





Master 2

Promotion de la Santé et Prévention

Promotion: 2020 - 2021

Le Conseil départemental, acteur de promotion de la santé en faveur des publics en insertion

Analyse des enjeux et des interactions entre acteurs concernés par les dispositifs « insertion-santé », dans 11 conseils départementaux

Nolwenn CALVEZ Septembre 2021

REMERCIEMENTS

Ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour sans l'aide et le soutien de plusieurs personnes, à qui je souhaite témoigner ma gratitude.

Tout d'abord, je souhaite exprimer ma reconnaissance à ma tutrice de stage, Aude JOURDAN (directrice Insertion Emploi Logement Développement), pour sa bienveillance, son accompagnement, sa confiance tout au long de mon stage, ainsi que son soutien dans la réalisation de ce mémoire professionnel.

Je souhaite également remercier ma directrice de mémoire, Pascale PETIT-SENECHAL, enseignante en politiques sociales à l'Ecole Hautes Etudes en Santé Publique, pour sa disponibilité et son aide dans la réalisation de ce mémoire professionnel.

Je remercie également Fanny MINOR (cheffe du service RSA et accès aux droits), pour sa disponibilité, sa bienveillance et son accompagnement tout au long de la réalisation de la mission « RSA et santé ».

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes interrogées dans le cadre cette mission « RSA et santé ». Merci pour m'avoir accordé du temps et pour votre confiance.

J'aimerais également remercier les collègues et amis qui ont bien voulu m'aider en relisant mon mémoire. Merci à Éric, Sylvain, Jean-Baptiste et Vincent.

Enfin, je souhaite remercier ma famille, mes amis, mes camarades de promotion et mes collègues de travail pour leur soutien, leur écoute et leur bonne humeur durant cette année compliquée.

LISTE DES SIGLES UTILISES

AAH: Allocation Adulte Handicapée

ACS: Aide pour une Complémentaire Santé

ALD: Affection de Longue Durée

AME: Aide Médicale d'Etat

ARS: Agence Régionale de Santé

ARS29 : Délégation départementale du Finistère de l'Agence Régionale de Santé

AS: Assistant Social

CAF: Caisse d'Allocations Familiales

CD : Conseil Départemental

CD06 : Conseil Départemental des Alpes-Maritimes

CD19 : Conseil Départemental de la Corrèze

CD29 : Conseil Départemental du Finistère

CD33 : Conseil Départemental de la Gironde

CD49 : Conseil Départemental du Maine-et-Loire

CD54 : Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle

CD72 : Conseil Départemental de la Sarthe

CD90 : Conseil Départemental du Territoire de Belfort

CD92 : Conseil départemental des Hauts-de-Seine

CD93 : Conseil Départemental de la Seine-Saint-Denis

CDAS : Centre Départemental d'Action Sociale

CER: Contrat d'Engagement Réciproque

CERIS: Contrat d'Engagement Réciproque en Insertion Sociale

CI : Conseiller Insertion

CLS: Contrat Local de Santé

CMP: Centre Médico-Psychologique

CMU: Couverture Maladie Universelle

CMU-C: Couverture Maladie Universelle Complémentaire

COB: Centre Ouest Bretagne

CPAM: Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DAECG : Direction de l'Audit, de l'Evaluation et du Contrôle de Gestion

DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques

DIELD: Direction Insertion Emploi Logement Développement

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

ETP: Equivalent Temps Plein

FSE: Fond Social Européen

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INSEE: Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques

IREPS29 : Délégation Finistérienne de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

ISS: Inégalités Sociales de Santé

MDPH: Maison départementale des personnes handicapées

MSA: Mutualité Sociale Agricole

PDI: Plan Départemental d'Insertion

PDIE: Programme Départemental de l'Insertion et de l'Emploi

PMI: Protection Maternelle et Infantile

PRAPS: Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins

PSP: Promotion de la Santé et Prévention

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

ROP: Revue des Organisations et des Processus

RSA: Revenu de Solidarité Active

RQTH: Reconnaissance de la Qualité de Travaileur Handicapé

SIL: Service Insertion Logement

TS: Travailleur Social

VAD : Visite A Domicile

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I. Quelques éléments de contextualisation : histoire et définitions	1
II. Liens entre santé et précarité	6
III. Genèse de l'intégration des questions de santé en Finistère	8
IV. Présentation de la mission de stage	10
V. Problématique	10
METHODOLOGIE	11
I. Le choix de la matière du mémoire professionnel : la mission « RSA et santé »	11
II. Méthodologie de recueil de données	11
A. Une approche inductive	11
B. Le recueil de données empiriques	12
C. La réalisation d'une revue de la littérature afin de confirmer les hypothèses constituées	13
D. Des échanges informels et de l'observation participante permettant d'approfondir les doi	ınées
formelles recueillies	13
III. Une méthodologie de projets participative	13
IV. Les difficultés rencontrées	14
RESULTATS	15
I. Une volonté politique - prenant en considération la santé des bénéficiaires du RSA dans le	
parcours d'insertion - à la base de la réflexion	15
A. Une intégration des questions de santé à visée insertion : le respect des compétences du Conseil départemental	15
R. Un essar de la prise en compte des questions de santé : différents modèles evistants	
ο του ρεχώ τορ το οπίζο ρα ετάποιρ τος οπρείτους αρ είναιρ · απτρέρατε πουρρίος ργίςτουτς	/

C. Une volonté politique d'impulsion et des choix politiques influençant les cadres d'intervention	on
	. 22
II. Un accompagnement santé nécessaire, partenarial et délimité dans le cadre d'un parcours	
d'insertion	. 27
A. Un accompagnement à deux têtes : le partenariat entre professionnels de santé et	
professionnels de l'insertion et du social	. 27
B. Un accompagnement limité par l'objectif d'insertion affiché	. 36
C. Un accompagnement nécessaire face à une prise en charge santé semée d'embûches	. 39
III. La santé, objet d'un accompagnement devant respecter la liberté individuelle de la personi	ne
accompagnée	. 45
A. Un sujet intime, objet d'une démarche d'insertion	. 45
B. Un accompagnement respectant l'individualité de l'usager : condition sine qua non de	
l'efficacité	. 49
CONCLUSION	. 55
BIBLIOGRAPHIE ET SITOGRAPHIE	. 59
LISTE DES ANNEXES	. 65

INTRODUCTION

« La santé est très influencée par le milieu social et, en France, les inégalités sociales de santé sont repérables et responsables d'environ 20% de la mortalité annuelle » (Rayssiguier et al., 2018). En effet, malgré un effort certain de socialisation des risques liés à la santé, par le biais de la sécurité sociale, la France est le pays d'Europe occidentale dans lequel les inégalités sociales de mortalité sont les plus marquées. Ce constat établit une corrélation entre la santé d'un individu et sa situation sociale: le gradient social de santé. Autrement dit, « plus un individu occupe une position socioéconomique défavorable moins il est en bonne santé » (Rayssiguier et al., 2018). Pourtant, de nombreux dispositifs prenant en charge la santé des personnes en situation de précarité ont été élaborés (Couverture Maladie Universelle (CMU), Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), etc.) (Académie Nationale de Médecine, 2017). Malgré l'existence de multiples dispositifs, les bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA) sont 19% à déclarer être en mauvais ou très mauvais état de santé, contre 5% dans l'ensemble de la population (Moisy, 2014). Des efforts supplémentaires, afin de faciliter l'accès aux soins des personnes précaires en mauvaise santé, doivent donc être mis en œuvre (Académie Nationale de Médecine, 2017). C'est dans cette perspective que le Conseil départemental du Finistère (CD29) met en place, depuis 2014, une démarche de santé dans ses politiques d'accès aux droits et d'insertion. Néanmoins, avant d'expliciter les missions de stage confiées, il est nécessaire dans un objectif de clarté, de revenir sur la construction historique des champs sanitaire et social, de laquelle découle les compétences actuelles dans les domaines sanitaire et social.

I. Quelques éléments de contextualisation : histoire et définitions

D'après Serge Paugam, la « pauvreté dérange car elle est l'expression d'une inégalité difficilement acceptable dans une société globalement riche et démocratique. Les pauvres ne représentent-ils pas le destin auquel les sociétés modernes ont cru pouvoir échapper ? » (Paugam, 2013). Il est vrai que la lutte contre la pauvreté a une longue histoire qui démarre au Moyen-âge dans une logique caritative. En effet, la charité des plus riches permettait de faire fonctionner les institutions hospitalières en majorité religieuses. Avec la Renaissance apparaît l'assistance publique qui résulte notamment de la création des « bureaux des pauvres » dans les grandes villes, marquant ainsi « une première forme d'intervention sociale de l'Etat et des collectivités publiques » (Rayssiguier et al., 2018). Néanmoins ce n'est qu'en 1789 que le droit à l'assistance est consacré : « Tout homme a le droit à sa subsistance par le travail s'il est valide, par les secours gratuits s'il est hors d'état de travailler. » (Rayssiguier et al., 2018). Cependant, il faudra attendre l'élaboration des législations sociales au XXème siècle pour que ce droit soit applicable, dont la création de la sécurité sociale, en 1945, mêlant ainsi

assurance sociale et assistance. Ces deux piliers de la protection sociale reposent sur la règle suivante « chacun contribue à un « pot commun » en fonction de ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins » (Rayssiguier et al., 2018). Si la logique d'assurance permet de protéger les travailleurs des risques sociaux en contrepartie de versement de cotisations sociales, la logique d'assistance, elle, intervient pour protéger les ménages les plus modestes des risques sociaux sans contrepartie. Ainsi, au sein de la protection sociale¹, on peut distinguer trois formes principales d'interventions sociales : la sécurité sociale, l'aide sociale, et l'action sociale. Si d'autres formes de protection sociale existent (régime d'assurance chômage, régimes de retraite complémentaire, mutualités et institutions de prévoyance, etc.) (Rayssiguier et al., 2018), elles ne seront pas développées ici car cela n'est pas utile pour le traitement de notre sujet.

La sécurité sociale, créée par une ordonnance du 4 octobre 1945, a été élaboré afin d'apporter une réponse à quatre catégories de risques sociaux : « les risques maladie, maternité, invalidité, décès » ; « les risques accident du travail et maladie professionnelle » ; « les risques vieillesse (retraite) et veuvage » ; « le risque famille entendu au sens compensation des charges de famille » (Rayssiguier et al., 2018). A travers les prestations qu'elle verse, la sécurité sociale évite à une grande partie de la population de basculer dans la pauvreté. La sécurité sociale étant le socle organique de la protection sociale, le rôle et l'importance des autres formes de protection sociale sont largement déterminées par les lacunes de cette dernière (Rayssiguier et al., 2018).

Ainsi, « héritière du devoir de charité religieuse, l'aide sociale est la plus ancienne forme de protection sociale » (Rayssiguier et al., 2018). En effet, autrefois, on parlait de devoir d'assistance, ce n'est donc que dans les années 1950 que ce terme laisse place à celui d'aide sociale. L'aide sociale entend « répondre à l'état de besoin des individus dans l'impossibilité d'y pouvoir par eux-mêmes » (Rayssiguier et al., 2018). Cependant, elle est mise en œuvre dans un cadre très précis. En effet, elle est issue d'obligations législatives et obéit au principe de spécialité, c'est-à-dire qu'elle entend fournir des moyens de subsistances à des personnes pauvres certes, mais pour répondre à des besoins spécifiques. A contrario, l'action sociale a des limites plus floues : elle regroupe l'ensemble « des moyens légaux ou extralégaux mis en œuvre en vue de venir en aide aux personnes les plus fragiles : personnes en difficulté sociale, personnes handicapées ou âgées... » (Rayssiguier et al., 2018). L'action sociale, elle, est plus récente que l'aide sociale, et n'est définie officiellement que depuis la loi du 2 janvier 2002 (Rayssiguier et al., 2018). Lors de nos développements, il sera question de l'action sociale

-

¹ La protection sociale peut être définie de la manière suivante : « l'organisation de mesures collectives en vue de garantir solidairement les individus contre les situations d'existence susceptibles d'affecter leur sécurité économique, et auxquelles la société reconnaît une importance particulière à l'aune de ses représentations de la solidarité » (Rayssiguier et al., 2018).

légale, puisque le RSA, issu de la loi du 1er décembre 2008, en constitue l'une des figures emblématiques et qu'il s'agit du dispositif étudié dans le cadre de ce mémoire.

Ainsi, les lois de décentralisation du 7 janvier et 22 juillet 1983 modifient la répartition des compétences entre communes, départements, régions et Etat. De ce fait, le département se voit confier la gestion d'un grand nombre des compétences sociales (aide sociale et action sociale). Ensuite, la position du département est réaffirmée avec la loi du 13 aout 2004, qui le désigne comme chef de file de l'action sociale, déléguant ainsi la charge du revenu minimum d'insertion (RMI) (loi du 1^{er} décembre 1988) – devenue RSA avec la loi du 1^{er} décembre 2008 – aux conseils départementaux (Rayssiguier et al., 2018).

Par ailleurs, l'élaboration du RMI intervient dans un contexte de transformation des populations pauvres. En effet, à la suite du premier choc pétrolier de 1973, la pauvreté prend un nouveau visage : la figure de la pauvreté n'est plus le retraité, mais le jeune travailleur pauvre ou le jeune au chômage. Ainsi, à partir de 1973, le chômage s'installe, et la pauvreté réapparait dans les années 1980. Néanmoins c'est dès 1974 que René Lenoir, alors haut fonctionnaire, évoque dans son ouvrage <u>Les exclus</u> le fait que dans une société d'abondance, « on oublie qu'une part considérable de la population vit encore avec des ressources insuffisantes » (Rayssiguier et al., 2018). C'est à cette occasion qu'apparait le terme d'exclusion sociale. Il désignera d'abord les exclus du travail, puis les exclus du logement, avant de recouvrir un très large panel de situations. On parlera alors de « phénomène de rupture » avec l'environnement familial, social, amical, etc. (Bréchat & Lebas, 2012). Cette notion dépasse celle de la pauvreté, il s'agit d'un processus quand la pauvreté est un état : on est pauvre et on devient exclu. Mais de quoi parle-t-on quand on évoque la notion de « pauvreté » ?

Plusieurs définitions de la pauvreté coexistent, néanmoins nous n'aborderons que les conceptions essentielles à notre propos. La pauvreté absolue est la définition la plus restrictive de la pauvreté. Elle correspond au fait que l'on ne peut satisfaire les besoins de base à savoir manger, se vêtir, ou se loger. La pauvreté relative est la conception la plus souvent utilisée. C'est une vision en termes d'inégalités de revenus. Techniquement il s'agit d'un seuil en-dessous duquel la personne est considérée comme pauvre (Charbonnel, 2014). Ainsi selon l'Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE), une personne est considérée comme pauvre en France quand « ses revenus mensuels sont inférieurs à 867 euros ou à 1 041 euros selon que l'on utilise le seuil à 50 % ou 60 % du niveau de vie médian (Insee, données 2017). » (À quels niveaux se situent les seuils de pauvreté en France ?, 2020). Enfin la pauvreté administrative est en quelque sorte la vision de la pauvreté par l'administration, puisque les pauvres sont les « personnes qui bénéficient des prestations visant à atténuer la pauvreté et la précarité » (Pauvreté et précarité en chiffres, 2016). Enfin, peu importe la

définition retenue, selon les périodes 10 à 15% de la population française peut être considérée comme pauvre (Charbonnel, 2014).

Cependant une autre notion émerge depuis quelques décennies, il s'agit de la précarité, plus large que la pauvreté et l'exclusion. Cette notion est définie, par Joseph Wresinski dans son rapport présenté au Conseil économique et social en 1987, comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux » (Conseil économique et social, 1987). La précarité « conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible » (La pauvreté et l'exclusion sociale, des réalités difficiles à définir - Le site du CNLE, 2012). Ainsi, les notions de précarité et pauvreté sont des notions multidimensionnelles, qui ne se résument pas à une dimension strictement économique.

Ce changement de paradigme - de la société d'abondance des trente glorieuses à l'émergence d'une précarité multidimensionnelle pouvant conduire à la pauvreté et l'exclusion sociale – conduit à une inflexion des politiques publiques, de laquelle découle la création du RMI. « Véritable révolution juridique et sociale » ((Rayssiguier et al., 2018; Vanlerenberghe, 1992), le RMI associe un droit objectif à une prestation financière et une démarche d'insertion élaborée avec l'allocataire. De cette manière le RMI remplit un double objectif en luttant contre la pauvreté et les exclusions et inscrivant les bénéficiaires dans une démarche d'insertion professionnelle ou sociale. Le RSA remplace en 2008 le RMI, « l'allocation de parent isolé et les différents mécanismes d'intéressement à la reprise d'activité », instituant « un système d'intéressement permanent » (Rayssiguier et al., 2018), à la différence des anciens dispositifs qui avaient une durée limitée. Enfin, la loi du 17 août 2015 crée la prime d'activité, remplaçant ainsi le RSA-activité et la prime pour l'emploi (Rayssiguier et al., 2018).

Malgré ces efforts, les situations de pauvreté persistent parmi les allocataires du RSA, puisque 57% des bénéficiaires du RSA sont pauvres en conditions de vie en 2012, contre 14,3% en population générale (Rayssiguier et al., 2018). Aussi, plus que jamais l'action du Conseil départemental apparait centrale dans l'univers des politiques publiques, au regard de ses compétences.

Pourtant, ces chiffres doivent être nuancés au regard de l'objet étudié. Selon l'INSEE, la Bretagne est la région où le taux de pauvreté est le plus faible en 2018 (10,8%), par ailleurs le taux de pauvreté du Finistère est similaire à la moyenne régionale en 2017 (10,6%). Ainsi selon l'INSEE en 2017, sur les 101 départements français, le Finistère est le huitième département avec le plus faible taux de pauvreté. Cependant ces chiffres ne rendent pas compte des disparités locales, puisque c'est dans

l'agglomération de Brest et le Pays de Centre Ouest Bretagne (COB) finistérien que la majeure partie des ménages pauvres sont domiciliés (Conseil département du Finistère, 2019) (INSEE, 2020).

De surcroit, comme nous l'évoquions en préambule, l'augmentation de la précarité n'est pas sans effet sur la santé. Les inégalités sociales de santé (ISS) progressent en France et les populations précaires représentent l'extrême. Aussi, « les personnes en situation précaire cumulent les facteurs de risque et les maladies et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres » (HCSP, 2009) » (Bréchat & Lebas, 2012). Au regard de ce constat, les domaines du social et de la santé semblent être intimement liés. Pourtant la santé ne fait pas partie des compétences du Conseil départemental, mais de l'Etat représenté en région par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Si les deux institutions obéissent à deux logiques différentes, l'une décentralisatrice et l'autre de déconcentration, elles opèrent traditionnellement dans leur domaine respectif séparément. Obéissant à des cultures professionnelles différentes, la coopération entre acteurs du champ social et du champ sanitaire soulève des enjeux anciens.

« Au cours du 19ème siècle se créent des « œuvres sociales » ayant pour objectif « d'éradiquer la pauvreté » (Comité Régional du Travail Social de Bretagne, 2020). La santé est alors prise en compte, notamment la tuberculose et la mortalité infantile. On parlait de visiteuse médicale et sociale. Néanmoins, face au besoin de monter en compétences, la spécialisation dans deux disciplines différentes intervient. C'est ainsi qu'apparaissent deux écoles distinctes : l'école professionnelle d'assistance aux malade et l'école pratique de service social. La distinction intervient réellement lors de la réglementation de ces deux professions par la création de deux diplômes d'Etat : en 1922 pour la profession d'infirmière et en 1932 pour le service social. Ainsi, « la mention de la santé est toutefois intrinsèque au rôle des services sociaux dont il est dit qu'ils « contribuent avec succès au relèvement du niveau social des familles de leur ressort, en faisant œuvre d'éducation et de préservation dans les domaines de l'assistance, de l'hygiène de la santé et de la vie sociale en général » (rapport au président de la République Française, 12 Janvier 1932, JO du 3 février 1932 in Pascal, 2014, p.86). » (Comité Régional du Travail Social de Bretagne, 2020). Par conséquent, ce ne sont pas tant les métiers qui ont conduit à une segmentation, mais la structuration progressive de leurs institutions et de leurs législations puisque depuis toujours les deux professions sont intimement liées (Comité Régional du Travail Social de Bretagne, 2020). Plus spécifiquement, la loi hospitalière du 31 décembre 1970 marque une distinction entre les personnes ayant besoin d'être aidées pour se réinsérer professionnellement et/ou socialement, et celles ayant besoin de soins (Jaeger, 2012).

Ainsi dès 1923, le ministre de l'hygiène, de l'assistance, et de la prévoyance sociale alertait sur un possible « gaspillage des générosités et des dévouements ». De la même manière en 1936, le Front

populaire soulignait un manque de coordination entre les deux champs, entrainant un manque de rendement financier (Comité Régional du Travail Social de Bretagne, 2020). Par conséquent aujourd'hui, la coopération semble être complexe dû à plusieurs raisons : « une culture de collaboration institutionnelle encore difficile (ARS, Conseils généraux, Conseils régionaux,... etc.), des dispositifs, des financements et des législations cloisonnés, une culture interprofessionnelle encore balbutiante » (Dollet, 2014). Sur ce dernier point, cela n'est pas tout à fait vrai. Des professionnels de santé travaillent dans les institutions sociales et des travailleurs sociaux (TS) travaillent dans les établissements de santé (Comité Régional du Travail Social de Bretagne, 2020). Cela favorise l'émergence d'une culture professionnelle commune. Par exemple, sur le département du Finistère, avant février 2020, des infirmières polyvalentes étaient intégrées aux équipes des services sociaux départementaux : les centres départementaux d'action sociale (CDAS).

En résumé, le rapprochement des domaines du sanitaire et du social n'est pas une question nouvelle. Depuis les années 1990, l'hyperspécialisation des politiques est questionnée. Ces séparations « ont certes permis l'émergence de professionnels compétents dans leur domaine [...] [mais] sont pourtant artificielles si l'on se tourne vers les besoins de l'usager, être complexe et unique » (Rayssiguier et al., 2018). Ce constat nous invite à examiner de plus près les liens entre santé et précarité.

