sans logement fixe ont plus d'addictions que la population générale. Parmi la population sans logement personnel 21% présentaient une dépendance à l'alcool et 17.5% à une drogue illicite. Il s'agira de travailler cette problématique des addictions en lien avec les acteurs concernés (avec l'association ALIA notamment)

CONCLUSION

Pour envisager la construction du parcours de santé sur le territoire du Grand-Saumurois, et plus particulièrement sur la ville de Saumur, il a été nécessaire d'avoir une vision plus large au niveau du territoire de santé et de mettre en lumière les dispositifs, actions et acteurs sur Angers afin de s'en inspirer. L'étude de ce territoire angevin, et la « valorisation de l'existant » montre qu'à chaque étape du parcours : du repérage des personnes en situation de précarité à la mise en place d'un suivi sanitaire, de nombreux acteurs experts et reconnus par leurs pairs concourent au parcours de santé : par exemple l'ouverture des droits est permise par plusieurs acteurs. Des dispositifs tant spécifiques comme les appartements de coordination thérapeutique que de droit commun comme la MSP participent au parcours de santé. S'appuyer sur ce tissu d'acteurs et sa forte expérience de travail en réseau permettrait d'envisager une diffusion de leurs bonnes pratiques sur les autres territoires.

Pour autant, il convient de travailler avec les acteurs locaux sur le Grand-Saumurois afin de poursuivre l'identification des besoins et des spécificités territoriales. La recherche d'outils, d'actions pour construire le parcours de santé doit s'adapter au contexte local, à la manière dont les acteurs sont organisés entre eux et aux moyens dont ils disposent pour agir. En effet, comme le précise Bruno Palier, docteur en sciences politiques, « *C'est au niveau local que devraient 's'inventer' les contenus concrets de l'action* »¹¹⁴. L'objectif n'étant pas une recherche d'égalité des pratiques et des dispositifs sur le département mais bien une recherche d'équité territoriale, c'est-à-dire une configuration géographique qui assurerait à tous les mêmes conditions d'accès aux services de santé adaptés aux besoins locaux.

¹¹³ Laporte, A, et Chauvin, P, *Enquête Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'île de France*. INSERM, observatoire du Samu Social de Paris, 2010.

Voir Annexe 7 : méthode de l'enquête

¹¹⁴ Palier, B, « la référence au territoire dans les nouvelles politiques sociales », *Revue politiques et management public*, n°16, 1998, pp13-41

Cette première étape de construction du parcours de santé aura permis de « mettre en mouvement » et d'informer les partenaires à la fois institutionnels, politiques et de terrain de la volonté de construire avec eux le parcours de santé. L'enjeu à terme ce n'est pas tant la création de nouvelles actions ou de nouveaux dispositifs mais bien la mise en lien et la coordination entre le secteur social et de santé. Il faudrait selon Lise Burgade, conseillère technique auprès du directeur de la CNSA, « *institutionnaliser sur chaque territoire une dynamique de coopération* »¹¹⁵ pour que le projet aboutisse c'est-à-dire avoir « *une ambition partagée et une envie collective* »¹¹⁶ selon Alain Cordier, membre du collège de la Haute Autorité de Santé. Au-delà de cette coordination des acteurs nécessaire, il est ressorti de l'analyse des ruptures dans les parcours que pour favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité, il faudrait une organisation de l'offre de santé plus accompagnante avec plus de médiation, une offre plus lisible, que l'information soit plus diffuse et adaptée. L'association des différents partenaires à la construction du parcours de santé doit aboutir à une intégration territoriale des services sociaux, médicaux sociaux et sanitaires autour de la problématique du parcours de santé des personnes en situation de précarité. Cela permettrait d'envisager des possibilités d'accompagnements socio-sanitaires des personnes en situation de précarité, des outils partagés ainsi qu'une éventuelle instance de gestion de cas complexe.

Enfin, un des éléments fondateurs pour la construction de ces parcours de santé c'est de prendre en compte le principe de liberté des personnes à suivre ou non le parcours de santé, le respect des objectifs de chaque individu. L'information de celui-ci et le recueil de son consentement éclairé est un des droits fondamentaux de tout usager du système de santé. Or, pour les personnes en situation de précarité et notamment les personnes « sans chez soi », le non recours au système de santé trouve son origine dans de multiples raisons, qui vont bien au-delà d'un non consentement.¹¹⁷ La conférence de consensus sur le thème du consentement aux soins et du libre arbitre des personnes à la rue prévue par le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale devrait permettre d'aborder ces questions, importantes dans la construction du parcours de santé.

¹¹⁵ Burgade, L, « la continuité des parcours de vie des personnes vulnérables : une responsabilité partagée », *Parcours de santé enjeux et mise en œuvre*, adsp, n°88, 2014, pp18-20.

¹¹⁶ Cordier, A, « Les parcours de soins et de santé sont-ils une évolution inéluctable de notre système de santé ? », *Parcours de santé enjeux et mise en œuvre*, adsp, n°88, 2014, pp43-45.

¹¹⁷ Module interprofessionnel de santé publique, groupe n°11, *le consentement aux soins des personnes à la rue*, EHESP,2014.

Bibliographie

Ouvrages

Crozier, M, et Friedberg, E, *L'acteur et le système*. Sociologie politique, Seuil, 1977, 436 p.

Friedberg, E, *Le Pouvoir et la règle*, Sociologie Seuil, 1993. 327 p.

Grawitz, M, *lexique des sciences sociales*, DALLOZ, 1988

Mannoni, P, *La malchance sociale*, Paris, Odile Jacob, 2000, 46 p.

Rayssiguier, Y, Jégu, J, Laforcade M, *Politiques sociales et de santé comprendre et agir*, Presses de l'EHESP, 2^{ème} édition, 2012. 672 p.

Rapports et Plans/Programmes

Abri de la providence, « service Samu Social », *rapport d'activité 2012*, 2012.

ARS de Lorraine, *Programme Régional d'Accès à la Prévention et Aux Soins (PRAPS) 2012-2017*, 2012.

ARS, *Parcours de soins. Parcours de santé. Parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers. Lexique de A à Z*, 2012.

Bernoux, P, « les apports de la sociologie des organisations », *l'analyse des systèmes d'acteurs*, diagnostics de territoires CERTU, cahier n°1, 2001.

Boulé, J, et, Brun, X, *Evaluation intermédiaire du PRS des Pays de la Loire, politique régionale en faveur de la santé des populations en grande vulnérabilité*, ARS, direction de l'efficience de l'offre, département d'évaluation des politiques de santé et des dispositifs, 2014

Conseil économique social et environnemental. et Mouvement ATD Quart Monde, *Grande Pauvreté et précarité économique et sociale 1987-2012 et maintenant ?*, Paris, direction des journaux officiels, 2012.

Cour des comptes, « chapitre XII, les urgences hospitalières une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser », *la sécurité sociale, rapport sur l'application des lois de financements de la sécurité sociale*, 2014, pp 349-378.

Dagbert, M, *et al*, *Groupe de Travail Développement social et travail social collectif 2015*, ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2015.

DIHAL, DGCS, Direction habitat, urbanisme, Paysages, *Accompagnement pour la mise en œuvre d'un diagnostic territorial partagé 360° du sans abris au mal-logement, diagnostic du département du Maine-et-Loire*, SGMAP, 2014

Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés, *l'état du mal logement en France*, 14^{ème} rapport annuel, 2009.

Francis Nock Consultants, *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*, rapport et recommandations, 2013.

Girard, V, Estecahandy, P, Chauvin, P, *La santé des personnes sans chez soi : plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*, 2009.

HAS, « Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux », *Points clés et solutions, organisation des parcours*, 2014.

HAS, « organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires », *Point clés et solutions, organisation des parcours*, 2014.

IGAS, ANAES, Gres Médiation Santé, *fiche de synthèse sur les permanences d'accès aux soins et à la santé (PASS)*, 2004.

Legros, M, *et al*, « Groupe de Travail « 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*, 2012

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé et ARS, *Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) Guide méthodologique*, 2011

Ministère en charge de la santé, de la famille et des personnes handicapées, *territoire et accès aux soins, rapport du groupe de travail*, 2003

Mission Evaluation des Politiques sociales, *Analyse des besoins sociaux ville de Saumur*, 2013.

Observatoire national de la fin de vie, *rapport d'étude fin de vie en centres d'hébergement et de réinsertion sociale*, 2015.

Picon, E, *et al*, *Evaluation du dispositif LHSS*, DGCS, 2013.

Sanchez, J, *développement social local : les voies de l'action au service du changement*, Les cahiers de l'ODAS, 2007.

Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique, *Rapport d'évaluation de la gouvernance territoriale des politiques d'insertion et de lutte contre l'exclusion*, 2013.

SGMAP DIAL DGCS direction habitat urbanisme, paysages. Plan de lutte contre la pauvreté, domaine logement hébergement, accompagnement pour la mise en œuvre d'un diagnostic territorial partagé 360° du sans abris ou du mal logement, juin 2014

Wresinski, J, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, Journal officiel, séances du 10 et 11 février 1987.

Articles

ADSP, *parcours de santé enjeux et mise en œuvre*, la documentation française, n°88, 2014

Avenier, M, « La complexité appelle une stratégie chemin-faisant », *Gestion 2000*, n°5, 1999, pp13-44

Burgade, L, « la continuité des parcours de vie des personnes vulnérables : une responsabilité partagée », *Parcours de santé enjeux et mise en œuvre*, adsp, n°88, 2014, p 18-20.

Callon, M, « La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc », *L'Année Sociologique*, Vol. 36, 1986, p. 169-207

Cambois, E, *Les personnes en situation sociale difficile et leur santé*, les travaux de l'observatoire, 2004.

Chambaud, L, « le rôle des ARS dans la prise en charge de la précarité » dans Bernard, O, *et al (dir.), santé publique et grande précarité état des lieux des questions éthiques*, Médecins du Monde, 2012, p25-29.

Cordier, A, « Les parcours de soins et de santé sont-ils une évolution inéluctable de notre système de santé ? », *Parcours de santé enjeux et mise en œuvre*, adsp, n°88, 2014, pp43-45

Darmon, N, « Populations précarisées et l'alimentation », *La santé de l'homme* n°402, 2009.

Desaulle, M, « les parcours sont-ils un levier efficace d'une politique régionale de santé ? », *parcours de santé enjeux et perspectives*, adsp, n°88, 2014, p49-50

Didier, E, «Emergences des mots de l'exclusion». *Revue Quart-Monde : Joseph Wresinski : le plus pauvre au coeur d'une intelligence*, N°165, 1998.

Fassin, D, « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique », *Politix*, n° 73, 2006, p. 137-157

Féry-Lemonnier, E, « les parcours, une nécessité », *Parcours de santé enjeux et mise en œuvre*, adsp, n°88, 2014

Fors, 2012, « L'hébergement dans le logement d'un tiers. Les solidarités privées à l'épreuve, dans un contexte de crise du logement », *Recherche sociale*, n° 203.

Granier, A, « précarité et demandes de santé », *Revue Projet*, 2000.

Guilloneau, M, Kensey, A, Mazuet, P, *Les ressources des sortants de prisons*, Les Cahiers de démographie pénitentiaire, 1998.

Kirszbaum, T, *mobiliser le droit commun du mot d'ordre à la pratique*, Réso Villes, 2014.

Lang, T, *et al, les inégalités sociales de santé sortir de la fatalité*, HCSP, 2009.

Le Cain, A, et Mourouga, P, « Accompagner vers le dépistage les femmes en situation de précarité », *Santé de l'Homme*, INPES, 2005, p34-35.

Le Roux, M, Guiraud, J, Botton, D, « Santé des gens du voyage : des associations se mobilisent », *santé de l'homme*, INPES, n°390, 2007, pp4-6.

Lombrail, P, « Droit, éthique médicale et précarité » dans Bernard, O, *et al (dir.), santé publique et grande précarité état des lieux des questions éthiques*, Médecins du Monde, 2012, p25-29.

Math, A, Oorschot, W, « La question du non-recours aux prestations sociales », *Recherches et Prévisions*, n°43, 1996, pp5-17

Palier, B, « la référence au territoire dans les nouvelles politiques sociales », *Revue politiques et management public*, n°16, 1998, pp13-41

Paugam, S, *La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, collection Quadrige, essais débats, 4^{ème} édition, 2009, 256 pages.

Rouay-Lambert, S, « la retraite des anciens SDF : trop vieux pour la rue, trop jeunes pour la maison de retraite », *les annales de la recherche urbaine*, n°100, 2006, p137-143

Saoud, H, *la contribution de l'analyse sociologique de Michel Crozier au management public*, université de Versailles Saint-Quentin-en Yvelines, Larequoi, 2005.

Serres, J, « Pour qui comptent-ils ? », *Social réparer ou reconstruire ?*; Revue Projet, n°346, 2015, p96.

Warin, P, *Le non recours : définitions et typologies*, ODENORE, 2010.

Littérature scientifique

Bonnefoy, V, « Pauvreté dans le Maine-et-Loire : la crise renforce les disparités territoriales », *INSEE FLASH*, n°2, 2014.

Bourgueil, Y, et al, « Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? », *questions d'économie de la santé*, IRDES, N°179, 2012.

Caillanet, F, et al, *l'alimentation des populations défavorisées en France, synthèse des travaux dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel*, les travaux de l'observatoire, 2006.

Chardon, O, et al, *des familles monoparentales des difficultés à travailler et à se loger, division enquêtes et études démographiques*, INSEE, 2008.

Coutard, G, *Observation sociale des territoires de Maine-et-Loire, précarité marquée à l'est du département*, INSEE, 2011.

Despres, C, « le renoncement aux soins pour raisons financières analyse socio-anthropologique », *série études et recherches*, DREES, n°119, 2012

InVS « Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011 », *InVS rapport technique*, 2011, 78 pages.

Laporte, A, et Chauvin, P, *Enquête Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'île de France*. INSERM, observatoire du Samu Social de Paris, 2010.

Médecins Du Monde, *contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité en France*, 2013.

ORS île de France, INvS, INPES, ministère des affaires sociales et de la santé, « alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire », *étude Abéna 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005*, 2013.

ORS, *Diagnostic Flash Saumur 2013*, ARS Pays de la Loire, 2013

ORSEME et AROMSA, *taux de non-recours aux mammographies sur 2013-2014*, régime général-MSA, avril 2015.

Masullo, A, *Santé et recours aux soins des populations précaires*, IRIS, 2006, 15 p.

Mémoire – Thèse

Le Goff, S. Geeraert JP. *l'accès des patients précaires au parcours de soins de droit commun, étude qualitative d'une population de consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Bobigny*, doctorat de médecine, Université de Paris Nord, 2014. 169p.

Module interprofessionnel de santé publique, groupe n°11, *le consentement aux soins des personnes à la rue*, EHESP, 2014.

Textes juridiques et règlementaires

Circulaire DGOS/R4 n°2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des PASS

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

Circulaire interministérielle DGAS/SD5/DSS no 2009-315 du 16 octobre 2009 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2009 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : lits halte soins santé (LHSS), et lits d'accueil médicalisés (LAM).

Liens internet

Aubenas F, et Simmont D, « René Lenoir : ‘ Il ne suffit pas de légiférer’ », < http://www.liberation.fr/evenement/1995/04/08/rene-lenoir-il-ne-suffit-pas-de-legiferer_130819>, 8 avril 1995.