II. Liens entre santé et précarité

De nombreux travaux ont montré les liens entre la santé d'un individu et sa situation sociale, que cela soit dans un sens ou dans l'autre. Effectivement, si le processus de précarisation peut avoir un impact négatif sur l'état de santé (physique et psychique), ces problèmes de santé peuvent également maintenir la personne dans une situation de précarité en devenant un frein à l'insertion de la personne (Labbé et al., 2007). A contrario, la précarité peut découler d'un problème de santé, telle qu'une maladie chronique, un handicap, des troubles psychiatriques, etc. (Académie Nationale de Médecine, 2017). Peu importe le sens du lien, ces deux problématiques sont liées. En effet, l'étude des ISS – par la mesure des écarts de santé entre les groupes sociaux selon un gradient social de santé montre que « les comportements à risque, le non-recours aux soins, les données de santé, les troubles psychologiques et la mortalité sont d'autant plus perturbés que les catégories sociales sont plus défavorisées (Galobardes, 2003 ; Krokstad, 2002 ; Mackenbach, 1996 ; Marmot, 1991 ; Osler, 2000 ; Wardle, 2003). » (Labbé et al., 2007). De la sorte, l'individu en difficulté doit être accompagné de manière globale.

Pour ce faire, il apparaît opportun d'adopter une approche de promotion de la santé qui n'est autre qu'un « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. » (Rayssiguier et al., 2018). Afin de parvenir à cet objectif, la

charte d'Ottawa, texte fondateur de la promotion de la santé, nous enseigne qu'il faut agir autant sur le niveau individuel que collectif à travers cinq axes d'intervention qu'il convient d'avoir à l'esprit lorsqu'on décline un dispositif de promotion de la santé : « le développement de politiques publiques saines, la création de milieux favorables à la santé, le soutien de l'action communautaire, le développement d'aptitudes individuelles, et la réorientation des services de santé. » (Rayssiguier et al., 2018). Enfin, la promotion de la santé aspire alors à améliorer les conditions de vie et les styles de vie qui favorisent la santé, autrement dit elle agit sur la santé en agissant sur ses déterminants (Rayssiguier et al., 2018).

L'approche par les déterminants a été conceptualisée à plusieurs reprises. Par exemple, le modèle québécois (voir annexe n°4) considère que 4 niveaux interagissent (caractéristiques individuelles, milieux de vie, systèmes, et contexte global), dans un espace spatio-temporel, influençant ainsi in fine l'état de santé de la population. De ce fait, les caractéristiques socio-économiques peuvent agir sur la santé des populations, de même que le système de santé et les services sociaux. A noter que les domaines sanitaire et social sont inscrits dans un seul système : « système de santé et de services sociaux ». Aussi selon cette approche, les services sociaux et de santé sont à appréhender ensemble.

Enfin, notre objet d'étude se rapportant aux liens entre santé et précarité, nous pouvons nous centrer sur l'analyse des déterminants sociaux de la santé. Il s'agit « des circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, et par les conditions dans lesquelles ils ont accès aux systèmes mis en place pour faire face aux risques de santé » (Rayssiguier et al., 2018). L'expression de « déterminants sociaux de la santé » invite à engager la coopération entre politiques sanitaires et politiques sociales (Rayssiguier et al., 2018).

Finalement, la promotion de la santé agissant à tous les niveaux, elle amène à intégrer la « santé dans toutes les politiques » (Organisation mondiale de la santé, s. d.-a). Cette approche intersectorielle des politiques publiques considère que les décideurs à tout niveau peuvent agir sur la santé par le prisme de leurs compétences (Organisation mondiale de la santé, 2004b). Cette conception bouscule l'idée traditionnelle que l'Etat est le seul compétent dans le domaine.

Cela implique un travail de coordination des différentes politiques sanitaires et sociales, questionnant par conséquent la nature du travail de concert. Coordination, partenariat, réseau, autant de termes connexes ayant pourtant des significations différentes. La coordination se rapporte à l'harmonisation de différentes activités afin d'être efficace, selon le Larousse. Cela signifie qu'elle est une manière de pallier la spécialisation des professions. Le réseau apparaît à partir du moment où des liens existent entre plusieurs protagonistes. Ainsi, d'une part le réseau est informel et personnel, et de l'autre le partenariat est institutionnel et formalisé. Enfin, la notion de parcours doit également être

définie. En effet dans le domaine social comme dans le domaine de la santé, la notion de parcours est centrale. Si le terme est employé depuis peu dans le domaine sanitaire (loi santé du 26 janvier 2016), elle émerge dans les années 1980 dans le domaine de l'insertion. A la différence des autres termes, le parcours intègre l'usager ou le patient, et plus encore, il le met au cœur de la dynamique. Dans le parcours, l'usager ou le patient n'est plus objet de la coordination, du partenariat ou du réseau, mais bien acteur à part entière du parcours. L'alliance entre politiques sanitaires et sociales interroge donc sur les relations entre acteurs, la place et le rôle de chacun dans la construction d'une politique publique (Comité Régional du Travail Social de Bretagne, 2020).

Pourtant, encore une fois, il s'agit de s'avoir dans quel sens la relation est analysée. Si la santé fait intrinsèquement partie de l'évaluation du TS, le monde du soin est traditionnellement plus réticent à intégrer le domaine social (Comité Régional du Travail Social de Bretagne, 2020). Dans le cadre de notre développement, nous nous situerons plutôt sur le premier type de relation. Par conséquent, si la santé semble faire partie intégrante des thématiques abordées par les TS, l'intégration de professionnel de santé dans une politique d'insertion est moins évidente. Toutefois, avant toute chose, il convient de revenir sur la genèse finistérienne, ayant donné lieu à ce mémoire professionnel.

III. Genèse de l'intégration des questions de santé en Finistère

Ce n'est qu'en 2014 que le Conseil départemental et la délégation départementale du Finistère de l'Agence Régionale de Santé (ARS29) se sont accordés pour traiter la question « insertion / santé » conjointement. Aussi, en 2015, le CD29 signe une Charte de coopération en faveur de l'égalité devant l'accès aux droits et aux soins, au côté de l'ARS29, de la délégation départementale de la cohésion sociale, de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), et de la Caisse d'Allocation Familiale (CAF) du Finistère. La Mutualité Sociale Agricole (MSA), quant à elle, la signe en 2017.

Le 2 juillet 2015, le comité départemental d'accès aux droits, aux soins et de lutte contre la pauvreté - instance départementale mis en place dans le cadre de la déclinaison du Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) - réunit les partenaires signataires de la charte et adopte un plan d'actions dont un projet concernant la santé des bénéficiaires du RSA, dont le département a la charge.

Cela aboutit à une étude sur « L'accès à la santé des bénéficiaires du RSA » en juillet 2016 — élaborée conjointement par le service RSA de la Direction de l'insertion et de la lutte contre les exclusions (devenue Direction Insertion Emploi Logement Développement (DIELD)) du CD29, l'ARS29, ainsi que la délégation finistérienne de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS29) — qui comprend un plan d'actions. Ce dernier prévoit de lever les freins à l'insertion des bénéficiaires du RSA en améliorant leur accès à la santé, de communiquer les actions mises en œuvre,

et enfin d'évaluer le plan d'actions. Ce plan d'actions est intégré au Programme Départemental d'Insertion (PDI) 2016-2021 (axe stratégique 1, enjeu 3), instrument qui définit « la politique départementale d'accompagnement social et professionnel, recense les besoins d'insertion et l'offre locale d'insertion et planifie les actions d'insertion correspondantes » (Article L263-1, s. d.).

Ensuite, une évaluation réalisée par la Direction de l'Audit, de l'Evaluation et du Contrôle de Gestion (DAECG) du CD29 sur « L'accompagnement social des allocataires du RSA » en 2018 évoque les questions de santé. Cette évaluation interne met en lumière que pour 75% des allocataires du RSA en orientation sociale ayant un Contrat d'Engagement Réciproque en Insertion Sociale (CERIS)², le frein prédominant à l'insertion est la santé. Par ailleurs, ce document constate également que les infirmières départementales, qui sont alors polyvalentes, n'interviennent pas toutes auprès des bénéficiaires du RSA. En effet, jusqu'en février 2020, les infirmières départementales exerçaient différentes tâches (voir annexe n°1, « tableau de présentation des ETP avant la réorganisation par mission »). Néanmoins, sur les 30,9 Equivalent Temps Plein (ETP) existants en octobre 2018, seuls 2 ETP étaient consacrés aux personnes en insertion (document interne du 8 octobre 2018).

A la suite du plan d'actions adopté dans le cadre du PDI en 2016, un groupe de travail sur les infirmières départementales est institué dès novembre 2016. Cela conduit à une réorganisation : la Revue des Organisations et des Processus (ROP). Cette dernière conduit à la proposition aux infirmières départementales de quatre nouvelles spécialités : la mission « enfance » (bilan en école maternelle et suivi des mineurs confiés), la mission « informations préoccupantes enfance », la mission auprès des mineurs non accompagnés, et la mission auprès des bénéficiaires du RSA. Cette dernière fait l'objet d'une fiche de poste en juin 2019. Ainsi, sept infirmières-insertion ont pris leur poste en février 2020 répartie sur les trois Directions Territoriales de l'Action Sociale (DTAS) (voir annexe n°1, « carte des 3 DTAS ») : trois infirmières sur la DTAS du Pays de Brest (2,7 ETP), deux sur la DTAS du Pays de Cornouaille (2 ETP), et deux sur la DTAS du Pays de Morlaix et COB (1,5 ETP).

En effet, le département du Finistère est divisé en trois territoires d'action sociale, ce qui rend les enjeux d'harmonisation encore plus complexe. Ainsi, la DIELD s'est vue confier la mission de réaliser un état des lieux des modes de fonctionnement des trois DTAS afin de proposer des pistes d'amélioration. Pour rappel, la DIELD n'a pas de pouvoir hiérarchique sur les DTAS puisque les DTAS et

-

in² Selon l'article L. 262-36 du CASF, le « bénéficiaire du revenu de solidarité active ayant fait l'objet de l'orientation mentionnée au 2° de l'article L. 262-29 conclut avec le département, représenté par le président du conseil départemental, sous un délai de deux mois après cette orientation, un contrat librement débattu énumérant leurs engagements réciproques en matière d'insertion sociale ou professionnelle. ».

Selon, l'article L. 262-29 du CASF, l'orientation du bénéficiaire du RSA est prioritairement professionnelle. Et le cas échéant lorsque les difficultés tiennent notamment aux conditions de logement, à l'absence de logement ou à son état de santé, l'orientation est sociale. Ainsi, en Finistère lorsque l'orientation est sociale, on parle de CERIS.

la DIELD ne font pas partie de la même direction générale (voir annexe n°1, « organigramme des services départementaux »).

IV. Présentation de la mission de stage

Près d'un an après la prise de poste des infirmières-insertion, les élus souhaitaient savoir ce qui avait pu être mis en œuvre lors de cette première année. Etant présente pour une durée de cinq mois, à compter d'avril 2021, pour un stage dans le cadre de mon Master 2 Promotion de Santé et Prévention (PSP) à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), la mission « RSA et santé » m'a été confiée. Dans cette dernière, trois sous-missions peuvent être distinguer :

- 1. Sous-mission n°1: Etat des lieux des missions des infirmières-insertion finistériennes.
- 2. Sous-mission n°2 : Etude comparative des dispositifs d'accompagnement santé de neuf autres conseils départementaux (CD).
- 3. Sous-mission n°3 : Diagnostic de territoire (problématiques de santé du territoire, ressources du territoire, besoins des acteurs de l'insertion et des usagers).

La deuxième et la troisième sous-mission doivent permettre d'apporter des pistes d'évolutions, et d'aller au-delà du seul poste des infirmières-insertion, en élargissant le panel des acteurs interrogés (autres départements, professionnels de l'insertion, professionnels de santé de la protection de l'enfance, usagers).

V. Problématique

« « La santé étant un domaine complexe qui a de multiples ramifications. L'élu, l'administrateur, le gestionnaire, le professionnel, l'intervenant, le citoyen, chacun aura à choisir les déterminants qui sont pertinents au regard de son secteur d'activité, de son projet ou de son intervention » (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2012, p.4). » (Comité Régional du Travail Social de Bretagne, 2020). En effet, lors de l'exercice de cette mission, il a été observé que de multiples acteurs étaient concernés par le positionnement de professionnels de santé dans le parcours d'insertion.

Par conséquent, il convient de se poser la question suivante : En quoi l'intégration des questions de santé dans un parcours d'insertion relève d'un système complexe se construisant à travers les interactions entre les différents acteurs concernés ?

Les différents acteurs concernés n'ont pas forcément les mêmes intérêts, les mêmes temporalités, les mêmes statuts, les mêmes enjeux. Pourtant, pour que le système soit équilibré, toutes les visions doivent être prises en considération. Ainsi, nous analyserons les enjeux institutionnels et politiques (I), puis les enjeux des professionnels de l'insertion et de la santé (II), et enfin les enjeux liés au caractère intime de la thématique qui impliquent le respect de la volonté de l'usager (III).

METHODOLOGIE

I. Le choix de la matière du mémoire professionnel : la mission « RSA et santé »

Du 1^{er} avril au 31 août, quatre missions m'ont été confié dans le cadre de mon stage à la DIELD du CD29 :

- Mission n°1: Une étude sur les liens entre RSA et santé;
- Mission n°2: Un recensement des dispositifs du CD29 et de ses partenaires orientés santé/écoute/bien-être à destination des jeunes;
- o Mission n°3: Une étude sur les liens entre précarité alimentaire, insertion et santé;
- o Mission n°4 : Une étude sur les liens entre logement/habitat, précarité et santé.

Pour autant, afin de ne pas s'éparpiller, il paraissait important de choisir l'une de ces missions sur laquelle porterait principalement mon mémoire professionnel. J'ai choisi la première mission pour trois raisons. Premièrement, il s'agit de la première mission que j'ai investie, j'ai donc recueilli plus rapidement des données. Deuxièmement, s'agissant de la mission prioritaire de mon stage, j'ai pu récolter davantage de données. Et troisièmement, cette mission a suscité de multiples controverses parmi les différents acteurs concernés, ce qui rendait son analyse attrayante.

II. Méthodologie de recueil de données

A. Une approche inductive

La méthodologie de recueil de données employée, est fondée sur une approche inductive. Cela signifie que je suis partie des données empiriques recueillies pour construire des catégories conceptuelles. Une revue de littérature a été réalisée par la suite afin de confirmer les hypothèses établies à partir des entretiens semi-directifs et des observations.

Cela se justifie de deux manières. Tout d'abord pour des raisons opérationnelles : lors de mon arrivée, l'un des élus souhaitait que l'on réalise un état des lieux des missions des infirmières-insertion afin d'avoir une visibilité sur notre offre de service, ses points forts et ses lacunes. Ensuite, la lecture des documents internes au CD29 et la multiplication des entretiens m'ont permis de m'imprégner de la thématique. En effet, ayant une faible connaissance des politiques d'insertion et de lutte contre la pauvreté et les exclusions, il était nécessaire de passer par une phase d'acculturation afin d'apporter ensuite des éléments d'analyse issus de la promotion de la santé, de la sociologie, ou encore des sciences politiques.

B. Le recueil de données empiriques

Tout d'abord, un recensement des différents écrits synthétisant la démarche du CD29 sur le thème « insertion / santé » (voir Introduction, III) a été nécessaire. Cela m'a permis de me faire une idée des réflexions et des attendus évoqués lors de la genèse. A partir de cela, j'ai constitué six grilles d'entretien (annexe n°2, « grilles d'entretien ») : une pour pour les supérieurs hiérarchiques (les trois cheffes de service insertion logement (SIL)) des infirmières-insertion (sous-mission n°1) ; une pour les infirmières-insertion (sous-mission n°1) ; une pour les autres départements (sous-mission n°2) ; une pour les professionnels de santé enfance (sous-mission n°3) ; une pour les partenaires de l'insertion ³(sous-mission n°3) ; et une pour les usagers (sous-mission n°3). Les différentes grilles d'entretien ont été réadaptées au fur et à mesure des échanges informels et des entretiens.

Au final, 33 personnes ont été interrogées, en présentiel lorsque cela était possible et le cas échéant en distanciel (visioconférence ou téléphone). La durée des entretiens varie de 27 minutes à 1h55. Des catégories de personnes interrogées ont pu être réalisées : en bleu les personnes travaillant au CD29, en orange les personnes travaillant dans d'autres départements, en jaune les structures financées dans le cadre de l'insertion, en vert les usagers (voir annexe n°2, « tableau des entretiens menés). Durant les entretiens, une prise de notes intervenait systématiquement, ainsi qu'un enregistrement de l'échange avec l'accord des personnes interrogées. Enfin, du fait de la masse d'entretiens, la retranscription intégrale apparaissait impossible, aussi les entretiens ont été retranscrits partiellement (prise de note et citations clé).

Des observations ont été réalisées afin de compléter les données empiriques collectées (voir annexe n°2, « tableau des observations menées »). Cela a permis d'obtenir un portrait plus fidèle de la réalité - notamment concernant les missions des infirmières-insertion -, et de rencontrer quatre allocataires. Au total, quatre observations ont été réalisées. Néanmoins, sur la première sous-mission, aucune observation n'a pu être effectuée pour le Pays de Cornouaille, ce qui engendre un niveau de données inférieur aux autres territoires. Le même code couleur a été utilisé pour les observations. De la même manière, les observations ont fait l'objet de prise de notes lorsque cela était possible.

Enfin, les comptes rendus d'entretiens et d'observations ont été analysés. Des catégories conceptuelles ont émergé et ont permis de construire une grille d'analyse (voir annexe n°2, « grille d'analyse vierge »).

⁻

³ Les partenaires de l'insertion sont des structures concourant à l'insertion sociale et/ou professionnelle des publics en insertion, dont les allocataires du RSA. Les structures interrogées dans le cadre de ce travail sont financées par le département. En l'occurrence, il s'agit de chantiers d'insertion, d'ateliers d'insertion, de constructeurs de parcours, et d'ateliers de remobilisation sociale.

C. La réalisation d'une revue de la littérature afin de confirmer les hypothèses constituées

Par la suite, une revue de la littérature a été réalisée afin d'étoffer l'analyse empirique effectuée. La recherche d'articles scientifiques permettait de confirmer les hypothèses soulevées et ainsi de monter en généralités. Cela était surtout utile pour le mémoire professionnel. La recherche de littérature grise (rapports, etc.) permettait de préciser les hypothèses par le biais de chiffres. Cela était surtout utile pour le diagnostic de territoire, mais également pour le mémoire professionnel.

Les lectures réalisées ont fait l'objet de résumés (prise de notes et citations clé), puis ont été confrontées à la grille d'analyse afin de construire le plan détaillé.

<u>D. Des échanges informels et de l'observation participante permettant d'approfondir les données formelles recueillies</u>

Tout au long de mon stage, j'ai pu échanger avec les personnes interrogées et les techniciens travaillant à la DIELD de manière informelle (échanges téléphoniques, échanges de mail, échanges au sein d'une voiture, etc.). En effet, certains d'entre eux, m'ont fait part d'informations (non écrites) de contextualisation sur l'arrivée des infirmières (enjeux politiques, tensions, vécus de la ROP, etc.), mais également de remontées de terrain sur les questions de santé, confirmant ainsi les hypothèses et les constats déjà formulées ou faisant émerger de nouveaux questionnements.

J'ai également réalisé de l'observation participante durant mon stage me permettant de comprendre l'organisation, les différents rapports de pouvoir à l'œuvre, et donc d'avoir une vision systémique de mon environnement de stage.

III. Une méthodologie de projets participative

Souvent, les réformes engagées par nos décideurs sont amorcées à la suite de sondages et consultations de représentants officiels qui sont « deux caricatures de l'écoute véritable » (Dortier, 2009). De fait, selon Michel Crozier : « Écouter, cela suppose de mettre en place des entretiens qualitatifs approfondis. Lorsqu'on fait travailler les gens sur des problèmes concrets, ils se mobilisent, réfléchissent, décrivent et analysent la situation qu'ils vivent et ne se contentent pas de formuler des revendications ou des appréciations générales » » (Dortier, 2009). C'est la méthode que j'ai appliquée en menant des entretiens qualitatifs approfondis avec le plus d'acteurs concernés possibles.

Par ailleurs, afin de poursuivre sur cette méthode participative, tout au long de la mission des points d'étape ont été réalisé (le 3 juin, le 26 juin, le 13 juillet) avec les principaux acteurs concernés (infirmières-insertion, cheffes de SIL, directives des DTAS, cheffe de service RSA et accès aux droits, directrice de la DIELD). Ces points d'étape ont permis de faire un retour aux différentes personnes

concernées par la santé des allocataires du RSA, et d'ajuster les analyses. Enfin, deux restitutions sont également prévues (le 10 et le 17 septembre) afin d'échanger sur les résultats de la mission.

Par ailleurs, différents documents ont été réalisés pour le CD29 :

- Un tableau comparatif des modes de fonctionnement des infirmières-insertion des trois territoires finistériens;
- Un tableau comparatif des actions/dispositifs mis en place par les neuf départements recensés, ainsi qu'une synthèse du benchmark;
- Une synthèse du diagnostic de territoire;
- o Des fiches techniques par problématiques de santé identifiées ;
- Une synthèse finale mettant en lumière les principaux constats, et proposant des pistes d'amélioration.

Etant donné que l'idée était de retranscrire de manière la plus fidèle possible leur travail, il apparaissait tout à fait intéressant de co-construire le plus possible avec les infirmières-insertion et leurs supérieurs hiérarchiques.

Par conséquent, le premier livrable a été relu par les cheffes de SIL et les infirmières-insertion. Concernant le quatrième livrable, ce dernier a été co-construit avec l'une des infirmières-insertion du Pays de Brest, puis envoyé aux six autres infirmières-insertion pour relecture par la suite.

IV. Les difficultés rencontrées

Le contexte de la crise sanitaire n'a pas simplifié la réalisation de la commande. En effet, mon arrivée coïncidant avec le début du troisième confinement, l'intégration dans l'équipe et par conséquent la compréhension de l'environnement de travail furent plus lente. De la même manière, les personnes étant tantôt en télétravail tantôt en congé pour garde d'enfants, il a été plus difficile de contacter les personnes à interroger. Par ailleurs, les entretiens par visioconférence ont été privilégiés au départ, comme nous étions dans une période de confinement. Enfin, les jauges par salle étant limitées, il ne m'a pas été possible d'assister en présentiel à l'information collective de Saint-Renan.

Etant dans une structure politique et les élections intervenant au milieu de mon stage, mes missions étaient sujettes à évolution. En effet en juin 2021 un grand basculement politique a eu lieu. Aussi, il était difficile de savoir quelle importance serait donnée au plan d'actions proposé une fois l'étude terminée. Ce contexte d'incertitude a pu être déstabilisant.

Enfin, le fait d'avoir quatre missions différentes a parfois été complexe. Effectivement, il m'était par moment difficile de savoir sur laquelle mettre la priorité. Au final, au regard des enjeux, la priorité fut mise sur la mission « RSA et santé ».

RESULTATS

I. Une volonté politique - prenant en considération la santé des bénéficiaires du RSA dans leurs parcours d'insertion - à la base de la réflexion

Faire le choix de créer un dispositif d'accompagnement santé à visée insertion signifie que l'on intègre la santé dans une politique sociale, appliquant ainsi le principe de « santé dans toutes les politiques ». De cette manière, le CD devient un acteur de promotion de la santé puisqu'on se situe dans le cadre du premier axe de la charte d'Ottawa, qui consiste à mettre en œuvre des politiques publiques favorables à la santé. Pour développer cette idée nous verrons, comment intégrer la santé puisque cela ne fait pas partie des compétences départementales (A), puisque cette démarche a été mise en œuvre dans bon nombre de départements (B), avant de démontrer que la volonté politique en conditionne l'existence (C).

A. Une intégration des questions de santé à visée insertion : le respect des compétences du Conseil départemental

« Il est apparu que le cloisonnement est principalement le fait des administrations et institutions et que les acteurs de terrain s'en accommodent plus ou moins. » (Roche, 2007). La question de la coordination interroge par conséquent surtout les cloisonnements institutionnels, plus que le lien entre santé et social.

En effet, le département a d'ores et déjà des professionnels de santé travaillant en partenariat avec les services sociaux. Ainsi, des professionnels de santé sont positionnés sur la famille et l'enfance dans les services sociaux départementaux. Par exemple, en Finistère dans le cadre de sa mission de protection maternelle et infantile (PMI), le département propose un suivi tout au long de la grossesse et jusqu'aux six ans de l'enfant. A ce titre, des consultations médicales sont proposées par des médecins, des sages-femmes ainsi que des puéricultrices. Dans le cadre de sa mission de protection de l'enfance, le département vient en aide aux parents en difficulté par le biais d'intervention éducative, de conseils et d'aide. Encore une fois, des professionnels de santé (médecin, psychologue, infirmier, etc.) interviennent dans le domaine de la protection de l'enfance au côté des TS (*Enfance / Famille - Les missions - Le Conseil départemental - Département du Finistère - 29*, s. d.). Aussi, les professionnels de santé et du social collaborent traditionnellement au sein du Conseil départemental. En revanche, les professionnels de santé étaient jusqu'alors positionnés sur la santé de l'enfant et non de l'adulte, ou si cela était le cas, c'était toujours par le prisme de la famille. Ce positionnement correspond aux compétences légales du département. En revanche la santé des adultes ne correspond pas aux compétences obligatoires du département, et depuis la loi Notre, le département ne peut plus

se saisir d'une question ne faisant pas partie de ses attributions (LOI n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (1), 2015).

Il est vrai que le Conseil départemental n'a pas la compétence santé, comme cela m'a été rappelé dans bon nombre d'entretiens. Par exemple, lors de l'entretien avec un agent du Conseil départemental du Maine-et-Loire, il est apparu que la réflexion au sujet d'un dispositif « insertion / santé » a pris du temps du fait de cette répartition des compétences : « Alors ça n'a pas été simple puisque la gestation a été longue, dans la mesure où ça se télescope avec les compétences santé que n'a pas le département, c'est plutôt une compétence d'Etat avec l'ARS » (entretien n°11). Ainsi, le département n'a pas de compétence de droit commun dans le domaine de la santé, il ne peut se substituer à l'offre existante.

De ce fait, la prise en compte de la santé des personnes en insertion se fait par le prisme du retour à l'emploi. Par exemple, dans le département de la Sarthe, le chef de service emploi insertion nous explique que l'objectif des actions mises en œuvre dans le cadre de leur Programme Départemental de l'Insertion et de l'Emploi (PDIE) est le retour à l'emploi ou la formation (entretien n°22). Ainsi, les dispositifs santé recensés sont presque systématiquement intégrés au PDI, permettant ainsi de traiter les questions de santé dans une visée d'insertion. Le financement de ces dispositifs est donc bien contextualisé dans le cadre du retour de l'insertion sociale et professionnelle, l'objectif n'est pas d'améliorer la santé des personnes accompagnées.

L'essence de ces dispositifs est le constat qu'un mauvais état de santé constitue un véritable frein à l'insertion sociale et professionnelle (entretien n°3). Comme évoquée en introduction, une évaluation de la DAECG a montré que dans 75% des CERIS mentionnant au moins un frein, il s'agit d'un frein lié à la santé. De la même manière, dans le département de la Gironde, d'après une enquête réalisée en 2019, parmi les allocataires orientés vers les TS et ayant contractualisés puis signés un CER, 46% ont évoqué une démarche liée à la santé. En Finistère comme en Gironde, la prégnance des problématiques de santé est mesurée par le biais des CER. Cela permet de ne pas se tromper dans ce qu'on souhaite mettre en exergue : quelle est la proportion d'allocataires du RSA qui ne peuvent se réinsérer du fait d'une problématique de santé ?

Aussi, comme nous l'explique la cheffe de SIL du Pays de Brest (entretien n°5), l'idée n'est pas de soigner les personnes, mais de faire en sorte que la santé ne soit plus un frein à la dynamique d'insertion. Par conséquent, les infirmières-insertion du Finistère ne vont pas clôturer le suivi des personnes accompagnées une fois les personnes guéries, mais une fois que cela ne fait plus frein. Par ailleurs, à plusieurs reprises lors des entretiens réalisés avec les autres départements, lorsqu'un accompagnement psychologique était proposé aux publics en insertion, l'idée n'était pas de réaliser

une thérapie (Hauts-de-Seine, Maine-et-Loire, Alpes-Maritimes, Sarthe). D'ailleurs, l'accompagnement psychologique est réalisé par des psychologues, et non des psychiatres (Seine-Saint-Denis, Hauts-de-Seine, Maine-et-Loire, Meurthe-et-Moselle, Alpes-Maritimes, Sarthe), mis à part en Maine-et-Loire où sur l'un des dispositifs un psychiatre réalise la coordination médicale. La justification de ce choix de personnel est toujours relative à la question des compétences, comme nous l'explique l'une des personnes interrogées : « Donc en fait le but du jeu, c'est que cette action-là elle est portée par des psychologues et non des psychiatres, donc pas des psychiatres parce qu'on n'est évidemment pas dans le soin, sinon on sortirait largement de nos prérogatives » (entretien n°22). Pour étayer mes propos, prenons un autre exemple : dans les Hauts-de-Seine, il a été demandé aux psychologues d'avoir à l'esprit que la prise en charge se situe dans une perspective de l'emploi ou de maintien dans l'emploi, quand cela est possible.

En outre, le positionnement de professionnel de santé sur la santé des personnes en insertion est toujours dans une perspective d'insertion sociale et/ou professionnelle, ou le cas échéant afin d'orienter ces personnes vers les bons dispositifs (aide à la reconnaissance du handicap).

Aussi, tout comme le Conseil supérieur du travail social, nous affirmons que l'articulation entre sanitaire et social est possible (Roche, 2007), et nous allons l'attester en exposant les différents modèles mis en œuvre par les conseils départementaux interrogés.

B. Un essor de la prise en compte des questions de santé : différents modèles existants

A la base de la réflexion, dans bon nombre de départements, il s'agit d'un besoin remonté du terrain par les TS et autres professionnels de l'insertion (Finistère, Territoire de Belfort, Seine-Saint-Denis, Meurthe-et-Moselle, Loire-Atlantique, Sarthe). En effet, pour promouvoir la santé, il apparaît « indispensable que les professionnels se connaissent, connaissent leurs champs d'action réciproques, leurs limites, leurs logiques d'action » (Dollet, 2014). Aussi, les différents dispositifs santé des départements interrogés semblent être nés des limites de compétences des professionnels œuvrant dans le champ de l'insertion.

Par exemple, en Finistère les TS, et notamment les assistants sociaux (AS) référents de parcours des bénéficiaires du RSA en orientation sociale, éprouvaient des difficultés pour aborder les questions de santé, ils ne se sentaient pas légitimes (entretien n°7). Autre exemple, en Loire-Atlantique, les professionnels de l'insertion remontaient qu'ils n'étaient pas en mesure de diagnostiquer la problématique de santé, qu'ils ne savaient pas évaluer à quel point cela limitait le parcours d'insertion, et enfin qu'ils ne savaient pas toujours quelle mesure proposer.

Néanmoins, selon l'article L. 262-29 du CASF, l'orientation du bénéficiaire du RSA est sociale lorsque les difficultés tiennent notamment aux conditions de logement, à l'absence de logement ou à son état

de santé (Article L262-29, s. d.). Cela signifie que les AS ont depuis longtemps dû traiter les problématiques de santé, et en tant que référents de parcours, ils sont à même de coordonner un parcours de soins « simple ».

Et en effet, dans le département du Finistère, depuis l'arrivée des infirmières-insertion en février 2020, les AS orientent des personnes ancrées dans le dispositif RSA depuis un moment (entretien n°17). Autrement dit, les personnes orientées sont souvent en grandes difficultés, ce sont donc des situations pour lesquelles les AS se sentent démunis. De surcroit, sur la DTAS du Pays de Brest une expérimentation de plateforme RSA a été réalisée en 2017. Cela concernait les nouveaux entrants du mois – c'est-à-dire un allocataire n'ayant jamais perçu le RSA ou n'ayant pas le reçu le RSA depuis plus de 12 mois - qui remplissaient un questionnaire à l'entrée dans le dispositif. Lorsque la santé était évoquée, un entretien infirmier était proposé systématiquement. Aussi, sur 34 personnes reçues par les infirmières polyvalentes, 24 avaient déclarées un suivi médical en cours, 6 n'avaient pas de suivi médical, et 1 avait besoin d'un accompagnement physique à un rendez-vous médical. Enfin, parmi les 34 personnes, les infirmières ont estimé que seulement pour 3 personnes un deuxième entretien infirmier était nécessaire. A l'issue de cette expérimentation, la conclusion était la suivante : la valeur ajoutée des infirmières polyvalentes n'était pas sur les nouveaux entrants (entretien n°7). Cependant, s'agissant d'un petit échantillon, il n'apparaît pas possible de tirer des conclusions certaines.

Pourtant, l'ancienne majorité du CD29 souhaitait que les infirmières-insertion interviennent auprès des nouveaux entrants dans le dispositif RSA en priorité, afin de lever les freins à l'insertion le plus rapidement possible. Cependant, à ce jour, le public orienté par les AS aux infirmières-insertion ne correspond pas majoritairement à des nouveaux entrants, mais plutôt à des personnes ancrées dans le dispositif RSA. Cela correspond au public pour lequel les AS se sentent le plus limité.

Ainsi, les personnes orientées aux infirmières-insertion finistériennes sont dans des situations dites complexes, pour lesquelles les AS rencontraient des difficultés dans leur accompagnement. D'après les entretiens menés, des profils ressortent particulièrement :

- Des personnes ancrées dans le dispositif RSA majoritairement ;
- Des personnes éloignées de l'emploi et du soin ;
- Des personnes isolées socialement ;
- O Des personnes dans des situations de grande précarité;
- o Des personnes renonçant aux soins pour des raisons de précarité;
- Des personnes pour qui la santé fait partie d'une multitude de problématiques (logement, isolement social, etc.);
- o Problématiques de santé récurrentes :

- Addictions (alcool, drogues, tabac);
- Problématiques de santé mentale : isolement, dépression, mauvaise estime de soi, troubles psychiatriques ;
- Problématiques d'hygiène ;
- Syndrome de Diogène ;
- Problématiques liées à l'alimentation (surpoids, obésité, carence alimentaire...);
- Des personnes en situation de handicap (reconnu ou non);
- Pathologies dentaires.

Il semblerait que les profils des allocataires du RSA ne soient pas liés à des territoires particuliers, bien que des prévalences différentes puissent être observées d'un territoire à l'autre. En effet, le COB présente des forts taux de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide et de mortalité par suicide (ORS Bretagne, 2018). De même, pour les Affections de Longue Durée (ALD), dont font partie certaines pathologies dues à l'alcool et à l'alimentation (Affection de longue durée (ALD), 2021). Ainsi, d'après les données collectées sur le site « CartoSanté », la proportion de bénéficiaires en ALD par rapport à la population générale est élevée dans le COB et sur la côte finistérienne (CartoSanté, s. d.). Par conséquent, le territoire du COB semble être plus touché par certaines problématiques de santé (santé mentale, alcool, diabète) que le reste du Finistère.

Ainsi, comme nous l'avons évoqué en introduction, précarité et mauvais état de santé sont intimement liés. Aussi, le score EPICES – score individuel de mesure de la précarité – met en exergue des résultats intéressants : les populations les plus précaires sont associées à un profil de santé plutôt dégradé. Ainsi certaines caractéristiques sont associées à ce profil dégradé : une mauvaise santé bucco-dentaire (de nombreuses caries non traitées ou dents extraites), des problématiques liées à l'alimentation (maigreur, anémie, obésité), une hypertension artérielle, un déficit auditif ou visuel, la prise de certains médicaments (hypoglycémiants, antalgiques ou psychotropes), une glycémie élevée et la présence de marqueurs biologiques impliquant la consommation d'alcool. A contrario, selon cette même étude, les personnes moins précaires ont un bon état de santé (Labbé et al., 2007). Cette étude confirme l'intérêt de prendre en considération la santé dans le parcours d'insertion. Par ailleurs, les problématiques dentaires, d'alimentation et d'addictions (alcool) évoquées par les infirmières-insertion finistériennes sont également mises en lumière par cette étude.

Finalement, proposer un accompagnement santé aux allocataires du RSA apparaît d'autant plus important que comme l'indiquent les orientations réalisées par les AS finistériennes et l'étude exposée, les personnes accompagnées par les services sociaux départementaux sont d'autant plus susceptibles d'avoir un état de santé dégradée.

Malgré ces constats, pourquoi a-t-on besoin de mettre en œuvre des dispositifs santé-insertion? Dans le département de la Gironde, il n'y a pas d'actions particulières sur la santé des personnes en insertion. Ce sont les AS qui assurent l'accès aux droits et accompagnent à la réalisation de certaines démarches (orientation de droit commun). En effet, les bénéficiaires du RSA ont cet avantage qu'ils sont éligibles à la CMU sans nouvel examen du dossier. On pourrait penser que ce dispositif permet à lui seul d'améliorer la santé des bénéficiaires du RSA, pourtant les bénéficiaires du RSA sont 15% à renoncer à une consultation de médecin et 25% à renoncer à des soins dentaires, cela reste une proportion importante (Calvo & Richet-Mastain, 2020). Ainsi, selon une étude bretonne de la Plateforme d'Observation Participative Précarité Santé, la couverture sociale permet certes d'éviter un premier niveau de renoncement aux soins, mais couplée avec un accompagnement social cela peut permettre d'en éviter plus. Par conséquent, on peut imaginer qu'un accompagnement par un professionnel de santé maximise d'autant plus les chances qu'une personne ne renonce pas aux soins (Fédération des acteurs de la solidarité Bretagne, 2016).

Par conséquent, de nombreux départements ont mis en œuvre des dispositifs/actions santé à visée insertion face aux constats de la prégnance des problématiques de santé chez les allocataires du RSA. Dans un souci de logistique, tous les départements français n'ont pas pu être recensés, le présent échantillon représente ainsi environ un dixième des départements français.

Concernant la genèse, il existe une forte disparité sur le caractère récent (ou non) de l'intégration des questions de santé dans le parcours d'insertion. Ainsi si dans les Alpes-Maritimes, un dispositif santé à visée insertion existerait depuis au moins 20 ans, ce n'est pas le cas dans tous les départements. Par exemple, en Seine-Saint-Denis de nouveaux dispositifs ont été mis en œuvre en 2020 sur les thèmes de la souffrance psychique et du handicap. De même en Finistère où les infirmières-insertion ont pris leur poste en février 2020.

Ensuite, si le département du Finistère a choisi de mettre en œuvre des moyens internes, ce n'est pas le modèle dominant. En effet, il existe trois grands modèles :

- Des moyens internes : Finistère, Territoire de Belfort, Corrèze ;
- Des moyens externes : Seine-Saint-Denis, Hauts-de-Seine, Sarthe ;
- Des moyens internes et externes : Maine-et-Loire, Meurthe-et-Moselle, Alpes-Maritimes,
 Loire-Atlantique.

On remarque que l'internalisation est de moins en moins la règle. En effet, dans le département de la Sarthe, la personne interrogée explique qu'il y a une quinzaine d'années le Conseil départemental sarthois avaient des psychologues positionnés sur l'insertion dans ses équipes. Aujourd'hui, le département a passé une convention avec une association employant une psychologue. Sur les Alpes-

Maritimes, jusqu'à il y a environ six ans, il y avait un « service d'insertion par la santé » composé de médecin, psychologues, infirmiers, médiateurs santé. Aujourd'hui, il ne reste plus qu'un médecin et deux psychologues, sachant que le poste de médecin est vacant. Ces constats rejoignent les conclusions d'une analyse réalisée par la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES) du Ministère du travail et publiée en 2016. Cette enquête explore les différents types d'accompagnement prodigués par les structures d'insertion par l'activité économique (les entreprises d'insertion, les chantiers et ateliers d'insertion, les associations intermédiaires, et entreprises de travail temporaire d'insertion). La plupart du temps, les actions d'accompagnement sur les différentes difficultés sociales sont mises en œuvre à la fois en interne et en externe. Cette règle fait exception lorsqu'on parle de l'état de santé (addictions, souffrance ou handicap psychologique, problèmes de santé), ces difficultés sont majoritairement traitées à l'extérieur des structures (DARES, 2016). On peut émettre l'hypothèse que la thématique santé nécessitant une expertise spécifique, les structures préfèrent souvent déléguer l'accompagnement à un prestataire extérieur qui détient cette expertise.

Par ailleurs, des thèmes particuliers sont souvent visés, à l'inverse du modèle finistérien. Il existe donc des thématiques d'intervention récurrente qu'il convient de relever :

- 8/9 ont un psychologue parmi leurs agents internes ou ont une convention avec une association qui en emploie;
- o 3/9 ont un dispositif qui intervient spécifiquement sur le handicap.

Ce constat est à mettre en relation avec les problématiques de santé récurrentes identifiées chez les allocataires du RSA des autres départements :

- o Problématiques de santé très avancées, mais ne font pas les démarches eux-mêmes ;
- Handicap;
- o Problématiques de santé mentale ;
- o Addictions.

Ces différents profils sont en cohérence avec les dispositifs proposés.

Pour finir, il convient de revenir sur les missions des infirmières-insertion du CD29, puisqu'il s'agit de l'objet principal de notre analyse. Ces dernières ont trois grandes missions :

- Elles réalisent du suivi individuel;
- o Elles mettent en œuvre des actions collectives ;
- o Elles sont en lien avec les partenaires du soin et de l'insertion.

Il s'agit là des grandes lignes directrices du poste, car la mise en œuvre a été déléguée au service insertion logement de chaque DTAS. Ainsi aujourd'hui, les infirmières-insertion interviennent selon des modalités différentes, que nous verrons tout au long du développement.

C. Une volonté politique d'impulsion et des choix politiques influençant les cadres d'intervention

1. Une volonté politique nécessaire dans la prise en considération de la santé dans l'action extralégale des départements

Le département est une collectivité territoriale, aussi ses conseillers départementaux sont élus au suffrage universel direct pour une durée de six ans. Les conseillers départementaux sont élus par binôme, un binôme est élu par canton (Ministère de l'Intérieur, s. d.).

De la sorte, ces conseillers départementaux définissent une politique départementale pour leur mandature au sein de l'assemblée départementale. Ainsi, les priorités, les modalités et les orientations peuvent varier d'un mandat à un autre, et la question de santé n'échappe pas à ce constat.

Pour illustrer cette idée, nous allons explorer l'exemple du département du Finistère. Ces données sont principalement issues d'échanges informels avec des agents du département, permettant ainsi de comprendre les jeux de pouvoir à l'œuvre.

En 1985, Pierre Maille est élu sur le canton de Brest-Recouvrance, il deviendra le premier président socialiste du Conseil général du Finistère en 1998. Il restera président du Conseil départemental jusqu'en 2015. Lors d'un de ses mandats, il supprime la fonction de « directeur de la santé publique » en justifiant que la santé n'est pas une compétence départementale. D'après certains agents, cela aurait eu lieu à l'époque de la crise économique de 2008, suite à laquelle il a fallu réaliser des coupes budgétaires. Quoi qu'il en soit, jusqu'en 2015 la position ne changera pas. C'est Nathalie Sarrabezolles qui prendra la suite à la présidence du Conseil départemental en 2015. Elle aussi membre du Parti socialiste, la position reste inchangée durant la première partie du mandat. C'est lors de la ROP réfléchie en 2019 et mise en œuvre en 2020, que le conseiller départemental Michaël Quernez - Premier vice-président départemental chargé de l'insertion et de l'économie –, à la lueur de l'évaluation de 2018 (précédemment citée), exprime la volonté de construire un poste d'infirmière dédié aux bénéficiaires du RSA.

Ainsi, on observe bien ici que les orientations définies par les élus influencent réellement l'offre de service départemental.

Ensuite, à part la fiche de poste de juin 2019 définissant les grandes missions des infirmières, tout était à élaborer. Par ailleurs, cette fiche n'a pas nécessairement été reprise par toutes les DTAS puisque celle du Pays de Brest a été axée sur les dynamiques collectives. Aussi quelques lignes

directrices ont été établies dans chaque DTAS. Cependant concernant la méthode de travail tout était à créer.