Guéry, H, « Politique de la ville : les revenus ne font pas tout » <<http://www.lagazettedescommunes.com/207583/politique-de-la-ville-les-revenus-ne-font-pas-tout>> 13/02/2014>.

Pôle de Santé de Chambéry Nord, *Le dispositif Impact*, < <http://pole-de-sante-chambery-nord.fr/dispositifs-impact/>> 21/08/2015

MDM et ORS mip, *observatoire de l'accès aux soins de la mission France*, 2011-2012.

Médecins du monde, « se mobiliser pour les personnes à la rue », <<http://www.medecinsdumonde.org/En-France/Sans-abri-et-mal-loges>>20/08/15

Réseau ARESPA, *Modalités d'interventions*, < <http://arespa.org/modalites.html>> 21/08/2015

Littérature Grise

Enseignements

Rayssiguier, Y, *Pauvreté précarité et santé : des interactions multiples*, 2014

Le Bihan, B, *Analyse des Politiques Publiques et de territoire*, 2013

Le Bihan B, *Analyse des Politiques Publiques*, 2013

Schweyer F, *sociologie de la santé*, 2013

Comptes rendus de réunions réalisés au cours du stage

Travail de la coordination SDF mené en 2014 : recensement des besoins sur le territoire et des principales pathologies des personnes SDF

Liste des annexes

Annexe 1 : Acteurs rencontrés pour la construction du parcours de santé (p74)

Annexe 2 : Documents servant de présentation du parcours de santé (p75)

Annexe 3 : Modèle repérage-évaluation des besoins- suivi à partir de situations complexes (p76)

Annexe 4 : Travail avec la coordination SDF (p80)

Annexe 5 : Schéma présentant la place du DCA et des différents dispositifs intervenant dans la prise en charge socio-sanitaire des personnes en situation de précarité (p85)

Annexe 6 : Exemples de fonction d'appui aux professionnels de santé (p86)

Annexe 7 : Méthode utilisée des enquêtes citées (p89)

Annexe 8 : Territoires marqués par la précarité dans les Pays de la Loire (p93)

Annexe 9 : Territoires de santé de proximité dans le Maine-et-Loire (p94)

Annexe 1 : Acteurs rencontrés pour la construction du parcours de santé

Angers

- DDCS
- Direction de la santé publique Angers
- CPAM 49
- politique de la ville
- Coordinateur de la coordination SDF (Secours Catholique)
- La coordination SDF
- L'Equipe du département de coordination de l'aval (DCA 49)
- L'Equipe du DiASM
- Direction du CHU d'Angers
- Une Assistante Sociale du service social du CHU
- Direction de l'Abri de la Providence
- Direction du Comité d'entraide aux français rapatriés
- L'association CAP Santé 49
- Professionnels de santé MSP

Saumur

- Equipe municipale
- Chargée de mission à la politique de la ville
- Assistantes sociales du CCAS de Saumur
- Professionnels de santé de Saumur et notamment les professionnels présents sur le quartier prioritaire du Chemin-Vert/Hauts Quartier
- Direction du CH
- Assistantes Sociales du service social du CH
- Direction de Centre d'adaptation à la vie active

Cholet

- Direction du CH
- Une assistante sociale du service social du CH

Lorient

Entretien téléphonique avec la coordinatrice du Réseau Médico-Social de Lorient/Lanester

ARS

- L'équipe de département de prévention et de promotion de la santé
- Mme Passetemps Marie-Jo en charge de la feuille de route des personnes en situation de précarité
- Mr Boulé Jean-Paul, évaluateur du PRAPS
- Mme Browaeys Laurence, déléguée territoriale 49
- Mme Denou Annie, chargée de projet sur le 1^{er} recours (DT49)

Annexe 2 : Documents servant de présentation du parcours de santé

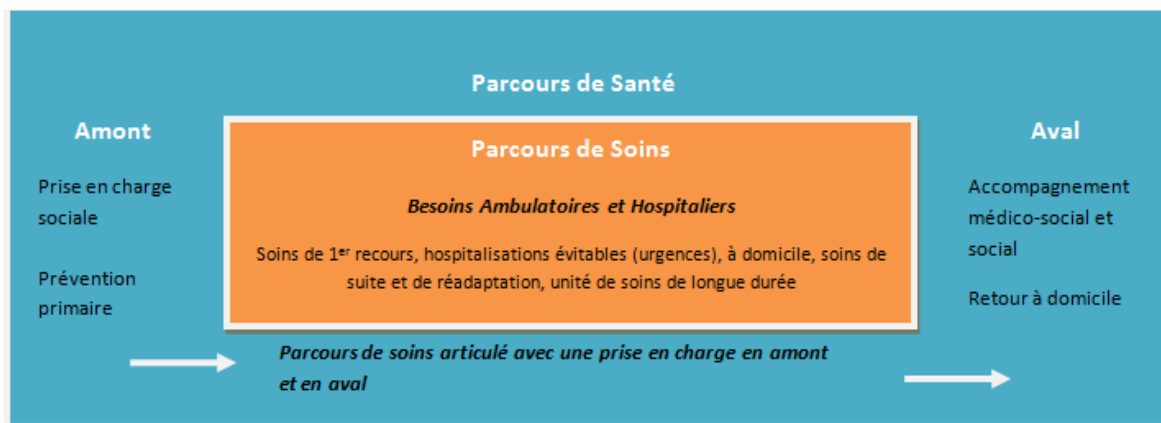
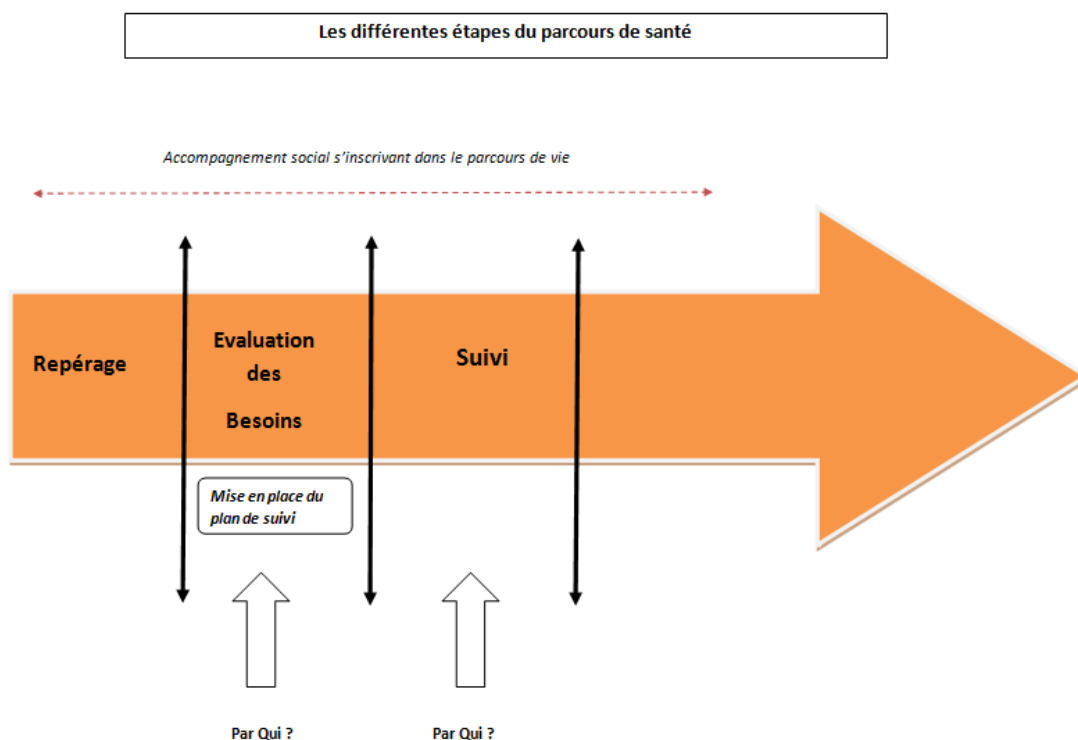


Schéma présenté aux acteurs pour expliquer la définition du parcours de santé

Inspiré de la définition de Féry-Lemonnier, E,¹¹⁸



Les différentes étapes du parcours de santé : modèle repérage évaluation des besoins-suivi. Schéma permettant d'identifier les acteurs intervenants à ces étapes

¹¹⁸ Féry-Lemonnier, E, *op. cit.* p7.