Néanmoins le caractère politique – dû au fait que cela soit un « cheval de bataille » (entretien n°19) - ainsi que la nouveauté de la fonction ont entraîné des enjeux de pouvoir. En effet, « pour exister, pour intervenir comme un acteur dans son travail, il faut s'affirmer, travailler avec d'autres et coopérer. Cette coopération fait nécessairement intervenir un jeu du pouvoir. Le pouvoir participe de toutes les relations humaines, autant dans le travail qu'à l'école ou dans la famille. Même si vous avez une conception totalement altruiste de la vie et que vous vous consacrez à une action humanitaire, la simple question de l'efficacité de votre action et de l'organisation avec d'autres personnes fera intervenir la question du pouvoir. » (Dortier, 2009). Ainsi, si une fiche de poste avait été élaborée, aucun référentiel départemental n'avait été validé. Par conséquent, lorsque les SIL des DTAS ont construit leurs modalités d'intervention, une question se posait : est-ce que ce que nous faisons correspond-il aux attendus? Par exemple, sur la DTAS du Pays de Cornouaille, la prise de poste des infirmières-insertion était différée à septembre 2020, du fait du positionnement de ces dernières sur une autre fonction durant le confinement et l'après-confinement. Aussi, à partir de septembre 2020, la cheffe SIL et les deux infirmières-insertion ont d'abord réfléchi à la mise place de l'accompagnement individuel, car cela était plus aisé. Lors de la réalisation de mon état des lieux, elles commençaient à réfléchir aux formes que pourraient prendre les actions collectives. Or, la cheffe de service ne souhaitait pas aller trop loin, car elle ne savait pas si le mode d'intervention collectif resterait une priorité de la nouvelle majorité.

Derrière cela, la préoccupation était de mettre en œuvre des modalités et de voir intervenir une harmonisation par le biais d'un référentiel départemental par la suite. Aussi, à mon arrivée en avril 2021, étant rattachée à une direction thématique couvrant tout le territoire du département, cette préoccupation a été exprimée.

Ainsi, j'ai pu observer des jeux de pouvoir entre les directions territoriales (les trois DTAS), la direction thématique (DIELD), et les élus. Il est vrai que ne sachant où en était la mise en œuvre des DTAS, certains élus ont eu tendance à exprimer leurs désarrois pensants alors que le déploiement des DTAS était inexistant. De leur côté, lors des réunions coordonnant les politiques sociales, les directrices des DTAS ne comprenaient pas cette position, sachant que la mise en œuvre avait été bien amorcée. La réalisation de ma mission a donc permis de mettre en lumière l'avancement de chaque DTAS, et de proposer des pistes d'amélioration au regard des difficultés rencontrées par les infirmières-insertion.

Cette position tenait également au fait que les élections départementales intervenaient au cours de la réalisation de ma mission : les 20 et 27 juin. Or, les conseillers départementaux étant élus pour

six ans, ils souhaitent pouvoir exposer leur bilan comme l'a fait Marc Labbé - représentant du parti socialiste - lors du débat des têtes de listes avant le premier tour (France 3 Bretagne, 2021). De la sorte, il y avait un enjeu autour du temps : le temps politique n'est pas celui de la mise en œuvre sur le terrain, qui est encore différent de celui de l'allocataire. L'élaboration d'une nouvelle fonction prend du temps, en effet il faut définir les procédures de travail (processus d'interpellation, fiche de prescription, fiche de liaison, etc.), les modalités d'intervention (visite à domicile (VAD) ou non, accompagnement physique ou non, etc.), le cadre spatio-temporel (durée de l'accompagnement, sectorisation, etc.), etc. Ce conflit de temporalité a engendré des tensions entre décideurs et techniciens (directrices des DTAS, cheffes de SIL), comme nous l'avons exposé plus haut. Au-delà des agents du département, le temps politique n'est pas forcément compatible avec la durée du parcours de l'allocataire : « Et c'est vrai que les parcours d'insertion des bénéficiaires sont souvent des parcours très long, qui dépassent les 6 années électorales et ils vont eux connaître tout un tas de prestations au sein de leur parcours, et ils vont nous retrouver à certains moments et pas d'autres. Après, il faut aussi apprendre à faire avec ça, comme pour eux comme pour nous » (entretien n°16). Aussi cette temporalité politique est certes importante, pour autant il faut avoir en tête qu'elle évolue au sein d'un système temporel plus complexe qui inclue les temporalités des techniciens et des usagers.

Finalement, le 27 juin 2021, le Finistère a changé de majorité avec un basculement à droite. Cela est apparu inédit du fait que le Parti socialiste détenait la majorité depuis 1998. Aussi, l'arrivée d'un nouveau président — Maël de Calan — et d'une nouvelle majorité pouvait faire bousculer l'importance accordée à ma mission. Forte de son expérience, c'est l'idée qu'exprime la psychologue interrogée dans les Alpes-Maritimes : « De toute façon, c'est le propre des Conseils départementaux, et comme toute entité territorial d'être lié à ce qui se passe dans la vie sociale et politique, donc à chaque fois tout est remis au moins en question, parfois en doute » (entretien n°16).

Ainsi, lors de la séance d'installation du 1^{er} juillet 2021, le Président du Conseil départemental nouvellement élu a placé la santé parmi ses priorités du mandat : « *D'abord pour rendre nos grandes politiques sociales plus justes et plus efficaces, qu'il s'agisse du handicap, des personnes âgées, du RSA, de la protection de l'enfance, mais aussi de la santé et de la couverture des déserts médicaux dont nous nous saisirons* » (extrait du discours de Maël de Calan, Président du Conseil départemental, séance d'installation du 1er juillet 2021). Cette position claire, adoptée dès le début du mandat, pourra influencer le devenir de l'état des lieux que j'ai réalisé. Le plan d'actions élaboré fera peut-être partie des priorités du début de mandat.

Pour autant, les volontés politiques fluctuent et des ambivalences peuvent parfois déstabiliser les équipes de terrain. Si lors de la ROP, des infirmières ont été spécialisées dans l'accompagnement santé

des bénéficiaires du RSA, la possibilité pour les psychologues départementaux d'intervenir dans le cadre de l'insertion a été supprimée. Pourtant, lors de la « coordo politiques sociales » - réunissant les directions agissant dans le champ des politiques sociales (voir annexe n°1, « organigramme des services départementaux ») - du 13 juillet 2021 où je présentais l'avancée de mes travaux, il était question d'engager des psychologues au département ou le cas échéant de conventionner avec une association en employant. Comme l'a exprimé ce jour-là ma tutrice de stage, Aude Jourdan (directrice de la DIELD) : « on réinvente toujours les mêmes choses », puisqu'avant les psychologues polyvalents pouvaient remplir ce rôle.

Enfin, d'une manière générale, les infirmières-insertion et les cheffes de SIL ont trouvé que les attendus définis (priorité aux nouveaux entrants ; mise en place d'actions collectives ; etc.) n'étaient pas en accord avec la réalité du terrain (orientation de personnes ancrées dans le dispositif RSA ; la santé est un sujet intime pas forcément aisé à aborder en groupe sachant que le cœur de métier des infirmières est la modalité individuelle). Certaines regrettaient que les décisions ne soient pas prises en concertation avec elles, et qu'ils n'y aient pas eu davantage de co-construction. Ce constat n'est pas propre au Conseil départemental du Finistère. Les dirigeants de manière générale réforment par le haut en imposant des réponses toutes faites, sans concertation avec la totalité des acteurs concernés. Or, selon Michel Crozier, pour faire émerger les problèmes et élaborer des solutions, il faut des interactions régulières avec tous les acteurs concernés. C'est ainsi que le changement sera accepté et par conséquent pourra s'installer durablement » (Dortier, 2009).

Pour résumer, en Finistère comme ailleurs, une politique volontariste en matière de santé apparaît nécessaire pour qu'un dispositif santé à visée insertion soit mis en œuvre.

2. Des choix impactant le cadre d'intervention

Concernant le public cible, il n'est jamais restreint aux allocataires du RSA en orientation sociale, sauf en Corrèze (pour des raisons purement administratives) et en Finistère (suite à l'évaluation de 2018 réalisée par la DAECG, précédemment évoquée). Le public cible peut ainsi être défini du fait d'une priorité politique.

Le public est même souvent plus large que les seuls allocataires du RSA. Cela s'explique en grande partie car le financement est accordé en partie ou en totalité par le Fond Social Européen (FSE). Ainsi, le mode de financement (stratégie pauvreté, FSE, etc.) impacte le public cible et par conséquent les objectifs.

Sur certains départements, comme le Territoire de Belfort et les Alpes-Maritimes, il est constaté que ce sont principalement des personnes en insertion sociale qui sont orientées. Or, comme nous venons de le dire sur 8/9 départements la cible n'est pas restreinte aux seuls allocataires du RSA en

orientation sociale. De la sorte, sur le département de Meurthe-et-Moselle, où deux dispositifs sont financés par le FSE, le constat est que les référents de Pôle Emploi prescrivent beaucoup l'accompagnement santé. Cependant les actions poursuivant toutes des objectifs différents (accompagner vers le soin des personnes en renoncement aux soins ; accompagner des personnes déjà dans une démarche de soin ; etc.), il apparaît difficile de comparer sur ce point. Simplement, il convient d'aligner le public cible avec les objectifs poursuivis et les professionnels mobilisés.

De la même manière, certaines organisations particulières ont une réelle influence sur l'offre de service. Par exemple, la Meurthe-et-Moselle a deux particularités : elle a une organisation très territorialisée et un tissu associatif très riche avec qui le département travaille énormément. Ainsi l'offre de service est principalement territorialisée, aussi c'est seulement lorsque cela est insuffisant que l'offre est départementalisée. Cela engendre donc des enjeux de coordination assez importants, et des offres de service potentiellement déséquilibrées. Par ailleurs, le fait d'avoir un tissu très riche implique que le CD de Meurthe-et-Moselle se situe dans une logique ascendante. Autrement dit, ce dernier n'est pas dans une logique de marché public mais de subvention⁴, et a peu de moyens internes sur la santé.

Toujours sur l'organisation, on remarque que certains départements ont des liens plus étroits avec la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) entraînant ainsi une meilleure gestion des dossiers, et notamment dans l'aide - au remplissage de ces dossiers - prodiguée par les TS ou les professionnels de santé. Ainsi, dans certains départements comme le Territoire de Belfort, les Alpes-Maritimes ou la Loire-Atlantique, les liens entre le CD et la MDPH sont bien plus étroits que dans le Finistère.

Ainsi, en fonction des caractéristiques propres à chaque département (orientations politiques, choix de financement, organisations, etc.), le cadre d'intervention des dispositifs peut être totalement différent.

Les élus ont donc un rôle central dans le positionnement du professionnel de santé dans le parcours d'insertion. Néanmoins, concernant la mise en œuvre, l'efficacité de l'accompagnement dépend du partenariat entre professionnels de santé et TS.

_

⁴ La publication d'un marché public implique une mise en concurrence des opérateurs intéressés qui n'est pas nécessaire dans le cadre d'une subvention (*Définition et principes d'un marché public*, 2020).

II. Un accompagnement santé nécessaire, partenarial et délimité dans le cadre d'un parcours d'insertion

En intégrant des professionnels de santé dans le parcours d'insertion, en complément de l'accompagnement social, le département crée un milieu favorable à la santé – conformément à l'axe 2 de la charte d'Ottawa - notamment vis-à-vis des TS qui jusqu'alors se trouvaient limité dans leur accompagnement. Il convient donc d'analyser le partenariat mis en œuvre dans les différents départements recensés. Le positionnement de professionnels de santé sur l'intervention permet aux différents professionnels concernés d'intervenir en équipe pluridisciplinaire (A) dans un parcours d'insertion (B), afin de pallier aux obstacles rencontrés par les allocataires du RSA dans leur parcours de soin (C).

A. Un accompagnement à deux têtes : le partenariat entre professionnels de santé et professionnels de <u>l'insertion et du social</u>

1. Des professionnels avec des compétences complémentaires

« La promotion de la santé : un but commun aux infirmiers et aux assistants de service social ? « En 1986, l'Organisation mondiale de la santé définissait la promotion de la santé dans la charte d'Ottawa. La santé y est définie comme un « état de complet bien-être physique, mental et social... La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques ». Compte tenu de cette définition, les assistants de service social comme les infirmiers sont des professionnels impliqués dans la santé » (Dollet, 2014). Au regard du caractère récent du mouvement de promotion de la santé, les professionnels de santé et du social ne sont pas pour autant conscient de promouvoir la santé, ils parlent plutôt de « problèmes communs à résoudre », de « situations qu'ils ont eu à appréhender ensemble » (Dollet, 2014). Ainsi, ces deux catégories de professionnels ont des compétences complémentaires, il convient d'explorer cette idée à travers les expériences des départements étudiés.

Tout d'abord, de manière unanime les acteurs interrogés considèrent que les professionnels de santé positionnés sur l'insertion ont une approche complémentaire aux AS et aux partenaires de l'insertion. Cette complémentarité peut être appréciée des TS, comme l'exprime une AS dans un podcast : « J'ai quinze ans de carrière maintenant. Et j'ai fait trois lieux de... trois lieux d'exercice et ces trois lieux d'exercice étaient toujours composés d'une équipe pluridisciplinaire avec des psys, avec des médecins, avec des éducateurs, avec des accueillants. Et ça, ça a été toujours l'intérêt pour moi de ne pas considérer mon travail que comme une entité à part entière dans une institution, mais comme un complément » (VanDanes, 2018).

En Finistère, les infirmières-insertion travaillent de concert avec les TS (notamment les AS), les conseillers insertion (CI) et dans une moindre mesure les conseillers logement. Rester en contact tout au long de l'accompagnement permet de faire avancer la situation plus rapidement.

Par exemple, imaginons qu'une personne dont la référente RSA est une AS depuis des années. Durant toutes ces années, cette personne s'est toujours rendue à ses rendez-vous en CDAS. Pourtant, l'AS sent qu'il y a une problématique de santé derrière, aussi elle décide de l'orienter vers l'infirmièreinsertion de secteur pour confirmation, et un éventuel accompagnement. Cette personne habitant à Concarneau, c'est une infirmière du Pays de Cornouaille qui prend en charge la situation. La particularité de ce territoire est que les infirmières réalisent un accompagnement de proximité, en rendant possibles les VAD et les accompagnements physiques aux rendez-vous médicaux. L'infirmière réalise les premiers rendez-vous avec la personne au CDAS, après quelque temps, la confiance s'étant installée, cette dernière accepte que l'infirmière vienne à son domicile. En arrivant, l'infirmière se rend compte que la personne souffre certainement du syndrome de Diogène. Cela peut avoir des conséquences sur la santé physique (hygiène, etc.) et sur la santé mentale (angoisse, etc.). Avec l'accord de la personne, elle en parle à l'AS et la conseillère logement qui n'en savaient rien. Les trois professionnels travaillent donc de concert sur cette situation, chacun ayant des compétences différentes. L'infirmière-insertion va pouvoir entamer une démarche de soin, en aidant la personne à entamer un accompagnement psychologique par exemple. L'AS et la conseillère logement vont pouvoir travailler la question du logement avec la personne, et peut-être qu'in fine, elles réussiront à convaincre la personne de désencombrer son logement.

Dans certains départements, cela prend la forme d'une convention avec des prestataires qui ont des équipes pluridisciplinaires (Seine-Saint-Denis, Maine-et-Loire, Meurthe-et-Moselle, Alpes-Maritimes, Loire-Atlantique). Par exemple, l'un des dispositifs de la Seine-Saint-Denis prévoit la présence de TS et de CI, rendant le parcours de la personne plus fluide car sa situation entière est appréhendée.

Pourtant, ce partenariat n'existe pas dans tous les départements recensés. En effet, dans le Territoire de Belfort, l'infirmière-insertion interrogée explique que ce qui lui manque dans son poste, c'est le travail collectif avec les TS, comme c'est le cas en milieu hospitalier, pour avancer plus rapidement. Elle pense que pour que les situations ne perdurent pas dans le temps, il faut échanger en permanence pour viser l'insertion professionnelle. Or à ce jour cela n'est pas possible dû à un turnover important des TS. Elle est constamment obligée de se faire connaître des nouveaux TS, et n'arrive pas à construire des relations de travail pérennes (entretien n°2).

Par ailleurs, en Finistère comme dans les autres départements interrogés - à moins qu'ils s'agissent d'une structure à qui le département a confié la référence de parcours de personnes en orientations

socio-professionnelles -, la référence RSA n'est jamais déléguée aux professionnels de santé ou à l'association en employant. Dans le cas du Finistère, l'infirmière-insertion est donc intervenante dans le parcours d'insertion, elle intervient en complément de l'AS qui reste le référent RSA. La personne interrogée dans le département de la Loire-Atlantique nous explique que le référent reste le chef d'orchestre et le coordinateur du parcours. En effet, le référent n'a pas toujours les compétences et les connaissances pour connaître et proposer les bonnes solutions, c'est ainsi qu'il va activer les leviers dont il dispose en fonction de la problématique rencontrée (entretien n°20). En l'occurrence, s'il s'agit d'un problème de santé, il va activer le dispositif santé. En Seine-Saint-Denis, l'enquêtée ajoute que le prescripteur en tant que référent est garant du fait que la personne aille à ses rendez-vous, il reste l'interlocuteur de l'association si des freins apparaissent en cours de l'accompagnement santé et sont hors du cadre d'intervention du prestataire. Par ailleurs, la psychologue employée par le département des Alpes-Maritimes nous explique que la question a déjà été évoqué, et que pour elle, déontologiquement, ce n'est pas envisageable d'exercer la référence RSA: « parce que nous, nous ne travaillons pas forcément avec la réalité du terrain, mais avec la réalité du sujet qui n'est pas forcément la même, donc on va pas s'inclure dans quelque chose qui est à la fois du travail personnel et des droits et devoirs, de l'interdiction, des choses de cet ordre-là » (entretien n°16).

Le dialogue entre le prestataire ou le professionnel interne, et le référent RSA est plus que nécessaire, et surtout en fin d'accompagnement. Par exemple, dans les Hauts-de-Seine, après une phase de diagnostic, une deuxième phase d'accompagnement dans le parcours de soin s'ouvre : trois types de parcours existent. Dans le cas d'un parcours simple, le référent RSA met en œuvre le parcours de soin, en lien avec les partenaires santé. Dans le cas d'un parcours complexe, c'est-à-dire lorsque des problématiques d'addictions, psychiatriques ou de handicap font frein à l'insertion, la psychologue employée par le prestataire accompagne la personne dans ses démarches. Pour autant, un dialogue avec le référent perdure. Enfin, s'il s'agit d'un parcours difficile où la perspective de l'emploi est très éloignée, la psychologue fera le lien avec le référent pour voir ce qui est envisageable pour le moment (activités de redynamisation : conseils, formations, ateliers d'estime de soi, etc.). Le prestataire peut prendre en charge ce parcours. Dans tous les cas, le référent et la psychologue restent en lien durant l'accompagnement par la psychologue (entretien n°6).

Sur certains départements, cette complémentarité va au-delà du travail de concert dans l'accompagnement individuel, les professionnels de santé sont positionnés en soutien technique aux acteurs du RSA. En Finistère, cela fait partie de la fiche de poste des infirmières-insertion d'être en soutien technique aux TS dans leur domaine de compétences. Cela signifie qu'elles répondent aux sollicitations qui concernent les allocataires du RSA. Dans certains départements comme le Finistère,

la Corrèze ou le Maine-et-Loire, le soutien technique correspond également au fait d'intervenir en tant qu'expert santé dans des réunions internes pour donner des informations ou un avis sur une situation.

Dans d'autres départements, le soutien ne fait pas partie des missions (Alpes-Maritimes, Sarthe). Pour autant, cela ne signifie pas que la psychologue ne le fait pas ponctuellement dans les Alpes-Maritimes.

Enfin, dans certains départements le conseil technique fait partie de l'objet même des missions des professionnels de santé. C'est le cas de la Loire-Atlantique qui compte parmi ses agents des médecins solidarité insertion et des référents santé handicap. Les quatre médecins solidarités insertion soutiennent techniquement les acteurs du dispositif RSA de manière individuelle ou collective, et concourent au développement des compétences et des ressources des professionnels en santéprécarité. Concernant les référents santé handicap, ces derniers sont formés régulièrement par la MDPH et d'autres partenaires concernés sur l'actualité des dispositifs, ainsi ce sont des personnes ressources pour leurs unités emplois (accompagnement socioprofessionnel).

Le travail des professionnels de santé positionnés peut également être complémentaire avec les partenaires. Ainsi, dans certains départements comme le Finistère, les professionnels de santé sont en lien avec les partenaires de l'insertion. Par exemple dans le Territoire de Belfort, l'infirmière-insertion interrogée a mis en place un réseau partenarial – composé des professionnels de l'insertion (Pôle Emploi, Cap Emploi, UDAF, etc.) – qui peuvent la solliciter ou qu'elle peut solliciter pour relayer des situations. Dans les Alpes-Maritimes, les psychologues sont intégrées à la direction de la lutte contre l'exclusion et la fraude, elles travaillent régulièrement avec le service du pilotage et du contrôle du parcours d'insertion qui réunit tous ces partenaires. Elles peuvent donc être amenées à interpeller une structure d'emploi adapté par exemple. Dans le Finistère, les infirmières-insertion mettent en place des actions collectives dans les chantiers et ateliers d'insertion. Par exemple, sur le Pays de Brest, deux infirmières-insertion ont monté une information collective sur l'alimentation dans un atelier d'insertion. A travers ces différents exemples, on comprend la complémentarité qu'il existe entre professionnels de santé et professionnels de l'insertion.

De la même manière, les professionnels de santé étant souvent placés comme des relais vers le monde médical de droit commun, ils sont en contact avec les professionnels de santé de droit commun. En effet, les professionnels de santé positionnés sur l'insertion ne réalisent pas d'actes de soin tels qu'on le ferait dans un hôpital. Par exemple, les infirmières-insertion accompagnent les personnes dans leurs démarches de soin, elles peuvent ainsi orienter les personnes accompagnées vers des partenaires santé (médecins généralistes, spécialistes, Centre Médico-Psychologique (CMP), etc.). Souvent le réseau se crée au fur et à mesure des situations.

Lorsque plusieurs professionnels de santé sont positionnés sur l'insertion et travaillent ensemble (Territoire de Belfort et Alpes-Maritimes), cela est apprécié, à plusieurs niveaux :

- Il s'agit de binômes complémentaires pour les allocataires du RSA puisqu'à la fois leur santé physique (Territoire de Belfort : infirmière ; Alpes-Maritimes : médecin) et leur santé psychique (Territoire de Belfort et Alpes-Maritimes : psychologue) sont prises en considération.
- Il s'agit de binômes complémentaires pour les référents qui peuvent avoir une appréciation globale des freins à l'insertion liés à la santé.
- O Il s'agit de binômes complémentaires pour les professionnels de santé eux-mêmes pour pouvoir échanger sur les situations, considérer la personne accompagnée dans sa globalité. Par exemple, la psychologue employée par le CD06 interrogée explique que cette complémentarité est nécessaire dans les situations complexes comme le signalement d'adulte en vulnérabilité, car le médecin et la psychologue n'ont pas la même place et donc pas les mêmes inquiétudes.

Enfin, comme nous l'avons évoqué plus haut, certains professionnels santé-insertion sont en lien étroit avec la MDPH. D'ailleurs, le département du Finistère travaille cette question à travers plusieurs expérimentations. Pour la simple et bonne raison que toutes les infirmières s'accordent pour dire que pour qu'un dossier MDPH soit recevable et donne droit à une reconnaissance et/ou une allocation, cela demande un travail de longue haleine. Aussi, l'intervention d'une infirmière peut aider à renforcer les chances d'obtenir une allocation adulte handicapé (AAH) ou une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). A ce jour, elles réalisent différentes tâches dans ce sens :

- o Aide au remplissage de dossier sur le volet santé ;
- Vérification des pièces-jointes complémentaires au dossier (comptes rendus médicaux, etc.);
- Coordination des différents intervenants;
- o Ecriture d'une note complémentaire.

Pour autant, ce sont des dossiers assez techniques, les infirmières finistériennes souhaiteraient conséquemment - tout comme les AS et les conseillers en accès aux droits — obtenir un appui de la MDPH. Et ce surtout face aux délais de traitement actuels de dossiers qui sont particulièrement longs en Finistère (6 à 9 mois, contre 2 à 3 mois dans les autres départements). Aussi, sur le Pays de Brest, la MDPH intervient lors des sessions collectives santé. De surcroit, les infirmières-insertion ont des liens informels avec une infirmière de la MDPH qu'elles consultent lorsqu'elles en ont besoin. Sur le Pays de Cornouaille, la cheffe de SIL va participer en septembre 2021 à un temps de synthèse organisé par la MDPH, où siègent entre autres Cap Emploi, Pôle Emploi, la médecine du travail. Elle va déterminer si cela est intéressant qu'un des professionnels du SIL y assiste : CI ou infirmières-insertion.

Ces personnes pourraient être relais auprès des équipes par la suite, à l'instar des référents santé handicap en Loire-Atlantique.

Ainsi, le travail en réseau est au cœur des missions des professionnels de santé positionnés sur l'insertion. Considérés comme des relais, des pivots, ils interviennent en appuie des différents professionnels intéressés par l'insertion. C'est d'ailleurs l'une des cinq thématiques d'intervention des infirmières-insertion du Pays de Cornouaille : la coordination des interventions santé-social. De même en Corrèze, où coordonner l'action des différents intervenants fait partie des missions des infirmières.

Néanmoins, cette mission partenariale est un travail de longue haleine. S'il apparaît opportun que les professionnels de santé positionnés sur l'insertion se fassent connaître des partenaires santé, le travail de cartographie des partenaires par territoire est colossal. Cela a pu être réalisé sur un secteur finistérien : la communauté de Communes du Pays d'Iroise, et la communauté de Communes du Pays des Abers. Durant, pendant plusieurs mois un agent administratif, l'infirmière-insertion de secteur et une CI ont recensé les structures et professionnels de santé du secteur. L'idée est de pouvoir orienter les personnes vers des ressources de proximité et non systématiquement sur Brest, mais aussi d'éviter de perdre du temps en réalisant des recherches à chaque situation (entretien n°15). Cependant, le reste du territoire n'a pas encore fait l'objet d'une cartographie. Aussi au regard du temps que cela prend, la question de la délégation de cette mission à un chargé de mission rattaché aux DTAS ou à la DIELD se pose.

<u>2. Une intégration de professions dans des organisations : la nécessaire acculturation d'au moins une des professions</u>

Il est vrai que lors de la ROP, 5/7 des infirmières avaient positionné l'insertion en premier choix pour plusieurs raisons (poste à créer, aspect partenarial, poste le plus intéressant proposé, intérêt pour l'insertion). Cependant, pour cinq d'entre elles il s'agit de toutes nouvelles missions. Aussi, selon un document interne note au COPIL de la ROP, rédigé le 8 octobre 2018), seuls 2/30,9 ETP étaient consacrés au public en insertion (voir annexe n°1, « tableau de présentation des ETP avant la réorganisation par mission »).

Loin de leur pratique habituelle d'Infirmières Diplômées d'Etat (IDE), elle passe d'un travail de technicienne à un travail d'accompagnement. De plus, il apparait que la compétence sur d'autres éléments que leur cœur de métier soit requise : « On nous demande d'être compétentes sur d'autres éléments que la santé. [...] Des fois on est pas dans nos champs de compétences. Par moment j'ai l'impression qu'on est voilà... On est infirmière, on nous demande d'être un peu plus qu'une infirmière » (entretien n°15). En effet, initialement plutôt habituées à réaliser de l'individuel, il leur est demandé de réaliser des actions collectives, de prendre en charge des tâches administratives (remplissage de

tableaux statistique, contractualisation, etc.), de cartographier l'offre de soin, et enfin de faire le chauffeur du fait de la largeur de leur secteur et/ou de l'accompagnement aux rendez-vous médicaux. Ainsi, comme ce sont les infirmières qui sont intégrées à une organisation sociale, à savoir des CDAS, il semblerait que ce soit à elle de s'adapter, et non l'inverse.

Par ailleurs, en polyvalence, l'essentiel de leurs missions (sauf pour les deux familières de l'insertion) était centré sur l'enfance. Auparavant, elles réalisaient principalement des bilans de santé dans les écoles maternelles. Par conséquent, si elles étaient bien repérées par le réseau partenarial au niveau de l'enfance, elles ne le sont pas du tout au niveau des adultes. Aussi, un nouveau réseau partenarial est à tisser sur la santé des adultes et l'insertion.

Pour celles pour qui les politiques d'insertion n'étaient pas inconnues (2/7), les missions n'étaient plus totalement les mêmes : un public plus resserré (avant : tout public en insertion ; maintenant : allocataires du RSA uniquement), des modalités parfois différentes (exemple de l'infirmière du Pays de Morlaix : autrefois l'accompagnement physique était possible, aujourd'hui ce n'est plus le cas), et un territoire différent (en polyvalence elles étaient basées sur un seul CDAS la plupart du temps).

Outre l'aspect partenarial, le traitement de certaines problématiques, tel que les addictions, n'est pas maîtrisé par certaines infirmières-insertion. Certains problèmes de santé n'étaient en effet pas abordés dans le cadre de la petite enfance : « Je vais pas vous mentir, dans mes accompagnements, j'en ai 16 en même temps, la problématique alcool, c'est euh...on va dire 1/3, souvent c'est des... quand c'est pas alcool et drogues mélangés, conduites à risque, vous voyez. Donc moi j'avais besoin d'être formé là-dessus parce que c'est des populations qui sont pas facile à cerner et à mobiliser. Souvent c'est des personnalités très fluctuantes, elles disent : je vais m'en sortir Madame [...]. En fait, c'est du flan. C'est assez euh... Elles peuvent être vite épuisantes ces personnalités-là donc il faut être formée » (entretien n°19). Il est vrai qu'accompagner dans une démarche d'insertion et/ou de soin des personnes en situation de précarité « est non seulement difficile, mais peut être déstabilisant pour les personnes qui le font. La formation des personnels sanitaires et sociaux doit être renforcée pour faciliter le contact, la proximité, l'accompagnement des précaires » (Académie Nationale de Médecine, 2017).

Aussi, peu importe l'expérience précédente, un temps d'adaptation et/ou d'acculturation fut nécessaire.

Lors de leur arrivée, elles n'ont pas reçu de réelle formation, elles ont pris connaissance de la thématique progressivement. Leur prise de poste correspond au premier confinement pour la plupart (Pays de Brest, Pays de Morlaix et COB), et à septembre 2021 pour les autres (Pays de Cornouaille), elles ont donc dû prendre le temps de s'approprier la thématique insertion. Pour ce faire, elles ont pu compter sur leurs cheffes de SIL, les CI, leurs collègues infirmières déjà familières de l'insertion (Pays

de Morlaix, Pays de Cornouaille). Par exemple, sur la DTAS du Pays de Morlaix et COB, lors de l'arrivée de la deuxième contractuelle sur le poste de COB en janvier 2021, cette dernière a passé quelques jours en observation avec l'infirmière du Pays de Morlaix. Effectivement, cette dernière était alors sur le poste depuis près d'un an et était familière de l'insertion dans le cadre de la polyvalence. Il leur a également été conseillé d'aller à la rencontre des différents partenaires (partenaires de l'insertion, coordinatrices des Contrats Locaux de Santé (CLS), CPAM, etc.), de participer aux instances RSA, et de se documenter de leur côté.

Au-delà de tout cela, afin de mutualiser les efforts et de partager les idées, les infirmières-insertion des trois territoires sont en demande d'une instance commune leur permettant de se rencontrer régulièrement. Cela devrait se mettre en place dans les prochains mois.

Ainsi, afin d'être à l'aise dans leurs nouvelles missions, elles ont toutes suivi des formations, et elles souhaiteraient en suivre de nouvelles.

Ce phénomène d'acculturation nécessaire pour les professionnels de santé non formés aux problématiques sociales, et inversement pour les professionnels du social non formés aux problématiques de santé, existe dans plusieurs départements.

La connaissance des problématiques évoquées peut être préexistante. Par exemple, dans le département de la Corrèze, les infirmières n'ont pas eu besoin de suivre des formations particulières car elles ont été recrutées du fait de leurs expériences significatives en psychiatrie. Par conséquent, elles avaient déjà des connaissances au sujet de ce type de public. Pareillement, dans les Hauts-de-Seine, l'un des prérequis figurant dans le cahier des charges - que devait remplir l'opérateur sélectionné - était la connaissance de l'environnement du RSA, ou à minima l'existence d'une expérience dans la mise en œuvre d'actions avec des publics précaires.

A l'inverse, la formation peut être postérieure à la prise de fonction. C'est le cas en Meurthe-et-Moselle, où il est prévu que les référents uniques et les professionnels de l'insertion puissent être sensibilisés à l'ensemble des troubles psychiques, à la manière d'accompagner les personnes qui en ont, etc. Cette formation prévoit également un temps d'échange sur des situations rencontrées, afin de lever les préjugés existants.

Pourtant, il semblerait qu'une culture commune existe entre IDE et AS, ce qui favoriserait la communication entre les deux corps de métier (Dollet, 2014).

3. La mise en œuvre de techniques favorisant le travail en équipe

Outre un objectif commun à remplir ou un problème commun à résoudre, « une culture commune permettant une communication efficace » (Dollet, 2014) est primordiale pour bâtir un

partenariat pérenne et fluide. Et ce, à travers deux éléments : un partage d'informations et un cadre de référence commun ou à défaut une culture commune sur laquelle la communication pourra s'adosser (Dollet, 2014).

Sur le deuxième élément, si une culture commune semble être en partie préexistante en Finistère du fait de la présence des infirmières anciennement polyvalentes dans les équipes des CDAS, aucun référentiel commun n'existe à ce jour. En effet, selon Jean-François Xavier Schweyer, « les réseaux ne sont pas une continuité des activités professionnelles mais bien une autre organisation du travail et un espace de production normative » (Comité Régional du Travail Social de Bretagne, 2020). Ainsi, la création d'un référentiel commun semble nécessaire. C'est là l'objet de ma mission, puisqu'à l'issue du diagnostic, des cadres et des attendus communs pourront être définis.

Sur le premier élément, il convient d'expliciter ce qu'on entend par « partage d'informations » : « Pour qu'ils puissent coopérer, les acteurs doivent partager des informations, ce qui implique des espaces d'échange et de communication qui peuvent être matérialisés par du temps commun, un espace commun ou des outils de communication (évaluation, fiche navette,...) » (Dollet, 2014). Sur ce développement, nous allons prendre le cas des infirmières-insertion finistériennes, puisqu'il s'agit de la fonction sur laquelle les données sont plus précises.

Les infirmières-insertion et les AS communiquent énormément de manière orale et informelle, en présentiel ou par téléphone. Mais ces professionnels ont également l'occasion d'échanger oralement et formellement lors de réunions ou de points d'échanges. Prenons l'exemple du point pluriprofessionnels mis en place sur le CDAS de Landerneau : une fois par trimestre, la CI et l'infirmière passe une heure avec chaque AS afin d'évoquer toutes leurs situations et préciser les besoins. Autre exemple : afin de passer le relais, tous les territoires finistériens pratiquent l'entretien tripartite (infirmière-insertion, AS référente, et personne accompagnée), à plus ou moins grande échelle. Ce temps d'échange permet de faire le lien afin de favoriser une mise en confiance, de faire le point sur le secret professionnel partagé et le secret médical, et ainsi de clarifier le rôle de chacun.

Outre les échanges oraux, la communication peut être écrite, par le biais de fiche de prescription, de fiche de liaison, de fiche de bilan, de logiciel informatique, ou éventuellement par email, etc. Toutefois, sur le CDAS de Morlaix, l'utilisation d'une fiche de liaison entre professionnels aurait choqué l'équipe du CDAS, tandis que sur le reste du territoire finistérien cela ne semble pas avoir fait l'objet d'une contestation. De même par email, lors d'une observation auprès de l'infirmière-insertion du Pays de Morlaix, celle-ci évoquait le fait qu'elle ne savait pas si ce qu'elle communiquait à l'AS référente était suffisant, insuffisant ou excessif. Elle se posait la question du secret médical et du secret professionnel partagé. Si en Finistère cette question ne semble pas avoir fait l'objet d'un référentiel clair et commun,

pourtant nécessaire à une communication fluide, dans d'autres départements cela est plus clair. Par exemple, dans le Territoire de Belfort, l'infirmière transmet seulement les informations suivantes : accompagnement infirmier ou non, en difficulté professionnelle ou non, et démarche MDPH ou non.

La communication entre professions sanitaires et sociales pose nécessairement la question du secret professionnel partagé : jusqu'où doit-il aller ? Il semblerait que cela dépende de l'existence d'une culture commune ou non : « Plusieurs professionnels signalent une proximité de culture entre les infirmiers et les assistants de service social. Cette culture commune permet de se comprendre et favorise la communication : « on se comprend, les collègues infirmières sont quand même proches de nous, au niveau de la relation d'aide, au niveau humain. Donc ça, ça va faciliter les choses » (ASS scolaire). A contrario, le secret professionnel permet de ne pas partager des informations avec d'autres professionnels à qui on ne reconnaît pas cette culture commune [...]. » (Dollet, 2014). Ainsi, bien qu'une proximité semble exister traditionnellement entre certaines professions (AS et IDE), cela n'est pas nécessairement le cas pour toutes les professions sanitaires et sociales. Par conséquent, il apparait nécessaire de favoriser une culture commune à travers la formation par exemple, mais aussi de créer des cadres communs, des outils communs, des espaces d'échanges communs. Et ce tout en laissant les professionnels échanger de manière informelle, car la coopération est d'autant plus aisée que les professionnels se connaissent personnellement (Dollet, 2014).

B. Un accompagnement limité par l'objectif d'insertion affiché

1. L'inscription au contrat d'engagement réciproque

Selon l'article L. 262-36 CASF, le bénéficiaire du RSA « conclut avec le département, représenté par le président du conseil départemental, sous un délai de deux mois après cette orientation, un contrat librement débattu énumérant leurs engagements réciproques en matière d'insertion sociale ou professionnelle » (Article L262-36, s. d.). Aussi, l'accompagnement santé est inscrit au contrat d'engagement réciproque (CER) obligatoirement ou optionnellement selon les départements, de la même manière qu'on inscrit les autres actions supports à l'accompagnement social et/ou professionnel au contrat d'insertion. Il ne s'agit donc pas d'un suivi médical classique où la personne est libre de ne pas aller à ses rendez-vous, mais d'un suivi santé dans un objectif d'insertion.

En revanche, dans aucun département interrogé, il n'était question de CER dédié à la santé. La santé peut être le seul objectif figurant dans le CER s'il s'agit de l'unique frein identifié. Cependant, il ne s'agira pas d'un CER spécifique.

De surcroit, dans le département de la Corrèze, il existe une charte d'accompagnement lorsqu'une personne se lance dans un suivi infirmier. Dans cette charte, il est rappelé ce qu'est l'accompagnement santé, la périodicité, les éléments sur lesquels la personne s'engage, l'obligation

de prévenir lorsqu'on est absent, l'obligation d'être dans le respect réciproque, ainsi que la confidentialité des informations délivrées à l'infirmière.

Ainsi, le cadre dans lequel se situe le suivi santé n'est pas complètement libre, l'accompagnement étant pensé par le Conseil départemental et non par une structure de soin.

2. La temporalité de l'insertion face aux temporalités de l'usager et de soin

Comme nous l'avons évoqué plus haut (I.C.), différentes temporalités coexistent autour de l'intégration des questions de santé dans le parcours d'insertion : le temps politique, le temps des techniciens, et le temps de l'usager. Se rajoute à cela le temps de l'institution en tant que structure favorisant l'insertion, ainsi que le temps du soin.

Les infirmières-insertion finistériennes sont mobilisées sur des temporalités bien définies : sur trois mois renouvelable (Pays de Cornouaille et Pays de Brest), ou sur trois rendez-vous (Pays de Morlaix et COB). Dans tous les cas, l'objectif à atteindre reste l'insertion, l'idée n'étant pas que la personne soit suivie par l'infirmière pendant des années. Se confronte à cela le temps de l'usager qui met du temps à conscientiser l'existence du problème de santé ou à adhérer à l'idée d'agir dessus. Aussi, que privilégier, l'objectif d'insertion ou le cheminement de l'usager ? En fonction de la personne interrogée, la réponse n'est pas la même. Ainsi, selon la cheffe de SIL du Pays de Cornouaille, l'effectif d'infirmières-insertion étant limité et le volume d'allocataires conséquent, il faut qu'il y ait une rotation dans les personnes accompagnées. Par conséquent, pour que l'infirmière soit mandatée sur un accompagnement, il faut que l'usager soit acteur et volontaire (entretien n°10). Il est d'ailleurs demandé aux infirmières de Cornouaille de vérifier l'adhésion du bénéficiaire du RSA en début de mandatement afin de valider le commencement d'un accompagnement ou non. De la même manière, à chaque fin de mandat, il leur est demandé de remplir une fiche bilan, et si la personne n'est toujours pas volontaire, l'accompagnement s'arrête.

Selon l'infirmière-insertion du Pays de Morlaix, son rôle peut être d'aider la personne à cheminer, même si elle n'est pas complètement volontaire au départ. Par le biais de l'utilisation de techniques issues de l'entretien motivationnel — outil de soutien au changement — elle peut arriver à faire avancer la personne. Prenons un exemple, lors de mon observation auprès d'elle, elle a rencontré une personne en entretien qui venait pour la deuxième fois : l'infirmière aimerait amener cette personne vers une démarche de soin, mais pour le moment cette dernière refuse. L'infirmière va pratiquer l'écoute active et la reformulation durant l'entretien, et à la fin de cet entretien elle n'adhère toujours pas à une orientation vers un médecin, mais elle accepte de revoir l'infirmière dans quelques mois. L'infirmière observe les « petits pas » que fait la personne et les valorise.

Ainsi, être technicien dans le domaine de l'insertion ou professionnel de santé n'entraînera pas les mêmes positions vis-à-vis de l'usager. Le premier aura plutôt tendance à avoir l'objectif d'insertion en tête, et le deuxième à agir au cas par cas.

Par ailleurs, sur le Pays de Morlaix et COB, le suivi sur 3 rendez-vous ne semble pas suffire. Il semblerait que cela suffise lorsque la personne est autonome - par exemple une personne qui a besoin d'aide pour constituer son dossier MDPH - mais dans la plupart du temps ce ne serait pas le cas. D'ailleurs, sur le Pays de Morlaix, les seuls accompagnements clôturés sont ceux pour lesquels des demandes MDPH ont été déposées. Lors de la même observation évoquée, dans l'un des paragraphes précédents, l'infirmière aborde le fait qu'après deux rendez-vous, elles commencent à se connaître. La personne accompagnée ne semble pas partager son avis, et n'est pas totalement en confiance au bout de deux rendez-vous. C'est pourquoi dans les Hauts-de-Seine, une longue durée de parcours est prévue (9 mois maximum) car les personnes ne se livrent pas nécessairement au premier entretien, et ne pose pas forcément la demande là où elle doit être posée.

Outre le temps de l'usager, le temps du soin rentre en compte. Avoir un rendez-vous avec un spécialiste peut prendre énormément de temps. Aussi, au temps du cheminement de l'usager s'ajoute le délai de prise en charge, qui lui aussi peut se heurter au temps de l'insertion.

Prenons l'exemple d'un monsieur qui habite à Saint-Pol-de-Léon et qui a des troubles psychiques. Au bout d'un mois d'accompagnement infirmier, ce dernier commence à cheminer et réalise qu'il a besoin d'un accompagnement psychologique. Un rendez-vous est pris au CMP de Saint-Pol-de-Léon, mais actuellement les délais sont d'environ six mois. En imaginant que la personne soit toujours dans le même état d'esprit six mois plus tard et qu'elle aille à son rendez-vous, il est probable que le suivi en CMP dure plusieurs mois voir plus d'un an. Cela signifie que pendant ce temps-là le frein santé n'est toujours pas levé, et l'objectif d'insertion n'est pas encore atteint.