Annexe 3 : Modèle repérage-évaluation des besoins- suivi à partir de situations complexes –

inspiration du modèle de l'ARS Bourgogne

Tableau permettant d'identifier les acteurs et enjeux à chacune des étapes afin d'adopter une logique de « parcours »

Modèle REPERAGE – EVALUATION DES BESOINS – SUIVI à partir de situations complexes ⁸

Absence de logement stable

	Repérage	Evaluation des besoins de santé et mise en place d'un suivi	Suivi
Qui	Personnes à la rue, squatters, jeunes en errance, personnes expulsées, personnes en hébergement social		
Par qui	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Associations caritatives ➢ équipes mobiles ➢ professionnels de la santé et du social 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ PASS ➢ LHSS (si pathologie aigue) ➢ Gestionnaire de cas ➢ ACT 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Médecin en lien avec un travailleur social (Dans les PASS, ACT, LHSS...) ➢ Médecin en lien avec le gestionnaire de cas ➢ Professionnels de santé concernés
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Permettre une orientation des personnes vers les dispositifs sanitaires par les travailleurs sociaux et les bénévoles d'associations ➢ Développer la coordination entre le logement et la santé ➢ Informer et orienter pour l'ouverture des droits ➢ Développer les équipes mobiles « généralistes » 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Appui auprès des médecins pour ces prises en charge (Aides techniques, sociales, financières...) ➢ Intégrer dans l'évaluation des besoins des objectifs et des prises en charge de plus long terme ➢ Intégrer la PASS dans le réseau de santé précarité ➢ Créer un réseau de santé précarité ➢ Créer une plateforme d'appui 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Mobiliser les personnes quant à leur situation de santé ➢ Mobiliser les personnes pour leur observance du suivi et des traitements, ➢ Permettre un retour au droit commun

⁸ Inspiration modèle de parcours de santé – ARS bourgogne

Ressources financières irrégulières ou très faibles dans les quartiers prioritaires

	Repérage	Evaluation des besoins de santé et mise en place d'un suivi	Suivi
Qui		<ul style="list-style-type: none"> Chômeurs de longue durée Travailleurs pauvres Jeunes de 16-25 ans Surendettés Demandeurs d'emploi Familles monoparentales Bénéficiaires de minima sociaux 	
Par qui	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Professionnels de santé ➢ Travailleurs sociaux ➢ Associations caritatives ➢ Administrations : pôle emploi, ML, CARSAT, CAF, CG, CCAS... 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Médecin traitant en lien le gestionnaire de cas ➢ Médecin de la PASS en lien avec un travailleur social et/ou gestionnaire de cas 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Médecin traitant ➢ Médecin traitant en lien avec gestionnaire de cas ➢ Professionnels de santé des dispositifs spécifiques concernés ? ➢ Professionnels de santé concernés par le suivi de la pathologie
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Informer et orienter les personnes sur leurs droits (lieu unique, formation de personnels dédiés) ➢ Communication entre les différents régimes d'assurance maladie concernés en lien avec une plateforme d'appui / gestionnaire de cas ➢ Travail sur la peur du contrôle social ➢ Développer l'aller-vers, la médiation sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Créer un réseau de santé-précarité ➢ Créer une plateforme d'appui ➢ Maintenir à domicile les personnes vivant avec un handicap psychique ➢ Permettre un retour au droit commun ➢ Permettre un appui auprès des médecins pour ces prises en charge (Aides techniques, financières, linguistiques...) 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Mobiliser les personnes quant à leur situation de santé ➢ Mobiliser les personnes pour leur observance du suivi et des traitements

Ressources financières irrégulières ou très faibles dans les quartiers prioritaires

	Repérage	Evaluation des besoins de santé et mise en place d'un suivi	Suivi
Qui		<ul style="list-style-type: none"> Chômeurs de longue durée Travailleurs pauvres Jeunes de 16-25 ans Surendettés Demandeurs d'emploi Familles monoparentales Bénéficiaires de minima sociaux 	
Par qui	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Professionnels de santé ➤ Travailleurs sociaux ➤ Associations caritatives ➤ Administrations : pôle emploi, ML, CARSAT, CAF, CG, CCAS... 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médecin traitant en lien le gestionnaire de cas ➤ Médecin de la PASS en lien avec un travailleur social et/ou gestionnaire de cas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médecin traitant ➤ Médecin traitant en lien avec gestionnaire de cas ➤ Professionnels de santé des dispositifs spécifiques concernés ? ➤ Professionnels de santé concernés par le suivi de la pathologie
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informer et orienter les personnes sur leurs droits (lieu unique, formation de personnels dédiés) ➤ Communication entre les différents régimes d'assurance maladie concernés en lien avec une plateforme d'appui / gestionnaire de cas ➤ Travail sur la peur du contrôle social ➤ Développer l'aller-vers, la médiation sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Créer un réseau de santé-précarité ➤ Créer une plateforme d'appui ➤ Maintenir à domicile les personnes vivant avec un handicap psychique ➤ Permettre un retour au droit commun ➤ Permettre un appui auprès des médecins pour ces prises en charge (Aides techniques, financières, linguistiques...) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mobiliser les personnes quant à leur situation de santé ➤ Mobiliser les personnes pour leur observance du suivi et des traitements

Annexe 4 : Travail avec la coordination SDF

Membres de la coordination SDF

- La Boutik ALIA
- Abri de la Providence 115/SAMU
- ADOMA
- ADRA France Antenne Locale Angers
- ATD Quart Monde
- Aide Accueil
- APTIRA
- Association ATLAS
- Association Resto Troc
- Association la Fraternité
- Bon Pasteur
- Habitat Humanisme
- IRSA Centre d'examen de santé d'Angers
- Lazare
- Maison de la Fraternité
- Médecins du Monde
- Mission Locale Angevine
- PASS
- Le PASS/CCAS d'Angers
- Réseau des Acteurs en addictologie 49
- Resto du cœur 49
- Centre d'Angers responsable d'Insertion

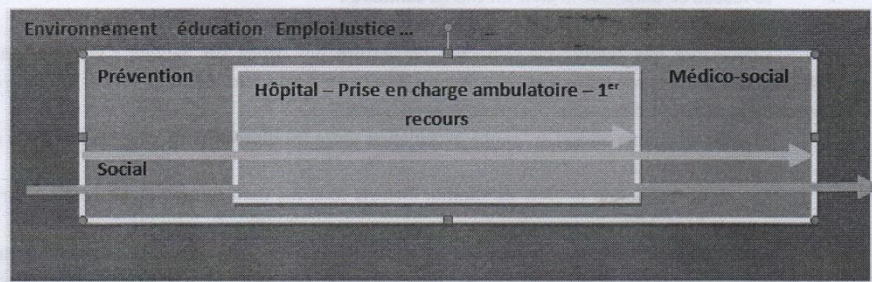
Explication de la démarche de Parcours de santé envoyée à la coordination SDF

Le Parcours de santé des personnes en situation de précarité

Du Grand Saumurois

L'ARS Pays de la Loire et plus spécifiquement la délégation territoriale du Maine-et-Loire souhaite expérimenter la construction d'un parcours de santé en direction des personnes en situation de précarité.