Aussi, souvent, il est considéré que le dispositif santé du département ne doit pas être sur une longue durée, et que lorsqu'un suivi long est nécessaire un relai au droit commun doit être réalisé. Par exemple, sur l'action de l'association SAMPS mise en œuvre sur le Maine-et-Loire, c'est la philosophie qui a été retenue : « C'est-à-dire un suivi court, punchy pour pouvoir enclencher des choses, et si derrière il y a vraiment des choses à engager style une thérapie ou bien une action de fond, là le droit commun prend le relai » (entretien n°11).

C. Un accompagnement nécessaire face à une prise en charge santé semée d'embûches

<u>1. Expertise des infirmières-insertion face au profil du public accompagné et limites</u> rencontrées

Face au profil du public accompagné exposé précédemment (I.B.), les infirmières positionnées sur l'insertion (Finistère, Territoire de Belfort, Corrèze) se sentent plus ou moins compétentes.

Prenons deux exemples extrêmes.

Lorsqu'il est question de réaliser un dossier MDPH, les infirmières sentent qu'elles apportent une plusvalue dans l'aide à la constitution du dossier. Elles ne réalisent pas toutes les mêmes tâches (aide au remplissage du volet administratif, aide à la sélection des comptes rendus médicaux utiles, coordination du volet médical, écriture d'une note complémentaire, soutenance orale du dossier auprès de la commission de la MDPH, etc.). Cependant, d'une manière générale, toutes observent une valeur ajoutée à leur intervention, en solitaire ou en duo avec une AS ou un conseiller en accès aux droits.

A l'inverse, sur les problématiques de santé mentale, les infirmières ne se sentent pas toujours compétentes. En effet, il semblerait que les infirmières aient plus de faciliter à traiter les problèmes de santé physiques que psychiques : « Donc des fois on aurait besoin d'avoir un avis en fait d'une psychologue, parce qu'on sent qu'il y a une fragilité, on sent qu'au niveau psy ça va pas, mais on n'a pas forcément les compétences. On sent les choses, on ressent les choses, mais sans pouvoir non plus poser un diagnostic ou accompagner au mieux la personne quoi. En fait c'est plus facile pour nous je pense sur des problèmes physiques, que sur des problèmes psychologiques ou psychiques. Y a une difficulté de prise en charge, ou une difficulté de prendre un rendez-vous chez un spécialiste, moi ça me pose pas de problèmes quoi. Je connais quand même assez bien le secteur, donc là y a pas de difficulté. Mais à partir du moment où c'est psychologique ou psychiatrique, c'est plus compliqué » (entretien n°15).

Aussi, elles peuvent aider à la prise de conscience et à orienter vers le bon partenaire quand c'est un parcours plutôt simple. En revanche, lorsque la personne est dans le déni et/ou face aux délais d'attente dans certains CMP, elles auraient besoin de l'appui d'un psychologue. En effet, depuis la réorganisation, les psychologues internes au CD29 ont été spécialisés également dans des missions, et aucune mission ne se rapproche de l'insertion. Elles ont donc perdu un soutien technique à ce niveau-là. Afin de pallier cette limite qu'elles ressentent dans leurs compétences, plusieurs possibilités sont envisageables. Premièrement, pour les personnes accompagnées, il serait opportun de positionner des psychologues sur l'insertion, ou à défaut de conventionner avec une association qui en emploie, ou encore de faciliter l'accès aux droits communs en finançant des séances de psychologues.

Deuxièmement, pour les professionnels, il serait possible de créer une instance où les infirmières et les TS pourraient évoquer des situations compliquées avec un psychologue du CD ou employé par un opérateur extérieur. Troisièmement, il apparaît nécessaire de continuer à former les infirmières sur les différentes problématiques de santé mentale, ainsi que la posture à adopter dans ces cas-là.

Face à ces limites, il peut apparaître nécessaire de borner les motifs d'intervention des infirmières. Sur la Cornouaille, les infirmières peuvent être mobilisées pour cinq motifs d'intervention : évaluation de la situation de santé de l'allocataire ; démarches administratives de santé ; soutien dans le parcours de soins (lien avec les spécialistes, avec les médecins traitants, etc.) ; hygiènes de vie (ex : troubles du sommeil) et environnement (ex : logement), et coordination des interventions santé-social (lien avec les acteurs). De la même manière en Pays de Brest où les infirmières peuvent intervenir pour trois motifs d'intervention prioritaire : déni (souvent problématiques de santé mentale) ; absence totale de prise en charge médicale ; la santé est une thématique récurrente à chaque entretien. Pour autant, si l'infirmière se sent compétente sur une problématique non répertoriée, elle pourra intervenir quand même si elle n'a pas atteint son nombre de suivis maximum simultané. Cela permet de borner tout de même l'intervention des infirmières, et d'éviter la situation suivante : « monsieur a une problématique santé, on oriente vers l'infirmière, qui pour le coup n'a pas de baguette magique quoi » (entretien n°10).

2. De nombreux obstacles à l'accès aux soins pour les bénéficiaires du RSA

Etymologiquement, « renoncer » peut avoir deux significations, cela peut se rapporter à un abandon ou à un acte volontaire. Ainsi, selon Caroline Desprès, il y a deux types de renoncement aux soins : les « renoncements barrières » et les « renoncements refus » : « les premiers venant pointer les obstacles, par exemple financiers, qui compliquent les itinéraires de soins, les seconds témoignant « de l'expression d'une préférence, — préférer se traiter par soi-même ou solliciter d'autres types de soins que ceux qui sont légitimes dans notre système de santé » » (Desprès, 2012; Revil, 2018). Dans le cadre de ce développement, il sera question de renoncements barrières, et non de renoncements refus, tout simplement car ces derniers n'ont jamais été évoqués dans les entretiens menés ni dans la littérature sur le renoncement aux soins des personnes précaires.

« Les analyses des raisons apportées par ces personnes à leurs difficultés en matière de soins montrent que les obstacles financiers sont les plus cités » (Revil, 2018), ou en tout cas sont ceux qui sont cités en premier. En 2017, selon le Baromètre du Renoncement aux Soins (BRS), 60% des personnes renonçant aux soins disaient que le reste à charge expliquait en totalement ou en partie leur renoncement. Selon la même étude, 29% considéraient que cela était dû à l'avancement des frais. Enfin, 11,2% avançaient que l'incertitude quant au coût du soin était en cause (Revil, 2018). En effet,

durant un échange avec une membre de la « TEAM Insertion » - un collectif réunissant des allocataires du RSA coordonné par un chargé de mission de la DIELD −, il en ressort que certains dentistes refusent de faire des devis 100% pris en charge par la sécurité sociale, alors que cela est illégal (entretien n°29). Autre exemple, lors de l'observation d'une information collective à Saint-Renan, un bénéficiaire du RSA évoquait le fait que son chirurgien demandait un dépassement d'honoraires de 300€. Les deux infirmières animant cette information collective leur expliquent qu'ils peuvent les refuser ou jouer sur l'empathie du chirurgien en expliquant qu'ils sont bénéficiaires du RSA. Dans les deux cas, les participants à l'information collective ont expliqué qu'ils avaient honte de dire qu'ils sont allocataires du RSA et qu'ils ne peuvent pas payer de reste à charge. Aussi, les infirmières ont parlé de leurs dernières solutions qui sont de demander à leurs médecins traitants de les orienter vers un spécialiste sans dépassement d'honoraires ou de faire appel à la mission accompagnement santé (MAS) de la CPAM. Ce dispositif accompagne par téléphone les personnes pour éviter qu'elles renoncent aux soins. Néanmoins, le fait de devoir se tourner vers un médecin ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires restreint d'autant plus le nombre de médecins disponibles.

Par ailleurs, l'expérience d'un dépassement d'honoraires passé conduit les personnes à renoncer aux soins par anticipation. Pour autant, quelques fois, ces représentations des coûts médicaux ne correspondent pas à la réalité (Revil, 2018). Aussi, au fil des expériences, ces obstacles financiers renforcent de plus en plus le renoncement aux soins.

Autre raison, « les raisons renvoyant à des craintes, voire à des peurs, par rapport au monde médical, aux soignants et/ou aux diagnostics » (Revil, 2018). Ces angoisses peuvent être résolues par un accompagnement physique d'une personne de confiance. Par exemple sur le Pays de Morlaix, l'accompagnement physique par l'infirmière-insertion a été autorisé à titre exceptionnel pour le cas d'une personne qui ne s'était pas rendu à son rendez-vous ophtalmologique par peur du diagnostic. En conséquence, l'accompagnement physique a été nécessaire pour que la personne aille à son rendez-vous. L'infirmière a pu expliquer la situation au médecin, réexpliquer les propos du médecin à la personne accompagnée après le rendez-vous, et bien entendu rassurer la personne (entretien n°1).

Autre raison expliquant le renoncement aux soins : les relations avec le monde médical. Tout d'abord, la relation avec le médecin traitant est déterminante. Le bénéficiaire du RSA observe que parmi les répondants 95% ont déclarés un médecin traitant, lorsque l'on cible la population renonçante cette proportion diminue à 93,4%. De plus, lorsque le médecin traitant existe, la qualité de la relation avec ce médecin est plus que primordiale, les répondants au BRS disent rechercher « de l'humanité, de l'écoute, de la disponibilité » ((Blanchet & Revil, 2018; Revil, 2018). La relation de confiance est importante également. Un médecin traitant qui remplit ces critères devient en quelque sorte un

traducteur des diagnostics médicaux, des itinéraires de soins, etc. (Revil, 2018). C'est pour cette raison que lorsque les infirmières-insertion finistériennes font face à des personnes en renoncement aux soins, elles commencent par leur proposer un bilan de santé puis elles cherchent à leur trouver un médecin traitant s'ils n'en ont pas. Une autre situation est lorsque les personnes ont un médecin traitant mais ne sont pas satisfaites de la prise en charge : « des personnes aussi pas satisfait par la prise en charge avec son médecin traitant, [...] c'est parce que le médecin ne parle pas assez avec eux, le courant passe pas, parce que la personne se plaint de certaines choses et le médecin ne prend pas en considération » (entretien n°15). Une bonne relation avec le médecin traitant est importante car ce dernier sera le prescripteur de nombreux rendez-vous spécialistes, et le centralisateur des différentes démarches de soin.

Toujours dans les relations avec le monde médical, certains médecins refusent de soigner des personnes ayant la CMU, la CMU-C, l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS), et l'Aide Médicale d'Etat (AME). Des enquêtes montrent que ces refus sont plus nombreux en ville et parmi les médecins exerçants en secteur 2. L'explication de ces refus serait l'impossibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de ces minimums santé. Ces refus seraient également plus courants parmi les médecins spécialistes et les chirurgiens-dentistes, comme en témoigne l'échange avec la TEAM Insertion. Cela serait dû aux délais de remboursement parfois très longs et aux rejets de remboursement de la CPAM. En effet, ces bénéficiaires n'ont pas à avancer les frais médicaux, et bien que la CPAM fasse des efforts de remboursement plus rapide, cela ne semble pas suffire (Dreyfus, 2014). Face à cela, il pourrait être opportun que les départements conventionnent avec des médecins ayant « la fibre sociale », vers lesquels les infirmières pourraient orienter les personnes qu'elles accompagnent. Le département pourrait avancer les frais de prise en charge pour faciliter la mise en œuvre.

Outre les relations avec les professionnels de santé, les délais de prise en charge sont également en cause. Selon le BRS en 2017, 15% des renonçants évoque les délais comme raison de renoncement (Revil, 2018). En effet, d'après les entretiens menés, un manque de certains professionnels sur le territoire, et notamment de médecins traitants, de dentistes, d'ophtalmologues, de psychiatres (en libéral, dans les CMP, dans les structures d'addictologie), entraîne des délais d'attente parfois très longs, face à des allocataires ayant souvent des problématiques de santé avancées (renoncement aux soins pendant des années, déni, etc.). De plus, les personnes en situation de précarité ne pouvant souvent pas avancer les frais ni faire face à un reste à charge, ils ne peuvent être orientés que vers certaines structures (CMP, CSAPA, médecin de secteur 1, etc.). Si les délais sont trop longs, d'autres solutions existent auprès des professionnels libéraux non remboursés, mais cela demande encore une fois des procédures supplémentaires. Par exemple, lorsque les délais en CMP ou

auprès de psychiatres libéraux sont trop longs, il est possible de demander un devis à un psychologue libéral et de faire une demande de remboursement exceptionnel auprès de la CPAM.

Ensuite, une part importante des répondants au BRS renonce aux soins, car ils sont éloignés géographiquement des structures de soin, n'ont pas de moyen de transport ou encore, car ils ne peuvent supporter les frais de déplacement (Revil, 2018). On parle alors d'inégalités territoriales de santé ou d'inégalités géographiques de santé. Aussi, on observerait une « zone majoritairement en surmortalité qui s'étend de la Bretagne au Hauts-de-France et à l'Alsace, à l'exception de l'Ille-et-Vilaine et du sud de la Normandie. La surmortalité est particulièrement marquée dans le centre Bretagne, les Hauts-de-France. » (Rayssiguier et al., 2018). L'une des causes de cette surmortalité peut être attribuée à une sous dotation en professionnels de santé, en Finistère cela est surtout vrai dans le COB. Aussi certains départements sont plus ou moins concernés par cette problématique comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Comme on peut le constater avec le tableau comparant les densités de médecins généralistes libéraux et de chirurgiens-dentistes libéraux entre les 10 départements recensés (voir annexe n°3), l'urbanisation ne coïncide pas toujours avec une densité importante de professionnels de santé (Seine-Saint-Denis et Hauts-de-Seine), et la ruralité ne coïncide pas toujours avec une densité faible de professionnels de santé (Loire-Atlantique et Finistère). Ainsi, les départements ayant le moins de médecins généralistes libéraux et de chirurgiens-dentistes libéraux pour 10.000 habitants, engendrant ainsi un accès aux soins fortement limité, sont les suivants (classés du moins bien doté au mieux doté) .

- 1. Seine-Saint-Denis;
- 2. Sarthe;
- 3. Hauts-de-Seine;
- 4. Territoire de Belfort;
- 5. Corrèze.

A l'inverse, les départements ayant la plus forte densité de médecins généralistes libéraux et de chirurgiens-dentistes libéraux pour 10.000 habitants, facilitant ainsi l'accès aux soins, sont les suivants (classés du mieux doté au moins bien doté) :

- 1. Alpes-Maritimes;
- 2. Meurthe-et-Moselle;
- 3. Loire-Atlantique;
- 4. Finistère.

Cependant, ces classements ne tiennent pas compte des variations territoriales à l'intérieur des départements. Par conséquent, comme en témoigne la psychologue travaillant pour le CD06, l'accès aux soins est plus difficile dans le Haut Pays et au contraire plus aisé sur la bande littorale. Concernant le Finistère, si le non-recours aux soins est faible dans le Nord Finistère, il est plus important dans le COB. Ensuite, « le centre Finistère présente une moindre accessibilité aux soins de médecine générale que le littoral et les principales agglomérations » (Conseil département du Finistère, 2019). Une autre étude sur la santé des femmes, publiée en 2018, montre qu'en Bretagne, il est difficile de trouver un médecin traitant principalement dans les Côtes d'Armor et en Centre Bretagne – dont fait partie le COB (Fédération des acteurs de la solidarité Bretagne, 2018). Ces problématiques, liées notamment aux zones rurales, questionnent la mise en œuvre d'un accompagnement de proximité – à travers des VAD et un accompagnement physique aux rendez-vous médicaux - ou non, élément que nous aborderons dans le III.B.2.

A toutes ces problématiques, s'ajoute la méconnaissance du système de santé, et notamment au niveau local. Il s'agit d'une des raisons citées par les répondants au BRS de 2017 (Revil, 2018). Effectivement, les infirmières-insertion du Pays de Brest se sont rendu compte que les personnes ne connaissaient pas leur environnement de soin sur le rural, ou ne connaissaient que les structures brestoises. Elles ont donc décidé de mettre en œuvre une information collective santé sur le rural. A travers des cas concrets où elles exposent une situation fictive (fragilité sur le plan psychique / addictologie / handicap / renoncement aux soins / insertion professionnelle), elle énumère les différents acteurs qui peuvent être sollicités. L'idée n'est pas que les personnes retiennent l'entièreté des informations délivrées, mais de pouvoir échanger et passer le message qu'elles sont là si un besoin d'informations se révèle un jour. Enfin, elles terminent l'information en distribuant un annuaire des coordonnés utiles, et elles fournissent le lien d'une plateforme en ligne, présentée sous-forme de carte, où les personnes peuvent retrouver toutes les informations délivrées durant l'intervention.

Cette action est intéressante, notamment si l'on prend en compte l'échange avec la TEAM Insertion. En effet, la personne interrogée nous expliquait que lorsqu'elle était nouvelle entrante au RSA, elle n'avait reçu aucune information sur la santé, mise à part un formulaire d'inscription au bilan de santé de la CPAM et une fiche explicative du dispositif. Elle souhaiterait qu'il existe une forme d'annuaire des structures existantes lorsqu'on rencontre telle ou telle problématique de santé. Ainsi, les fiches techniques par problématiques de santé élaborées durant mon stage, pourraient être synthétisées dans un livret distribué aux nouveaux entrants.

Face à toutes ces problématiques empêchant un accès aux soins fluide des bénéficiaires du RSA, il ne faut pas pour autant penser que les professionnels de santé positionnés sur la santé ont « une baguette magique », comme cela m'a été précisé dans plusieurs entretiens menés. Si la personne n'est pas volontaire, l'accompagnement n'aura aucun sens. En effet, la santé reste un sujet intime, il apparaît donc difficile de forcer une personne à se soigner.

III. La santé, objet d'un accompagnement devant respecter la liberté individuelle de la personne accompagnée

Le terme « insertion » renvoie dans le langage courant à l'insertion dans la société. L'insertion peut intervenir à travers différentes formes de socialisation : par le biais du monde du travail, des loisirs, des liens familiaux et amicaux, etc. Aussi, malgré les constats posés précédemment sur les liens entre santé et précarité, le fait que la santé soit objet d'une démarche d'insertion n'est pas si évident (A). Pourtant, un accompagnement par un professionnel de santé est une ressource supplémentaire pour permettre aux personnes précaires de développer des aptitudes individuelles et de raccrocher au système de santé en réduisant les inégalités de santé – conformément aux deux derniers axes de la Charte d'Ottawa (B).

A. Un sujet intime, objet d'une démarche d'insertion

1. Des modalités devant respecter l'intimité de la personne

Traditionnellement le cœur de métier des infirmiers et des AS est l'individuel, aussi ces professionnels « se disent [souvent] peu investis dans la mise en place d'actions collectives » (Dollet, 2014). Pourtant, dans beaucoup de départements il s'agit d'une modalité utilisée face aux freins liés à la santé (Finistère, Territoire de Belfort, Seine-Saint-Denis, Meurthe-et-Moselle, Alpes-Maritimes, Loire-Atlantique et Sarthe). Cela peut avoir deux utilités : il peut s'agir d'un accompagnement complémentaire au suivi individuel permettant de travailler d'autres choses, et/ou il peut s'agir d'une façon de maximiser les moyens existants.

Le nombre d'allocataires du RSA résidants sur le Pays de Brest représente la moitié des effectifs finistériens. Bien qu'il y ait des moyens supplémentaires, il reste un grand nombre de demandes à traiter. Aussi, depuis quelque temps, le territoire met en œuvre des sessions collectives, dans lesquelles la référence RSA des allocataires du RSA en orientation sociale n'est plus exercée par une AS en individuel, mais par le SIL en collectif. Lors de ces sessions collectives, une thématique est abordée, et il est proposé de contractualiser dans un CER à la suite. Il existe donc depuis 2020, une session collective santé dans laquelle les infirmières-insertion interviennent pour présenter le centre

d'examen de santé de la CPAM où sont réalisés les bilans de santé. Lors de ces sessions, la situation individuelle des allocataires présents n'est pas évoquée.

En effet, il s'agit d'une des peurs des personnes, lorsqu'une action collective est proposée : le fait de devoir évoquer leurs situations individuelles. Bien qu'il s'agisse d'une forme d'intervention intéressante, cette modalité ne convient pas à tout le monde. Il est vrai que la santé étant un sujet intime, certaines personnes ont peur qu'une action collective entraîne le dévoilement de leurs propres problématiques de santé devant le groupe. Or, ce n'est majoritairement pas le cas en Finistère, mise à part le groupe de parole « soit dit en passant » qui s'adresse à toute personne isolée dans ses difficultés (il s'agit souvent de problématiques de santé). Hors le cas de ce groupe de parole, les actions collectives finistériennes n'abordent la santé que de manière générale, en délivrant de l'information : session collective santé (Pays de Brest), information collective santé (Pays de Brest et Morlaix), information collective en chantier et atelier d'insertion (Pays de Brest et Morlaix), atelier nutrition avec les femmes gens du voyage (Pays de Morlaix). Néanmoins, cette dynamique a été quelque peu ralentie par la crise sanitaire, car les personnes suivies par les infirmières-insertion ont des problèmes de santé et donc potentiellement des comorbidités à la COVID-19.

Le format collectif peut donc être utilisé comme un complément à l'accompagnement individuel. Outre l'action des infirmières, des ateliers de remobilisation sociale peuvent agir sur la santé des personnes.

Prenons l'exemple de l'association « Sentier vous bien » qui propose un atelier de remobilisation sociale pour les allocataires du RSA du Pays de Brest. Le département finance l'atelier dans le cadre de sa politique d'insertion. J'ai eu l'occasion d'observer l'atelier durant une journée. Ci-dessous un extrait de mon compte-rendu d'observation.

Figure : extrait du compte-rendu d'observation réalisée le 09/07/2021 auprès de « Sentier vous bien »

« Le rendez-vous est à 9h45 au centre de social de Pen Ar Créac'h. Le matériel (chaussures et sac) est prêté : les participants le gardent de séance en séance.