Un parcours de santé peut se définir comme la trajectoire globale d'un usager dans un territoire donné avec une attention particulière sur la place de l'individu dans ce parcours et ses choix. Il est en général construit à partir de l'identification des points de rupture dans les prises en charge. Les parcours ont une notion temporelle (organiser une prise en charge coordonnée et organisée tout au long de la maladie du patient) et spatiale (organiser cette prise en charge sur un territoire, dans la proximité de son domicile). Le parcours de santé est à distinguer du parcours de soins ou du parcours de vie. En effet nous pouvons identifier trois types de parcours :



- **Le parcours de soins** est une réponse aux besoins sanitaires : il intègre donc les besoins ambulatoires et hospitaliers. (Soins de premiers recours, hospitalisation évitable (urgences), hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, Unité de soins de longue durée USLD)
- **Le parcours de santé est un *parcours de soins* articulé en amont avec la prévention primaire et sociale et en aval l'accompagnement médico-social et social ainsi que le retour à domicile.**
- **Enfin, les parcours de vie** sont la réponse aux besoins des personnes dans leur environnement, ils intègrent des facteurs éducatifs, environnementaux, de réinsertion professionnelle ainsi qu'un éventuel contexte juridique et l'entourage familial.

Les enjeux du Parcours de santé

- Permettre aux personnes d'avoir accès à des parcours lisibles, accessibles, complets et de qualité pour une prise en charge globale et coordonnée de leurs besoins
- Répondre à une recherche d'équité et d'égalité d'accès à la santé
- Fluidifier les prises en charge par différents leviers
- Rationaliser et améliorer l'efficacité de l'offre de soins et de santé

Les publics ciblés par ce parcours de santé sont les personnes « sans chez soi » vivant à la rue ou dans les centres d'hébergement. Nous avons également fait le choix d'intégrer les personnes vivant au sein des quartiers prioritaires de la politique de la ville. L'expérimentation de ce parcours se fera sur l'agglomération de Saumur avec une attention portée à la ville de Saumur et le quartier prioritaire du Chemin-vert.

Explication du Document de travail en pièce jointe

Nous avons schématisé trois types de parcours selon le lieu de vie de la personne précaire : structure sociale, logement situé dans un quartier prioritaire ou personne « sans chez soi » vivant dans la rue.

Le parcours de santé de la personne peut se décomposer en plusieurs étapes :

- **Le réseau en amont de la prise en charge sanitaire :**
 - par qui et comment la personne est-elle **accompagnée vers le soin** ?
 - **L'ouverture des droits** : ou s'effectue l'ouverture des droits sur Saumur ? Quelles sont les difficultés rencontrées par les personnes dans leur démarche d'ouverture des droits ? Qui s'occupe de la domiciliation ? Existe-t-il des aides pour remplir les dossiers ?
- **La prise en charge sanitaire : quelle articulation entre les dispositifs spécifiques (exemple de la PASS) et le droit commun ?**
 - Comment fonctionne la PASS de Saumur ? Quels sont ses partenaires ? Quels sont les services proposés par la PASS ? Est-elle accessible pour les personnes en situation de précarité ?
 - Comment s'effectue l'orientation vers le droit commun ? A-t-on des médecins généralistes et spécialistes acceptant plus facilement les personnes avec des faibles ressources (tiers payant, existence d'un réseau de professionnels de santé en tarif opposable...)
- **Le réseau en aval de la prise en charge sanitaire :**
 - L'existence d'un lieu pour se reposer et se soigner après une hospitalisation, l'accès aux médicaments ou à des actions d'éducation thérapeutique sont des dimensions importantes à prendre en compte dans le parcours de santé. C'est pourquoi nous nous demandons : comment s'organise la sortie du patient ?
 - Vers quels dispositifs ou structures sociales est-il orienté ?
 - Quels sont les manques sur le territoire ?

Durant les prochains mois nous tenterons de répondre à ces interrogations afin de réaliser un diagnostic des prises en charge socio-sanitaires actuelles sur l'agglomération de Saumur, à partir des manques identifiés, des ruptures dans les prises en charge afin de construire un parcours de santé plus fluide et plus coordonné prenant en compte les problématiques spécifiques des personnes en situation de très grande précarité avec un accès au droit commun.

Questionnaire envoyé à la coordination SDF

Le Parcours de santé des personnes en situation de précarité

Du Grand Saumurois

Le repérage des problèmes de santé

Quels sont les problèmes de santé les plus récurrents ?

Quelles sont les difficultés rencontrées par les bénévoles de maraudes dans l'accompagnement vers le soin ?

Ont-ils des personnes ressources sur qui s'appuyer en cas de questions ? (équipes mobiles, adulte-relais dans un quartier, médecin généraliste, acteur de la coordination SDF par exemple...)

Se sentent-ils suffisamment informés sur les dispositifs de santé existants prenant en charge les personnes en situation de très grande précarité ?

Des transports ou des accompagnements physiques sont-ils organisés pour aller chez un médecin ou à la PASS ?

L'ouverture des droits

Vers quel dispositif les bénévoles ou professionnels orientent-ils les SDF pour ouvrir leurs droits? (PASS ? CCAS ? CPAM ?)

Quelles difficultés rencontrent-ils dans cette démarche ? Qui s'occupe de la domiciliation ?

La prise en charge sanitaire

Vers qui les professionnels ou bénévoles accompagnants les SDF se tournent-ils lors de problèmes plus spécialisés comme des problèmes dentaires, optiques ? Est-ce la PASS ? Ou un autre dispositif ?

Lorsque l'accès à un interprète n'est pas possible, vous parlez de réseau d'entraide, en quoi cela consiste ? Quelle organisation ?

Le réseau en aval de la prise en charge sanitaire et la continuité des soins

Comment s'organise la sortie du patient ?

Des lieux de repos sont-ils organisés ?

Vers quels dispositifs ou structures sociales la personne est-elle orientée ? (hébergement d'urgence ? CHRS ? Ou dans la plupart des cas elle retourne à la rue ?)

Comment les travailleurs sociaux accompagnent-ils des personnes avec des pathologies très graves comme des cancers ?

Quelles sont leurs difficultés ?

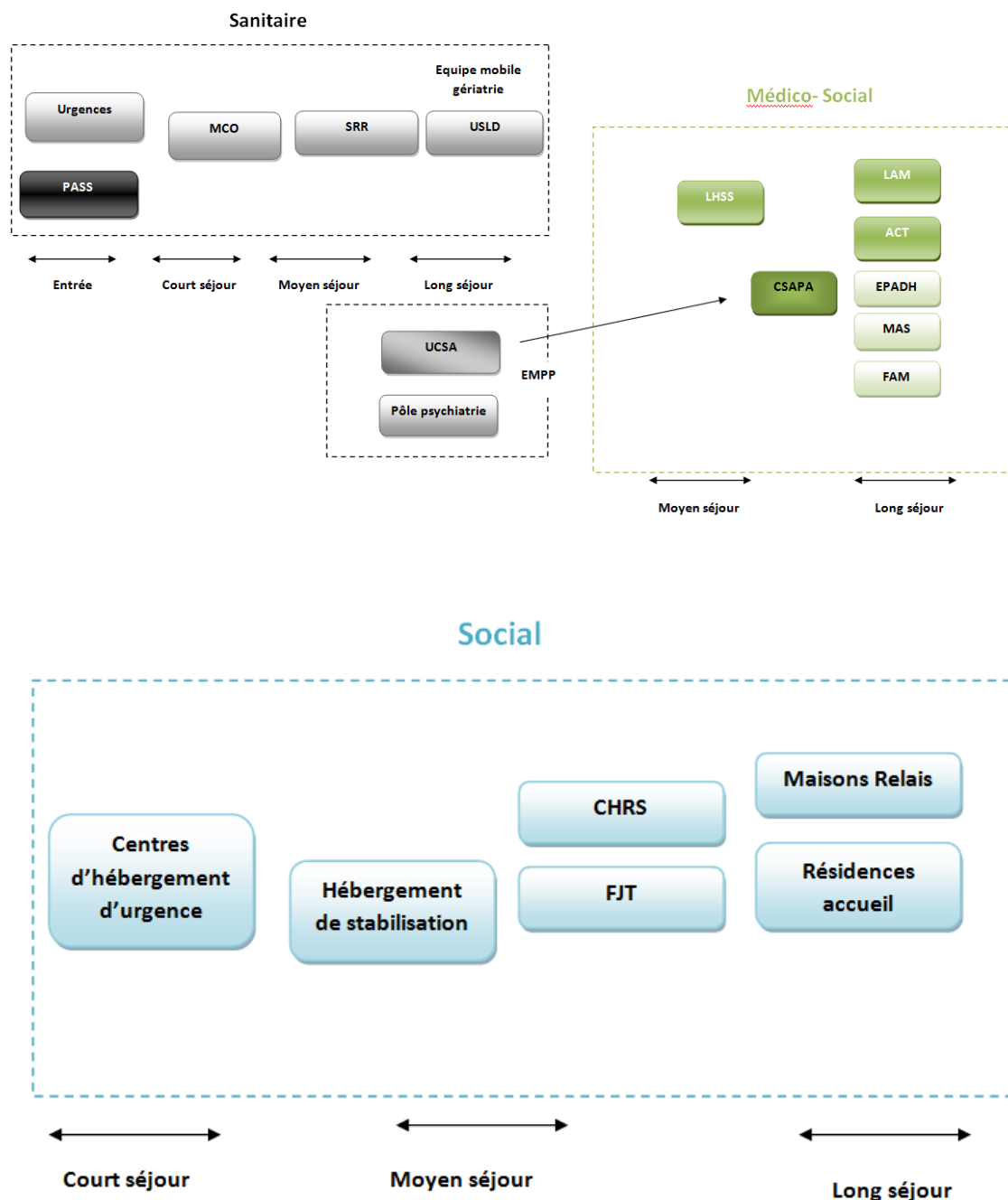
Le travail en réseau

Les bénévoles et professionnels ont-ils accès à un réseau informel en cas de questions ?

Comment gèrent-ils des situations de cas dit « cas complexes » (pathologies très graves) ?

Ont-ils des outils à disposition comme des fiches-contact par exemple ?

Annexe 5 : Schéma présentant la place du DCA et des différents dispositifs intervenant dans la prise en charge socio-sanitaire des personnes en situation de précarité



Le DCA intervient pour fluidifier les parcours entre le pôle MCO :


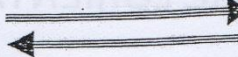
- et les dispositifs d'aval sanitaires de moyen et long séjour : SSR, USLD etc.
- et les dispositifs d'aval médico-sociaux

Les dispositifs sanitaires et médico-sociaux en couleur plus foncées sur le schéma sont des dispositifs spécialisés dans la prise en charge des personnes en situation de précarité

Annexe 6 : Exemples de fonction d'appui aux professionnels de santé

Le Réseau Médico-social de Lorient/Lanester

Fiche de Liaison entre le travailleur social et la coordinatrice du réseau

	FICHE DE LIAISON	
	Réseau Médico-Social Lorient/Lanester	
TRAVAILLEUR SOCIAL <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> COORDINATRICE
ENTRANT DANS LE RESEAU		
NOM : PRENOM : Date de naissance :		
NOM de jeune fille pour les femmes mariées :		
ADRESSE : Ou venant de		
N° de Sécurité Sociale : _____ / _____		
ORIENTE(E) PAR (Nom, coordonnées professionnelles)		
.....		
PRISE EN CHARGE 1^{re} CONSULTATION AVEC TIERS PAYANT		
DELIVREE :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	Le 2002	
SYNTHESE DE LA SITUATION		
.....		
Date :	Signature :	
<hr/>		
Réseau Médico-Social Centre Communal d'Action Sociale 50 cours de Chazelles 56100 LORIENT		Téléphone : 02 97 02 23 67 Portable : 06 81 53 64 93 Fax : 02.97.02.23.47

Outil du Réseau Médico-social : le volet consultation tiers payant

RESEAU MEDICO-SOCIAL
LORIENT LANESTER

1^{ère} CONSULTATION 1/3 PAYANT

Délivré de

BENEFICIAIRE

Le demandeur

Nom (de naissance suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage).....
Prénoms..... Date de naissance.....
N° de Sécurité Sociale.....
Adresse.....
Code Postal..... Commune.....

Est orienté par : Date de délivrance par le CCAS.....

.....
.....
.....

Cachet du CCAS

A COMPLETER PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE

Date de la consultation :..... Codification des actes.....

- Montant des honoraires facturés..... La part légale doit être réclamée directement
près de la CPAM via la carte vitale.

- Montant du ticket modérateur à régler par le CCAS.....

Délivrance d'une ordonnance Pharmacie Soins infirmiers Autre
(Préciser la nature)

Nécessité d'un suivi de soins oui non

Cachet du praticien..... Signature du praticien.....

CIRCUIT

Le professionnel de santé utilise donc la carte vitale de l'assuré afin d'émettre une feuille de soins électronique pour la part légale.

En l'absence de complémentaire, le professionnel de santé adresse ce document au Réseau Médico-social qui assurera le paiement du ticket modérateur.

Document à adresser en retour à :

Corinne DANTEL
Coordnatrice du Réseau Médico-social
CCAS
50, cours de Chazelles - 56100 LORIENT
Tél. 02 97 02 23 67

Logigramme d'action du réseau ARESPA¹¹⁹



¹¹⁹ Modalités d'interventions < <http://arespa.org/modalites.html> > 21/08/2015

Annexe 7 : Méthode utilisée des enquêtes citées

Fors, 2012, « L'hébergement dans le logement d'un tiers. Les solidarités privées à l'épreuve, dans un contexte de crise du logement », *Recherche sociale*, n° 203

« L'étude s'est déroulée en trois phases

- Une première phase d'enquête par questionnaire visant à identifier 6 catégories de publics pouvant faire l'objet d'approfondissements
- Une deuxième phase de revue de la littérature devant permettre de mieux préciser le contenu des auditions pour chacun des publics retenus
- Une troisième phase visant à recueillir le point de vue de personnes qualifiées au travers la réalisation d'auditions collectives et individuelles »

6 personnes ont été auditionnées pour chaque public retenu.

Chardon, O, et al, des familles monoparentales des difficultés à travailler et à se loger, division enquêtes et études démographiques, INSEE, 2008.

« Les résultats proviennent des enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2007.

Les situations familiales, comme la structure par âge, correspondent à des structures moyennes sur les quatre années de collecte.

Les effectifs donnent une estimation des niveaux atteints au 1er juillet 2005.

Dans ces enquêtes, les personnes déclarent directement leur situation vis-à-vis de l'emploi.

La situation déclarée peut être différente de celle qui serait déterminée à partir des définitions édictées par le Bureau international du travail (BIT). Ces définitions s'appuient sur plusieurs critères que seule l'enquête Emploi permet de vérifier.

Le nombre de personnes se déclarant spontanément au chômage est notamment plus élevé que le nombre de chômeurs au sens du BIT. »

ORS, Diagnostic Flash Saumur 2013, ARS Pays de la Loire, 2013

Définition tirée du rapport d'activité 2013 de l'ARS Pays de la Loire

« Les diagnostics flash fournissent un ensemble de données statistiques sur les territoires de santé de proximité (TSP), dans l'objectif d'apporter des instruments d'aide à la décision aux différents acteurs de la politique de santé. Un catalogue de données a ainsi été défini, de façon à illustrer différents axes, soit directement sur les données de santé, soit sur des thématiques connexes populationnelles. Ils s'inscrivent dans la suite des actions décidées par l'Agence dans le courant 2012 pour outiller les Délégations territoriales d'éléments objectifs afin de faciliter le déploiement de projets de déclinaison infra-territoriale du PRS pouvant faire l'objet de Contrats locaux de santé.