Il s'agit d'un petit groupe de 5 personnes (2 femmes et 3 hommes) de tous âges [...]. Il manque une femme qui ne viendra pas. Ils sont tous allocataires du RSA, d'ailleurs le vendredi, c'est la journée des allocataires du RSA. Mais lors de la séance, on n'en a que faire que l'on soit allocataire du RSA ou pas ; chez « Sentier vous bien » on parle de « participants ». Certains sont sur l'action depuis plusieurs mois, d'autres plusieurs séances.

Dominique [l'un des fondateurs de l'association et l'intervenant] m'explique avant qu'on ne parte que si en cours d'activité, on ne sent pas à l'aise et qu'on souhaite arrêter, on le fait ; il n'y pas de jugements, pas de performances.

[...]

Dans le minibus, l'une des participantes m'explique qu'elle n'aime pas trop les activités en groupe de base, or là elle apprécie venir sur l'action, elle ne se sent pas jugée.

Lors de la séance, on ne marche pas plus de 4-5 kilomètres. On est en pleine nature. On laisse les téléphones portables au minibus.

La séance contient des activités inspirées de différentes techniques (méditation guidée, guidage à l'aide d'une baguette en bois et installation sur un rocher les yeux fermés pour appréhender le lieu par les autres sens que la vue, exercice un peu « tai chi » en binôme avec deux baguettes tenues par le bout des doigts, exercice visuel face aux paysages de la forêt, les petits pas pour monter une côte, marche afghane pour revenir au minibus), une séance de partage autour d'un repas (chacun apporte quelque chose). Le trajet aller-retour fait également partie intégrante de la séance.

A un moment, l'un des participants évoque le fait que lorsqu'on est allocataire du RSA, on est constamment jugé, stigmatisé par la société.

Les deux participantes m'expliquent que cette journée du vendredi, c'est « une bouffée d'air frais » dans leur quotidien, loin des soucis, etc. L'une d'entre elle ajoute que c'est « sa journée ». Elles semblent être heureuses d'être là.

Lors des deux premiers exercices (méditation guidée et guidage avec la baguette en bois), plusieurs participants semblent être plutôt à l'aise. Dominique m'explique plus tard que c'est normal car ce sont les activités qu'ils font le plus souvent. De plus, lors de l'activité de guidage, l'une des participantes demandent si elle peut guider les autres (comme elle connaît l'exercice), cela montre qu'elle a assimilé et qu'elle souhaite désormais transmettre/mettre en œuvre les compétences acquises.

Certains semblent être en contact en dehors des séances. Du lien social se crée grâce à l'atelier.

L'une des participantes parle du fait qu'elle essaye de reproduire la médiation guidée chez elle. Elle essaie d'appliquer à son quotidien une compétence acquise. »

A travers ce compte-rendu, on observe principalement plusieurs éléments. Premièrement, « Sentier vous bien » crée une dynamique collective lors de ces ateliers en réunissant un petit groupe sur une longue durée, en proposant des moments de convivialité (minibus, repas) et en instaurant un climat de confiance. Des personnes qui au premier abord sont plutôt isolées dans leurs problématiques semblent apprécier ce moment. L'isolement social pouvant être la source de souffrances psychiques, l'association agit de cette manière sur la santé. Deuxièmement, à travers les exercices réalisés, notamment la méditation guidée, l'animateur donne des outils aux participants pour gérer leur stress. Troisièmement, le fait de sortir du quotidien semble avoir un effet bénéfique sur les participants, cela leur permet de sortir de leurs difficultés quotidiennes. Quatrièmement, des compétences sociales sont

travaillées lors des séances, en fonction du profil de chaque personne, de son avancée, et de son parcours. L'association se situe ainsi dans un objectif d'insertion sociale. Enfin, l'individualité de chaque personne est ici prise en considération. La liberté individuelle est respectée, chaque personne va à son rythme, en fonction de ses capacités et de ses envies.

Quoi qu'il en soit, les éléments travaillés ici n'auraient pas pu l'être dans le cadre d'un accompagnement individuel classique par un professionnel de santé. Aussi, d'une manière générale, la mise en œuvre d'actions collectives permet de rencontrer l'usager d'une autre manière en n'évoquant pas forcément sa situation individuelle. Les participants peuvent ainsi, s'ils se sentent à l'aise, exprimer leurs points de vue et débattre, cela aboutit parfois même à la création d'un groupe avec une identité propre. On tend alors vers une action de type communautaire, telle que définie par le troisième axe de la charte d'Ottawa.

Par conséquent, la modalité collective, bien utilisée, respecte la liberté individuelle des personnes accompagnées.

2. Le questionnement autour de l'application des sanctions RSA

Selon l'alinéa 2 de l'article L. 262-37 du CASF, le versement du RSA peut être suspendu lorsque les contenus du CER ne sont pas respectés par leurs bénéficiaires (Article L262-37, s. d.). De plus, audelà d'une durée de suspension fixé par décret, l'article L. 262-38 du CASF prévoit que le « président du conseil général procède à la radiation de la liste des bénéficiaires du revenu de solidarité active » (Article L262-38, s. d.).

Par conséquent, si le suivi infirmier est intégré au contrat d'insertion, le manquement à l'un de ses rendez-vous peut-il entraîner la suspension du RSA de l'allocataire, et à terme, sans régularisation, sa radiation? Cette question a été posée lors d'un des points d'étape réalisé en présence des cheffes de SIL. Toutes ont répondu de manière unanime qu'elles n'entendaient pas prononcer de sanction au seul motif d'un manquement aux rendez-vous infirmiers, car la santé étant un sujet intime. Ainsi, on ne peut sanctionner quelqu'un au niveau de son RSA, c'est-à-dire suspendre ou supprimer tout ou partie de ses revenues, car il ne souhaite pas se soigner. En revanche, par souci de cohérence, lors du renouvellement de son contrat d'insertion, l'allocataire absent ne pourra y inscrire un suivi infirmier.

Aussi, malgré le cadre législatif rigoureux entourant le RSA, les objectifs d'insertion liés à la santé, contenus dans un contrat d'insertion, restent à part. De la sorte, la santé est considérée comme un sujet intime relevant de la liberté individuelle de la personne.

1. La primauté de la priorité de l'usager

Comme l'explique l'une des infirmières-insertion du Pays de Cornouaille, face à une situation, il y a la problématique identifiable par l'AS, celle identifiable par l'infirmière, et celle identifiable par l'usager (entretien n°13). De plus, il y a également les objectifs affichés de l'action. Globalement, les objectifs finaux sont la réinsertion sociale et/ou professionnelle, l'autonomie de la personne accompagnée, et l'orientation vers des dispositifs adaptés (AAH, RQTH).

Face à ces quatre objectifs différents, desquels découlent des priorités différentes, quelle stratégie faut-il adopter ? En effet, depuis 2004, les AS doivent mettre en œuvre des stratégies pour aboutir à un plan d'actions négocié avec l'usager. Dans le cadre du RSA, cela figure dans le CER.

En effet, dans l'un de ses articles, Brigitte Portal parle de négociation. Néanmoins, pour cette autrice dans la relation d'aide, il n'y a pas de perdant et de gagnant à la négociation, l'idée étant de faire gagner les deux parties. Dans ce cas, elle préconise à l'accompagnant de se mettre en retrait afin d'écouter la position de l'usager et de la prendre en considération dans le plan d'actions. Si dans le sens commun la négociation se manifeste en cas de désaccord, l'étymologie du mot « negotium » signifie « ne pas avoir le loisir de », aussi selon Brigitte Portal : « La négociation apparaît comme une affaire délicate. Elle est active et demande un effort. » (Portal, 2017). Par conséquent, la négociation renvoie à « l'art de s'entendre entre parties » (Portal, 2017). Et pour ce faire, elle doit intervenir à toute étape de la relation d'aide, et non seulement au moment de la rédaction du CER (Portal, 2017). C'est ainsi qu'une fois la personne orientée vers l'infirmières-insertion, cette dernière explore la situation de l'usager et lorsque l'institution, l'AS, l'infirmière, et l'usager ont des priorités différentes, l'infirmière travaillera avec les priorités de la personne accompagnée dans un premier temps.

Effectivement, l'infirmière-insertion du Pays de Morlaix nous explique qu'elle travaille avec les priorités de la personne en nous donnant l'exemple suivant : parfois, elle se rend bien compte que la personne aurait besoin d'un suivi en addictologie du fait de ses addictions, néanmoins la personne souhaite travailler sur ses dents. Elle va donc travailler en priorité sur la dentition de la personne accompagnée. Elle ajoute que de par son expérience professionnelle, elle s'est rendu compte qu'on ne peut avancer qu'avec les personnes et à leur rythme, sinon cela ne fonctionne pas (entretien n°12). Par ailleurs montrer à la personne que l'on respecte sa volonté permet de nouer un lien de confiance, et peut-être que plus tard, il sera envisageable de l'accompagner vers un suivi en addictologie. Aussi, selon Caroline Desprès l'individu peut être appréhendé de deux manières, comme un « Sujet comme l'est le sujet du verbe, c'est-à-dire auteur, et parfois maître de ses actes », ou comme « sujet comme l'est le sujet du roi, c'est-à-dire en parti assujetti ou inféodé à une force qui le dépasse, en l'occurrence

aux déterminants sociaux, au contexte politique et aux influences culturelles, autrement dit à d'autres lois et d'autres règles que les siennes propres » (Desprès, 2018). Dans notre cas, les infirmières-insertion considèrent l'usager comme un sujet acteur et volontaire.

Néanmoins, « lorsque les situations financières sont fragiles et même si la grande majorité des personnes accorde de l'importance à sa santé, les dépenses liées aux soins ne sont pas la priorité » (Revil, 2018). Les personnes précaires privilégient les dépenses permettant de couvrir les besoins primaires (manger, se loger). Cependant, il convient de relativiser ces propos, puisqu'une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) au sujet du renoncement montre que « la santé n'est pas le domaine le plus souvent cité par les allocataires parmi ceux pouvant faire l'objet de privation ou de renoncement. Plus d'un bénéficiaire du RSA âgé de 18 à 59 ans sur deux déclare se priver « beaucoup » par manque d'argent sur le poste des vacances (62 %) et de l'habillement (52 %). Ils sont un tiers à déclarer renoncer « beaucoup » concernant le logement (34 %) ou les invitations à domicile (31 %). En revanche, les postes des études, des assurances et de la santé semblent faire moins l'objet de fortes privations : seulement respectivement 4 %, 11 % et 11 % des enquêtés ont coché « oui, beaucoup » en référence aux privations » (Moisy, 2014). La santé reste quelque chose d'important pour les bénéficiaires du RSA, bien que des renoncements aux soins existent.

Ainsi, afin de respecter les priorités de la personne accompagnée, les infirmières-insertion finistériennes adoptent une posture professionnelle respectant l'individualité de l'usager.

2. Une posture professionnelle spécifique favorisant la mobilisation de l'usager

La posture adoptée par les infirmières-insertion est toute nouvelle puisque traditionnellement, les IDE ne sont pas dans l'accompagnement des personnes vers le soin, au contraire elles prodiguent le soin. Ce changement de posture est évoqué par l'infirmière-insertion qui au moment de mon étude était en remplacement sur le secteur du COB: « On passe d'un travail de technicienne à un travail d'accompagnement, de discussion, donc c'est sûr que ça change. [...] J'ai tendance à réfléchir un petit peu comme l'infirmière d'hôpital... parce que je viens de là. Donc j'agis un peu avec mon ressenti. Et j'ai un peu tendance à... action-réaction. Je reçois la personne et je me dis, il faudrait faire ça, ça, ça. Donc, peut-être que là-dessus je suis un peu trop, je veux peut-être faire les choses un peu trop vite » (entretien n°8). En effet, à l'hôpital, on a tendance à parer au plus urgent, la problématique la plus grave, or comme nous venons de l'exposer dans un accompagnement santé dans un parcours d'insertion la posture n'est pas la même: les priorités de l'usager priment. Les infirmières-insertion ont en quelque sorte un rôle de « guide », elles vont aider les personnes à rechercher l'information, à comprendre les explications des médecins, elles vont leur donner des conseils, etc. et tout cela dans

l'optique d'aider les personnes à rentrer dans une démarche de soin et s'y maintenir (Revil, 2018). Encore une fois, l'idée n'est pas d'imposer des informations, des conseils aux usagers, mais de mettre à disposition leurs expertises au service des personnes accompagnées sans orienter leurs choix (Dubouchet, 2006).

Pour autant, ce travail de guidance n'est pas de tout repos, car il s'agit de personnes qu'il faut constamment remobiliser puisqu'elles sont dans des situations extrêmement précaires avec de multiples problématiques (logement, isolement social, santé, etc.) (entretien n°19). Néanmoins, des techniques et des modalités peuvent aider à mobiliser les personnes accompagnées.

Par exemple, pour aider l'individu à porter sa voix, à faire émerger sa volonté, il est possible d'utiliser des techniques inspirées de la psychologie, telle que l'entretien motivationnel. Selon l'Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel (AFDEM), il s'agit d'un « style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. » Cette technique a été élaborée dans les années 80 pour traiter les dépendances liées à l'alcool. Aujourd'hui, l'entretien motivationnel est utilisé pour de nombreuses problématiques de santé : addictions, problématiques de santé mentale, problèmes d'alimentation, etc. L'entretien motivationnel est utilisé lorsque la « personne est ambivalente face à un changement de comportement donné, comportement dont le maintien a déjà, ou pourrait avoir des conséquences importantes sur sa santé où sa situation sociale » (AFDEM, 2014). Comme nous l'avons montré plus haut l'une des infirmières-insertion essaye d'utiliser cette technique, grâce à des conseils acquis lors de colloques. Face aux problématiques de santé identifiées comme étant récurrentes, il apparaîtrait plus qu'opportun de former les infirmières-insertion finistériennes à cette technique afin qu'elle puisse aider les personnes à sortir de leurs ambivalences, formuler leurs problèmes et trouver des solutions par elles-mêmes.

Au-delà des techniques, des modalités d'accompagnement peuvent favoriser la mobilisation de l'usager. Pour commencer même si les rendez-vous sont espacés (comme sur le Pays de Morlaix, où les rendez-vous peuvent être à des mois d'intervalles), il apparaît important d'avoir à minima des contacts réguliers avec l'usager, pour ne pas le perdre. Dans le Territoire de Belfort, la modalité est que l'infirmière-insertion doit avoir un contact avec toute sa file active, au minimum une fois par mois. Et ce même si ces personnes sont en attente de rendez-vous chez des spécialistes, car cela permet de vérifier si les personnes réalisent les démarches pour raccrocher au système de soin. Et si cela est possible et utile, prévoir des rendez-vous à intervalles réguliers permet d'installer une forme de routine. Par exemple, l'offre de l'association SAMPS - qui est présente sur trois des départements interrogés – prévoit 8 rendez-vous espacés de 15 jours.

Ensuite, en fonction des effectifs et des choix d'organisation, les modalités mises en œuvres se situent plus ou moins dans une démarche « d'aller vers ». Mais quel est l'intérêt de cette démarche ? Dans un article publié dans Vie sociale, l'expérience d'une articulation entre sanitaire (équipe de santé mentale et exclusion sociale) et social (secours catholique) - afin de favoriser l'accès aux soins des personnes à la rue, nous éclaire sur le sujet : « Nos codes de soins sont particulièrement contraignants. Ils imposent long terme, régularité, démarche volontaire, rendez-vous prévus à l'avance, etc. Autant d'exigences généralement bien éloignées des possibilités d'une personne à la rue, pour qui projection dans le futur, prévision, organisation, planification, démarche personnelle ne font pas partie de la vie. On voit alors tout l'intérêt d'un accueillant, qui lui présente les infirmières, lui conseille une démarche, la re-conseille, la désire à la place de l'autre, les accompagne physiquement, la reconditionne régulièrement, appui indispensable pour accompagner le désir souvent balbutiant de cet accueilli à s'occuper de lui-même et de sa santé. Or, cela prend souvent des mois, voire parfois des années » (Arveiller & Corteel, 2007). Dans cet extrait, il ressort que la question du temps, déjà évoquée à plusieurs reprises, est prégnante. Les personnes en insertion ne sont pas dans la projection, dans l'avenir, mais dans une perspective de court terme, souvent due à la précarité de leurs situations. Aussi, l'accompagnement vers le soin par un professionnel de santé, ou en tout en cas une personne de confiance, peut permettre d'éviter que la personne abandonne. Pour ce faire, nous allons évoquer la VAD et de l'accompagnement physique aux rendez-vous médicaux à travers l'exemple du Finistère.

Si sur les trois DTAS la modalité de la VAD est possible, elle est mise en œuvre à différents degrés : d'un accompagnement dit « de proximité » sur la DTAS du Pays de Cornouaille à une modalité possible mais à la marge sur les Pays de Morlaix et COB, en passant par une modalité possible pour des raisons empêchant les personnes de se rendre en CDAS (DTAS Pays de Brest). Outre les seules problématiques de mobilité, la VAD a ses avantages pour les personnes ayant une problématique de santé physique ou psychique les empêchant de sortir de chez elles, ou lorsque cela permet d'identifier d'autres éléments utiles à l'accompagnement santé (syndrome de Diogène, logement insalubre, etc.).

En revanche, c'est sur l'accompagnement physique aux rendez-vous médicaux que les mises en œuvre des DTAS divergent fortement : possible sur le Pays de Cornouaille, à la marge sur le Pays de Brest, et impossible sur les Pays de Morlaix et COB. Cependant, une question se pose : pourquoi accompagner physiquement aux rendez-vous médicaux ? Un accompagnement physique avec un professionnel de santé se justifie pour plusieurs raisons :

 Pour des personnes isolées socialement ayant peur d'aller vers les autres, ainsi que pour les personnes souffrant de phobie sociale. La présence de l'infirmière - avec qui un lien de confiance a été noué - permet de favoriser l'accès aux soins.

- O Pour les personnes angoissées, l'infirmière pourra rassurer la personne avant le rendez-vous, faire office d'intermédiaire durant le rendez-vous (expliquer la situation au médecin), et à l'issue de l'entretien réexpliquer le contenu de la consultation médicale à l'allocataire. Cela pourra permettre éventuellement d'aider à mettre en œuvre les préconisations du médecin (ex : médecin traitant préconise un rendez-vous avec un ophtalmologue).
- Enfin, l'accompagnement de proximité, l'aller vers, dont fait partie l'accompagnement physique permet de créer une relation de confiance, ou en tout cas favorise sa création. Cette relation de confiance est d'autant plus importante que le public des allocataires du RSA est difficile à mobiliser.

Malgré la plus-value de cet accompagnement physique, en l'état, les effectifs présents sur le Pays de Morlaix (1 ETP) et sur le Pays de COB (0,5 ETP) ne sont pas suffisants pour réaliser de l'accompagnement physique. Aussi, les infirmières et la cheffe de SIL tentent de trouver d'autres solutions. Par exemple, il arrive que l'infirmière-insertion du Pays de Morlaix oriente vers le Point santé de Morlaix, qui a une infirmière pouvant accompagner physiquement. Mais le secteur est limité à Morlaix et 20 communes autour. Ainsi, à ce jour aucune solution satisfaisante de relai n'a été trouvée sur les Pays de Morlaix et COB.

Enfin, les problématiques liées à la mobilité - et notamment en zones rurales sous dotées en professionnels de santé – peuvent entraîner un accompagnement physique à ce jour. Par exemple, une personne alcoolique a rendez-vous à 10h30 à la clinique de l'Odet. Habitant en zone rurale, elle est obligée de prendre un car arrivant à 8h à Quimper. Etant stressée, elle passe le temps à attendre au bar à s'alcooliser. Au final, le médecin ne l'accepte pas aux rendez-vous car elle est alcoolisée. Si l'infirmière-insertion l'avait accompagnée physiquement au rendez-vous, peut-être qu'elle ne se serait pas alcoolisée et donc que le rendez-vous aurait pu avoir lieu. Pourtant, est-ce aux professionnels de santé de « faire le taxi » jusqu'aux lieux de rendez-vous médicaux ? Logiquement non, cela ne doit pas être le cas. Pourtant, à défaut d'autres réponses, c'est souvent ce qu'il se passe. En effet, la sage-femme de PMI - exerçant sur le secteur du COB et du Pays de Morlaix sud - conduit de temps à autre des femmes enceintes à des rendez-vous de suivi de grossesse, car aucune autre solution n'existe. Ainsi, le département, au regard sa compétence d'insertion sociale des allocataires du RSA, pourrait se positionner sur le transport d'utilité sociale en réalisant un appel à projets. Il s'agit là de faciliter l'accès aux soins des personnes précaires, vivant en milieu rural et n'ayant pas de moyens de transports.

Ainsi mettre des moyens à la disposition des usagers pour faciliter leur accès aux soins permet de les mobiliser plus facilement, puisqu'ils sont moins tentés d'abandonner face à toutes les barrières qui se dressent face à eux (II.C.2.).

Néanmoins, ces démarches d'aller vers ont certes leurs avantages, mais elles peuvent néanmoins être dangereuses dans un autre sens. Effectivement, d'après les entretiens menés, cela peut placer la personne dans une situation de dépendance et produire l'effet inverse de la mobilisation attendue, car une fois l'accompagnement clôturé, la personne ne sait pas faire par elle-même. Ainsi, progressivement, la situation risque de se dégrader à nouveau, et l'objectif d'insertion ne sera pas rempli. Il faut arriver à trouver le juste milieu entre accompagnement de proximité et autonomie. Par exemple, dans la Sarthe, la VAD n'est pas le principe. D'ailleurs, L'objectif étant l'insertion, il leur parait important que la personne se saisisse des ressources à sa disposition, et qu'elle se déplace pour les rendez-vous avec le professionnel de santé au minimum dans la mairie de son village.

De la même manière sur la prise de rendez-vous médicaux, certaines infirmières-insertion finistériennes prennent parfois les rendez-vous à la place de l'usager. Pourtant, la psychologue interrogée dans le département des Alpes-Maritimes nous explique que cela est complètement contreproductif: « Alors ça va dépendre beaucoup des situations, majoritairement, on essaye que ce soit la personne qui prenne le rendez-vous, dans certaines situations, c'est difficile donc on le fera avec le bénéficiaire. Mais on ne le fera jamais à leur place, sans leur présence ou quelque chose de cet ordre-là. Ça reste très minoritaire comme démarche de le faire avec eux. [...] C'est important parce que l'objectif reste une autonomie à développer et qu'on ne sera pas à leur côté effectivement toute leur existence. Donc on essaye beaucoup de travailler sur ce qu'ils peuvent mettre en place eux, pour pouvoir à un moment donné être complètement autonome dans leurs démarches de santé à minima, et dans leur vie de manière générale » (entretien n°16).