Ils sont composés de blocs d'indicateurs offrant une vision globale des problématiques de santé dans un TSP:

- caractéristiques sociodémographiques;
- santé des populations;
- problèmes de santé;
- déterminants de santé;
- offre de soins de premier recours;
- recours aux soins hospitaliers;
- participation aux dépistages organisés des cancers;
- périnatalité;
- offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap; • offre d'accompagnement des personnes âgées. »

Despres, C, « le renoncement aux soins pour raisons financières analyse socio-anthropologique », série études et recherches, DREES, n°119, 2012

« Des entretiens non directifs ont été menés dans la région métropolitaine de Lille et ses marges (Armentières, Templeuve, Bercey). Trente-cinq entretiens ont été menés

Ce matériel empirique a été complété par des questionnaires issus de 38 entretiens cognitifs, dont l'objectif principal était de mieux comprendre comment les sujets s'appropriaient la question sur le renoncement aux soins dans l'enquête ESPS, et identifier des sources de variations de réponses pouvant risquer de biaiser l'analyse statistique »

InVS « Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011 », InVS rapport technique, 2011, 78 pages.

« Vingt-cinq localisations cancéreuses ont été analysées. Ces localisations ont été sélectionnées sur la base de leur fréquence et/ou de leur intérêt en termes de santé publique.

Certains choix ont été également guidés selon des considérations techniques, notamment lorsque l'identification de certains sites n'était pas suffisamment fiable.

Cas

Les données d'incidence enregistrées au niveau de la base commune sont validées selon une procédure fournie par l'International Agency for Research on Cancer.

La topographie et la morphologie des tumeurs sont codées selon la Classification internationale des maladies oncologie 3e révision.

Les règles suivantes étaient appliquées:

1) seuls les comportements invasifs étaient considérés pour le calcul des taux d'incidence – ceci étant vrai également pour les tumeurs de la vessie et du système nerveux central ;

2) Pour les tumeurs solides, toutes les morphologies étaient incluses, à l'exception des morphologies de type hématologique. Les cancers de la peau, autres que les mélanomes, sont exclus de ce travail, en raison de la non-exhaustivité de leur enregistrement. Ils ne contribuent pas à la localisation intitulée "tous cancers".

Dans le cadre de ce travail, les données d'incidence comportaient 611 652 cas diagnostiqués entre le 1er janvier 1975 et le 31 décembre 2003.

Décès

Les données de mortalité ont été fournies par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm, CépiDc). Tous les décès par cancer (4 194 296 cas enregistrés de façon anonyme) survenus en France entre le 1er janvier 1975 et le 31 décembre 2004 étaient enregistrés dans la base commune avec comme information l'année de décès, le département de résidence, le sexe, l'âge au décès, et la localisation du cancer (codée en CIMO 8, 9 et 10). Données de population Les données de population ont été fournies par l'Institut de statistique et des études économiques (Insee) pour chaque département et pour chaque année de 1975 à 2006. Ces données sont une estimation du nombre de "survivants" d'âge révolu au 1er janvier de chaque année par sexe. Pour les âges supérieurs à 99 ans, l'Insee fournit le nombre de survivants ayant atteint 99 ans et plus au 1er janvier »

Médecins Du Monde, contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité en France, 2013.

« Un questionnaire a été réalisé. Celui-ci était volontairement très court, afin de ne pas perturber les autres consultations menées dans les Casos et faciliter la participation des patientes. La durée moyenne de passation était inférieure à 7 minutes.

L'enquête a été réalisée auprès de toutes les femmes âgées de 14 ans ou plus se présentant dans 5 Casos de Médecins du Monde (Paris, Saint-Denis, Bordeaux, Nice et Marseille) pour une consultation médicale.

Le recueil de données a eu lieu du 4 au 15 février 2013. Après information sur les objectifs de l'enquête et le contenu du questionnaire et accord de leur part, le questionnaire (annexe 1) était administré par le médecin ou les équipes de prévention (personnel médical ou paramédical) avant ou après la consultation médicale. L'enquête s'est déroulée

dans un espace clos réservé à cet effet. Les personnes en charge de la passation des questionnaires ont reçu préalablement au démarrage de l'enquête une information sur les objectifs et le déroulement de l'étude et une formation sur la passation des questionnaires.

Pour les femmes peu ou pas francophones, le questionnaire était réalisé à l'aide d'un interprète professionnel de ISM interprétariat par téléphone.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS (version 21.0.0.0). ».

ORS île de France, INVS, INPES, ministère des affaires sociales et de la santé, « alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire », étude Abéna 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005, 2013.

« Les personnes interrogées étaient les usagers de l'aide alimentaire fréquentant les centres de distributions d'aide alimentaire localisés dans six territoires : Paris, Marseille, Grand-Dijon, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Hauts-de-Seine.

L'étude a été conduite selon un schéma d'étude transversale comparable à celui utilisé dans Abéna 2004-2005 (1), avec un recrutement des sujets sur une période allant de novembre 2011 à mi-avril 2012.

Les personnes à inclure ont été tirées au sort selon un plan stratifié à deux degrés :

- dans un premier temps, tirage au sort des structures distribuant de l'aide alimentaire et dans un second temps, tirage au sort des usagers au sein de chaque structure sélectionnée. Base de sondage des structures de distribution d'aide alimentaire
- Préalablement à l'étude, un recensement des structures à visée exhaustive a été effectué au cours du premier semestre 2011 pour les six territoires retenus.
- Afin d'identifier l'ensemble des structures susceptibles d'être incluses dans l'enquête et réaliser le tirage au sort, 21 questionnaires ont été adressés à tous les responsables des associations recensées. Il comprenait des questions sur le type d'aide alimentaire distribuée, le nombre d'usagers et le nombre de paniers, de repas, ou de chèques, bons d'achats ou remboursements distribués par jour. Des questions sur les périodes d'ouverture (jours et horaires) ont par ailleurs permis de prévoir l'organisation de l'enquête.

[...] A partir de l'expérience de la première étude, le taux de réponse favorable était estimé à un maximum de 30%, conduisant, sur la base de 400 personnes par territoire incluses dans le volet questionnaire, à réaliser ce volet auprès de 120 personnes par territoire, soit un effectif théorique total de 720 examens. »

Laporte, A, et Chauvin, P, Enquête Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'île de France. INSERM, observatoire du Samu Social de Paris, 2010

« La méthodologie de l'enquête repose sur un sondage complexe (tirage des structures, des jours d'enquêtes et des personnes) de façon à obtenir un échantillon aléatoire de personnes sans logement fréquentant des services d'aide.

La pondération de l'échantillon (prenant en compte la probabilité d'inclusion de chaque enquêté et les fréquentations multiples des services au cours de la période d'enquête) a permis d'estimer la population francilienne sans logement personnel fréquentant les services d'aide.

Le questionnaire a été construit par une équipe de recherche pluridisciplinaire. Il est composé d'une partie sur la santé mentale et les addictions, et de modules visant à décrire les trajectoires sociales et les conditions de vie, inspirés d'enquêtes sur les sans domicile ou auprès de ménages ordinaires de la population générale.

Les personnes ont été interrogées par un binôme composé d'un enquêteur professionnel et d'un psychologue clinicien. Un psychiatre a été sollicité ultérieurement dès lors que les éléments cliniques recueillis par le psychologue suggéraient un possible trouble psychiatrique. Entre février et avril 2009, 840 personnes ont participé à l'enquête.

La pondération de l'échantillon permet d'estimer la population francilienne sans logement personnel fréquentant les services d'aide pendant la période d'étude à 21 176 personnes (IC95 % [17 582 ; 24 770]) »

MDM et ORS mip, observatoire de l'accès aux soins de la mission France, 2011-2012.

« Les données sont recueillies auprès des patients à l'aide de dossiers : social et médical [...] »

Des notices d'utilisation accompagnent ces dossiers, afin d'expliquer l'objectif de chaque question, d'aider à leur bon remplissage et de fournir des explications, quand cela est nécessaire, sur les dispositifs législatifs en cours. [...]

Chaque année, les dossiers socio-médicaux sont revus et modifiés si nécessaire en fonction des remarques et propositions des personnes qui les remplissent et des évolutions législatives qui peuvent avoir un impact sur les droits des personnes accueillies dans les Caso. [...]

Le traitement des données médicales a été réalisé selon deux approches.

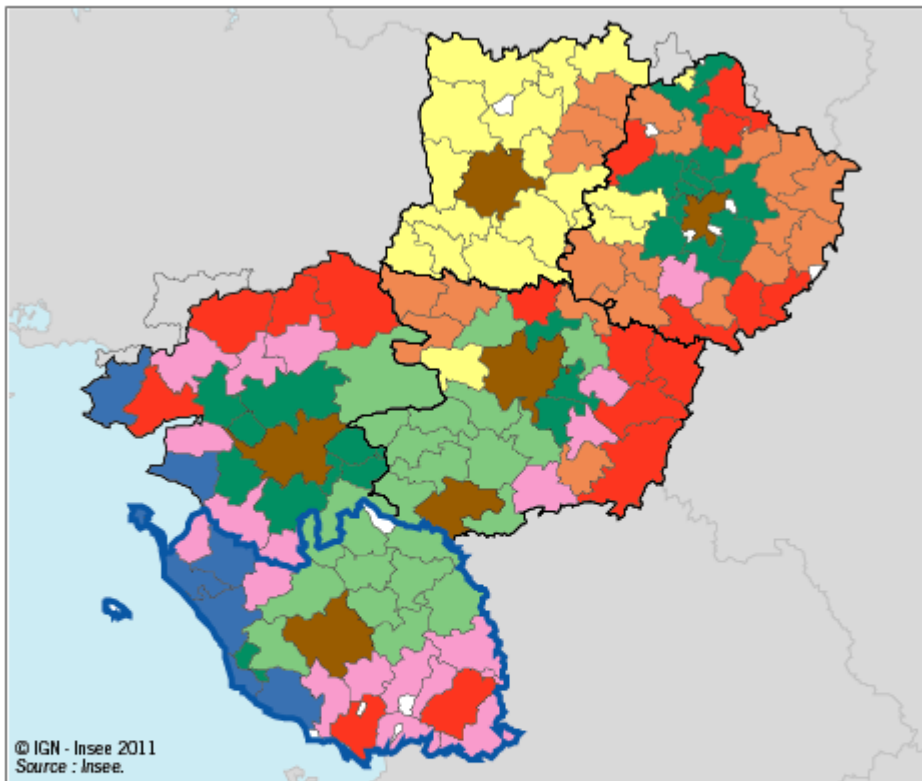
- Dans une première phase, l'analyse des données médicales a été réalisée à partir de l'ensemble des consultations réalisées au cours de l'année 2011 dans le but d'estimer le poids respectif de chacune des pathologies sur l'ensemble des consultations. Il ne s'agit pas ici de prévalences, dans la mesure où, au cours d'un même passage, certains patients ont pu bénéficier de plusieurs consultations ou se présenter aux consultations à plusieurs reprises au cours de l'année.
- Dans la suite des analyses, et en particulier pour toutes celles portant sur des populations spécifiques (mineurs, SDF, demandeurs d'asile...), le traitement des données médicales n'est plus réalisé à partir de l'ensemble des consultations délivrées, mais à partir des patients venus consulter, cela dans le but d'obtenir une estimation plus précise des prévalences des différents types d'affections dans ces populations [...] Les dénominateurs utilisés dans les analyses varient selon que l'on raisonne à partir de l'ensemble des consultations délivrées ou à partir de l'ensemble des patients venus consulter. »

ORSEME et AROMSA, *taux de non-recours aux mammographies sur 2013-2014, régime général-MSA, avril 2015*

« Recherche de femmes de 50 à 74 ans n'ayant pas bénéficié de mammographies (dépistage individuel et organisé) toujours affiliées à une des caisses de la région (RG + MSA). La notion de cmu-c se détermine par un contrat en cours à la date de la mammographie ou sinon par un contrat en cours ou partie du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014. Les actes CCAM pour mammographie unilatérale ont été exclues (seuls les actes pour mammographies de dépistage et pour mammographies bilatérale ont été ciblées). Les assurés ayant bénéficié d'une quelconque mammographie en milieu hospitalier en seront pas prises en compte. »

Annexe 8 : Territoires marqués par la précarité dans les Pays de la Loire

Huit familles de territoires au regard des disparités sociales



Typologie des EPCI :

- | | |
|---|--|
| ■ Territoires les plus confrontés à la précarité | ■ Territoires à faible précarité et à la population homogène |
| ■ Territoires au marché du travail fragile pour les jeunes | ■ Territoires assez préservés et équilibrés |
| ■ Territoires ruraux offrant des emplois relativement peu nombreux et diversifiés | ■ Agglomérations aux populations très hétérogènes |
| ■ Territoires accueillant des familles aisées et à faibles inégalités | ■ Territoires aisés, assez âgés et à fortes inégalités |

Lecture : les communes en blanc ne font pas partie d'un EPCI.

Annexe 9 : Territoires de Santé de proximité dans le Maine-et-Loire



NOTE D'OBSERVATION

PAOUS	Chloé	8 septembre 2015
Master 2		
Pilotage des politiques et actions en santé publique		
<Une méthode de développement social local : la construction d'un parcours de santé en direction des personnes en situation de précarité >		
Promotion 2014-2015		
<p>Résumé :</p> <p>L'ARS des Pays de la Loire et plus spécifiquement la délégation territoriale du Maine-et-Loire souhaite expérimenter la construction d'un parcours de santé en direction des personnes en situation de précarité. L'objectif étant de fluidifier les trajectoires et d'éviter les ruptures de la prise en charge sociale en amont du parcours de soins (prise en charge hospitalière et ambulatoire) au retour à domicile ou en structures médico-sociales en aval de ce parcours de soins. Les personnes ciblées prioritairement par ces parcours de santé sont les personnes sans domicile fixe ainsi que les personnes vivant au sein des quartiers prioritaire de la politique de la ville.</p> <p>Pour piloter et animer la construction du parcours de santé, deux échelons territoriaux ont été retenus : Le territoire de santé du Maine-et-Loire qui offre une vision globale des dispositifs et acteurs permettant une coordination stratégique des acteurs institutionnels. Les territoires couverts par les Contrats Locaux de Santé à savoir la ville d'Angers, le territoire du Choletais et le Territoire du Grand-Saumurois.</p> <p>L'expérimentation des parcours de santé en direction des personnes en situation de précarité se fera dans un premier temps sur le territoire du Grand-Saumurois et plus particulièrement sur la ville de Saumur puisqu'un nombre important de personnes sont en situation de pauvreté monétaire.</p> <p>La construction des parcours s'inscrit dans une méthodologie de développement social local c'est-à-dire : l'identification et l'association de tous les acteurs compétents et légitimes à participer à la construction des parcours de santé, la capitalisation des démarches et connaissances inspirantes d'un territoire en vue de diffuser « l'existant » et partir de « l'intelligence locale » afin de chercher des solutions aux ruptures observées dans les parcours de santé. L'objectif final étant une intégration des acteurs autour de la problématique de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p><parcours de santé, parcours de soins, précarité, exclusion, SDF, quartiers prioritaires, politique de la ville, contrat local de santé, intégration d'acteurs, développement social local, ARS, délégation territoriale, diagnostic, territoire de santé, territoire de santé de proximité></p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires :</i></p> <p><i>ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		