Par conséquent, de nombreuses techniques et modalités sont développées pour aider la personne accompagnée à se mobiliser, si cela est sa volonté. Néanmoins, il faut éviter d'utiliser ces modalités si cela peut rendre dépendant l'usager et ainsi aller à l'encontre de l'objectif d'insertion. Pourtant, comme cela vient d'être énoncé, il n'y pas toujours d'autres solutions à ce jour que le professionnel de santé lui-même. C'est à ce niveau-là que le Conseil départemental peut apporter son aide.

CONCLUSION

En résumé, le Conseil départemental est un acteur de promotion de la santé à part entière. En effet, sans aller au-delà de ses attributions, en prenant en considération la santé des personnes accompagnées dans sa politique d'insertion, il agit sur la santé de ces personnes. Ainsi, les enjeux institutionnels liés aux obligations légales ne font pas à obstacle à l'intervention du département dans le domaine de la santé. Néanmoins, ce qui en conditionne l'existence, c'est la volonté politique des conseillers départementaux élus tous les six ans. Ce mémoire s'appuyant sur l'analyse de onze départements, on peut affirmer que prendre en compte la santé dans les politiques départementales est possible. Par conséquent, il est tout à fait envisageable que le Conseil départemental du Finistère en fasse de même dans d'autres domaines (ex : logement).

Ainsi, au-delà du Conseil départemental, c'est l'articulation entre le sanitaire et le social qui était questionnée dans ce mémoire professionnel. Aussi, comme cela était posé à la lueur de l'articulation entre action sociale et santé mentale, peut-on conclure à un « mariage d'amour ou bien un mariage arrangé » (Roche, 2007) entre action sociale dans le domaine de l'insertion et santé ? Dans cet article de François Roche, plusieurs conditions pour aboutir à un mariage d'amour semblent être décrites :

- 1. Il faut une « volonté de s'engager dans l'aventure » (Roche, 2007) ;
- 2. Il faut faire participer l'usager;
- 3. Il faut savoir reconnaître ses limites, et par conséquent recourir à d'autres professionnels si ceux-ci sont plus compétents ;
- 4. Il faut avoir une posture éthique (Roche, 2007).

Concernant le premier critère, on peut d'ores et déjà affirmer qu'en Finistère, la volonté politique est présente. De plus, les professionnels de santé et du social sont en faveur de l'intégration des questions de santé. De cette manière, ces derniers remplissent le troisième critère, puisque l'intervention des professionnels de santé-insertion est souvent née des limites des travailleurs sociaux. Ensuite, dans la pratique, un travail en équipe pluridisciplinaire où chacun respecte le rôle et la place de l'autre semble se mettre en œuvre dans les dix départements interrogés, ayant un ou plusieurs dispositif(s) « santé / insertion ». Concernant la participation de l'usager, les infirmières-insertion finistériennes travaillent avec les priorités de l'usager et par leur posture professionnelle, elles tentent de les mobiliser dans leurs parcours « insertion / santé ». Enfin, concernant l'éthique, il s'agit d'une question complexe, puisque chaque profession a ses valeurs, et en intégrant des professionnels de santé dans une structure sociale, on peut quelque peu bousculer leur éthique. Par exemple, est-ce éthique de prendre en considération la santé dans un parcours d'insertion, au regard de la liberté individuelle ? Cette

question est tout l'objet de la troisième partie des résultats. Aussi, on peut prendre en considération la santé dans une politique d'insertion certes, mais il ne faut pas oublier que la santé reste un sujet intime, le cas échéant on risque d'adopter une politique et des pratiques professionnelles non-éthiques. Ainsi, la réflexion autour de l'éthique est au cœur des travaux réalisés dans le cadre de ce stage. Par conséquent, de mon point de vue, on peut conclure à un « mariage d'amour » (Roche, 2007) entre santé et insertion. D'autant plus, que fasse aux liens observés entre santé et précarité, une prise en charge globale des allocataires du RSA est plus que souhaitable.

Ensuite, différents acteurs interviennent dans l'intégration de la santé dans un parcours d'insertion, comme nous avons pu le constater tout au long du développement : conseillers départementaux, techniciens de l'insertion (agents des DTAS et de la DIELD), infirmières-insertion, usagers. Tous font face à des enjeux différents, mais ces derniers ne sont pas incompatibles. Néanmoins, les différents acteurs ne sont pas considérés de la même manière. En effet, au regard de la structuration institutionnelle du Conseil départemental, des visions semblent dominer. Les orientations du Conseil départemental étant décidées par les conseillers départementaux, leurs visions semblent primer sur les autres. Autrement dit, un département peut autant mettre en œuvre une politique de santé volontariste dans le cadre de ses compétences, qu'il peut ne pas le faire. En revanche, les conseillers départementaux prennent des décisions en concertation avec les diagnostics et les rapports élaborés par les techniciens, qui sont eux-mêmes en contact avec les agents du terrain. Ainsi, les agents du département participent indirectement aux orientations définies. Enfin, la prise en considération de l'usager est encore insuffisante, puisque lors de la construction de cette politique, très peu d'allocataires du RSA ont été rencontrés.

Cependant, les interactions entre acteurs (conseillers départementaux et agents administratifs de la DIELD et des DTAS; travailleurs sociaux, infirmières-insertion et partenaires de l'insertion; et enfin travailleurs sociaux, infirmières-insertion et personnes accompagnées) permettent d'apporter une cohérence dans ce système. Autrement dit, tous les acteurs ne sont pas directement reliés, et n'échangent pas directement, mais les différents espaces d'échange prévus aux différents niveaux hiérarchiques permettent à tous les points de vue d'être pris en considération.

Néanmoins, à mon arrivée en avril 2021, des tensions existaient autour de la mission de stage « RSA et santé ». Comme cela apparait dans ce mémoire, des tensions existaient entre acteurs, mais également vis-à-vis de ma mission et de mon intervention. Le fait qu'une direction thématique (DIELD) aille observer la mise en œuvre des directions territoriales (DTAS) a pu être mal reçu au départ. Pourtant, au final, ce travail a permis de mettre en lumière le travail des SIL depuis février 2020, de constater les difficultés rencontrées par les professionnels et ainsi d'apporter des propositions de

solutions. Finalement, les livrables réalisés ont été globalement bien reçus. Le fait de solliciter régulièrement les cheffes de SIL et les infirmières-insertion, pour construire ou corriger les documents, a permis de construire une forme de « collectif » autour de la thématique « santé / insertion ». On peut ainsi affirmer que j'ai eu le rôle de « liant au système », en interrogeant différents acteurs, en faisant dialoguer leur propos, et en les exposant. En effet, afin d'assurer une meilleure coordination des acteurs intervenant à différents niveaux dans les sanitaire et social, l'Académie de médecine préconise dans l'un de ses rapports de mettre en place « une structure de coordination » (Académie Nationale de Médecine, 2017). Ainsi, on peut considérer que mon travail a permis d'assurer cette fonction de coordination.

On peut néanmoins émettre un bémol. Effectivement, aucun AS n'a été rencontré dans le cadre de cette mission, de même pour les conseillers départementaux. Afin de mieux prendre en considération leurs points de vue, il semblerait intéressant d'intégrer des TS aux réunions et groupes de travail « insertion / santé », qui vont être mis en œuvre dans les mois à venir.

Enfin, cette expérience de stage a été très enrichissante. Cette mission de stage ayant été réalisée en autonomie, j'ai pu développer des compétences professionnelles à l'oral du fait des restitutions régulières; dans l'animation et le pilotage d'un projet en réseau ; et enfin dans l'organisation étant totalement autonome sur la gestion de mon agenda.

J'ai également pu découvrir le secteur de l'action sociale, et plus spécifiquement de l'insertion. Cela a donc confirmé mon attrait pour les sujets « santé / précarité », aussi, je souhaite poursuivre professionnellement en en ce sens. Par conséquent, j'aimerai soit travailler en collectivité territoriale (communes, communautés de communes, métropoles, départements, régions) dans une perspective de promotion de la santé en agissant sur les déterminants de la santé par le biais des compétences de la collectivité, soit dans le monde associatif dans une structure spécialisée sur les sujets santé-précarité.

En outre, ce stage m'a permis de me rendre compte que j'aime le partenariat et la gestion de projets. Néanmoins, pour le moment je n'ai eu l'occasion d'expérimenter que la phase diagnostic et préconisations de la gestion de projets. Ainsi, je souhaiterais désormais être référente de l'entièreté d'un projet (diagnostic, orientations, mise en œuvre, évaluation).

En résumé, la réalisation de ce stage et de ce mémoire professionnel m'ont apporté autant intellectuellement que professionnellement, en mettant en œuvre les connaissances et compétences acquises durant ma formation à l'EHESP (Master 1 Sciences Sociales et Management, Master 2 PSP). Effectivement, porter les questions de santé pour le compte d'une collectivité fut une expérience enrichissante qui a achevé de me préparer pour le monde professionnel.

BIBLIOGRAPHIE ET SITOGRAPHIE

- À quels niveaux se situent les seuils de pauvreté en France ? (2020, septembre 11). Observatoire des inégalités. https://www.inegalites.fr/A-quels-niveaux-se-situent-les-seuils-de-pauvrete-en-
- Académie Nationale de Médecine. (2017). Précarité, pauvreté et santé (N° 17-05; p. 24).
- AFDEM. (2014, décembre 23). Qu'est-ce que c'est ? *AFDEM*.

 https://afdem.org/entretienmotivationnel/qu-est-ce-que-c-est/
- Affection de longue durée (ALD). (2021, janvier 6). ameli. https://www.ameli.fr/assure/droitsdemarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree-ald
- Article L262-29, Code de l'action sociale et des familles. Consulté 7 septembre 2021, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031087861/
- Article L262-36, Code de l'action sociale et des familles. Consulté 22 août 2021, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article lc/LEGIARTI000027572605
- Article L262-37, Code de l'action sociale et des familles. Consulté 7 septembre 2021, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027572609/
- Article L262-38, Code de l'action sociale et des familles. Consulté 7 septembre 2021, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031087709/
- Article L263-1, Code de l'action sociale et des familles. Consulté 20 août 2021, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027572553/
- Arveiller, J.-P., & Corteel, C. (2007). Articulation entre champ sanitaire et champ social face aux personnes en situation d'exclusion sociale. *Vie sociale, N° 1*(1), 59-64.
- Blanchet, N., & Revil, H. (2018). Evaluation participative de la PFIDASS du Gard. ODENORE.

- Bréchat, P.-H., & Lebas, J. (2012). *Innover contre les inégalités de santé*. Presses de l'EHESP;

 Cairn.info. https://www.cairn.info/innover-contre-les-inegalites-de-sante-
 9782810900794.htm
- Calvo, M., & Richet-Mastain, L. (2020). *Les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux et de la prime d'activité fin 2018* (N° 61; Dossiers de la DREES). DREES. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/les-conditions-de-vie-des-beneficiaires-de-minima-sociaux-et
- CartoSanté. (s. d.). Consulté 7 septembre 2021, à l'adresse https://cartosante.atlasante.fr/#c=home Charbonnel, J.-M. (2014). Point de repère. Définir et mesurer la pauvreté : Un exercice délicat.

 Informations sociales, n° 182(2), 10-15.
- Comité Régional du Travail Social de Bretagne. (2020). *Parcours de santé : Articulation entre secteur social et secteur sanitaire—Synthèse documentaire*.
- Conseil département du Finistère. (2019). Mission d'étude sur la stratégie départementale de prévention et de lutte contre la pauvreté (p. 98).
- Conseil économique et social. (1987). GRANDE PAUVRETÉ et PRÉCARITÉ ÉCONOMIQUE et SOCIALE (N° 6; p. 104).
- DARES. (2016). Les structures de l'insertion par l'activité économique. Un accompagnement très diversifié durant le parcours d'insertion (N° 019; DARES analyses).
- Définition et principes d'un marché public. (2020, octobre 1). BOAMP.fr.

 https://www.boamp.fr/Espace-entreprises/Comment-repondre-a-un-marchepublic/Questions-de-reglementation/Avant-de-repondre-a-un-marche-public/Definition-etprincipes-d-un-marche-public
- Desprès, C. (2012). *Le renoncement aux soins pour raisons financières* (N° 112; Série étude et recherches). DREES. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-detravail-1998-2019/le-renoncement-aux-soins-pour-raisons-financieres

- Desprès, C. (2018). Parcours de soins en situation de précarité : Entre détermination et individualisation. *Sante Publique*, *S1*(HS1), 157-163.
- Dollet, A. (2014). Apprendre à coopérer pour promouvoir la santé. *Recherche en soins infirmiers*, *N°* 118(3), 62-74.
- Dortier, J.-F. (2009). Jeux des acteurs et dynamique du changement. In *La sociologie*. Éditions Sciences Humaines. https://www.cairn.info/la-sociologie--9782912601858-page-163.htm?contenu=article
- Dreyfus, B. (2014). Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME :

 Les principaux constats et préconisations du Défenseur des droits. *Regards*, *N°* 46(2), 41-49.
- Dubouchet, L. (2006). Le droit des usagers face aux pratiques professionnelles. *Vie sociale, N° 1*(1), 59-70.
- Enfance / Famille—Les missions—Le Conseil départemental—Département du Finistère—29. (s. d.).

 Consulté 20 août 2021, à l'adresse https://www.finistere.fr/Le-Conseil-departemental/Les-missions/Enfance-Famille
- Fédération des acteurs de la solidarité Bretagne. (2016). Plateforme d'Observation Participative Précarité Santé (POPPS), éléments d'analyse synthétique de l'enquête biographique.
- Fédération des acteurs de la solidarité Bretagne. (2018). *Mieux comprendre la santé des femmes en situation de vulnérabilité*.
- France 3 Bretagne. (2021). *Départementales 2021 dans le Finistère : Ce qu'il faut retenir du débat*. https://www.youtube.com/watch?v=pzySLXC65cl
- INSEE. (2020). France, portrait social, édition 2020 (p. 331).
- Jaeger, M. (2012). Chapitre 1. Un tiraillement historique entre soin et insertion. In *Sante Social* (p. 9-28). https://www.cairn.info/l-articulation-du-sanitaire-et-du-social--9782100576579-page-9.htm?contenu=resume

- La pauvreté et l'exclusion sociale, des réalités difficiles à définir—Le site du CNLE. (2012, mars 27).

 Conseil national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

 https://www.cnle.gouv.fr/la-pauvrete-et-l-exclusion-sociale.html
- Labbé, É., Moulin, J. J., Guéguen, R., Sass, C., Chatain, C., & Gerbaud, L. (2007). Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : Le score EPICES. *La Revue de l'Ires, n° 53*(1), 3-49.
- LOI n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (1), 2015-991 (2015).
- Ministère de l'Intérieur. (s. d.). Les différentes élections. http://www.interieur.gouv.fr/Elections/Leselections-en-France/Les-differentes-elections. Consulté 20 août 2021, à l'adresse http://www.interieur.gouv.fr/Elections/Les-elections-en-France/Les-differentes-elections
- Moisy, M. (2014). État de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA (N° 882; Etudes et résultats, p. 6). DREES.
- Organisation mondiale de la santé. (s. d.-a). *Ce qu'il faut savoir au sujet de la santé dans toutes les politiques*. https://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-fr.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2004b). Les déterminants sociaux de la santé : Les faits.
- ORS Bretagne. (2018). Observation du phénomène suicidaire en Bretagne (p. 15).
 - http://www.bretagne.ars.sante.fr/observation-du-phenomene-suicidaire-en-bretagne
- Pauvreté et précarité en chiffres. (2016, mars 29). Observatoire des inégalités.
 - https://www.inegalites.fr/Pauvrete-et-precarite-en-chiffres
- Portal, B. (2017). Négociation et stratégie dans la relation d'aide : La personne partie prenante du changement. *Vie sociale, n° 19*(3), 153-164.
- Rayssiguier, Y., Huteau, G., André-Péchaud, A., Cailliet, V., Chanal, M., Fougnet, J.-F., Huteau, G.,

 Jabot, F., Laforcade, M., & Villeneuve, P. (2018). *Politiques sociales et de santé : Comprendre pour agir* (3e édition). Presses de l'EHESP.

- Revil, H. (2018). Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire. *Regards*, *N°* 53(1), 29-41.
- Roche, F. (2007). Le rapport du CSTS sur l'articulation du sanitaire et du social. *Vie sociale, N° 1*(1), 87-95.
- VanDanes, M. (2018). *Permettre le geste*. https://soundcloud.com/melanie-vandanes/permettre-legeste
- Vanlerenberghe, P. (1992). R.M.I.: Le pari de l'insertion: rapport de la Commission Nationale

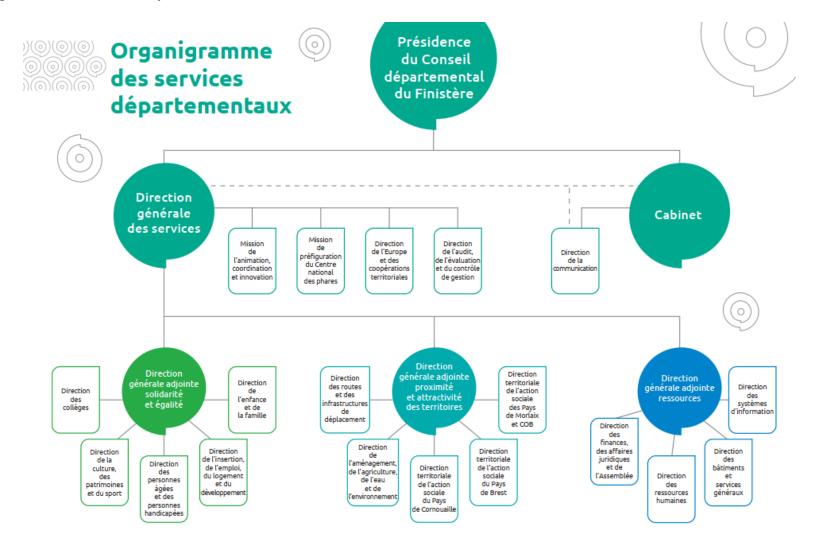
 d'Evaluation du Revenu Minimum d'Insertion. http://bdsp
 ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=54353

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Fonctionnement du Conseil départemental du Finistère	66
I. Organigramme des services départementaux	66
II. Carte des trois DTAS	67
III. Tableau de présentation des ETP avant la réorganisation par mission	68
ANNEXE 2 : Recueil de données empiriques	69
I. Tableau de présentation des entretiens menés	69
II. Tableau de présentation des observations menées	73
III. Grilles d'entretiens	74
A. Grille pour les cheffes de SIL et la Directrice ajointe action sociale et médica du Pays de Brest	
B. Grille pour les infirmières-insertion	78
C. Grille pour les autres CD	82
D. Grille pour les professionnels de santé enfance	84
E. Grille pour les partenaires de l'insertion	85
F. Grille pour les usagers (TEAM Insertion)	87
IV. Grille d'analyse vierge	89
ANNEXE 3 : Tableau comparant les densités de médecins généralistes libéraux	et de chirurgiens-
dentistes libéraux pour 10.000 habitants en 2020, entre 10 départements	91
ANNEXE 4 : Modèle des déterminants de la santé du Ministère de la santé et des	services sociaux du
Québec (2012)	93

ANNEXE 1 : Fonctionnement du Conseil départemental du Finistère

I. Organigramme des services départementaux



II. Carte des trois DTAS



III. Tableau de présentation des ETP avant la réorganisation par mission

Mission	Bilan en	Information	Travail	Information	Actions	Public en
	école	préoccupante	administratif	préoccupante	collectives	insertion
	maternelle	enfance en		adulte	tout public	
		danger		vulnérable		
Nombre	18,35 ETP	4 ETP	4 ETP	1,55 ETP	1 ETP	2 ETP
d'ETP						

ANNEXE 2 : Recueil de données empiriques

I. Tableau de présentation des entretiens menés

Clé de compréhension

En bleu: Les personnes travaillant au CD29.

En orange : Les personnes travaillant dans d'autres départements

En jaune : Les structures financées dans le cadre de l'insertion

En vert : Les usagers

Numéro	Sous-mission	Date	Personnes interrogée	Durée	Présentiel /
					distanciel
1	Sous-mission	13/04/2021	Cheffe de service	1:26	Distanciel
	n°1		insertion logement – Pays		(visioconférence)
			de Morlaix et COB		
2	Sous-mission	13/04/2021	Infirmière-insertion –	00 : 40	Distanciel
	n°2		Département du		(téléphone)
			Territoire de Belfort		
			(CD90)		
3	Sous-mission	14/04/2021	Responsable de l'équipe	00 : 49	Distanciel
	n°2		dédié aux bénéficiaires		(visioconférence)
			du RSA – Département de		
			la Corrèze (CD19)		
4	Sous-mission	15/04/2021	Cheffe de service adjointe	00 : 50	Distanciel
	n°2		au Service de		(visioconférence)
			l'Orientation et de		
			l'Accompagnement des		
			Publics – Département de		
			la Seine-Saint-Denis		
			(CD93)		
5	Sous-mission	16/04/2021	Cheffe de service	1:53	Distanciel
	n°1		insertion logement – Pays		(visioconférence)
			de Brest		

6	Sous-mission	21/04/2021	Chargé de projet Unité	1:09	Distanciel
	n°2		PDI-RE/PTI - Département		(visioconférence)
			des Hauts-de-Seine		
			(CD92)		
7	Sous-mission	23/04/2021	Directrice adjointe action	1:04	Distanciel
	n°1		sociale et médico-sociale		(visioconférence)
			– Pays de Brest		
8	Sous-mission	26/04/2021	Infirmière-insertion –	1:27	Distanciel
	n°1		Pays de COB		(téléphone)
9	Sous-mission	27/04/2021	Infirmière-insertion –	1:36	Distanciel
	n°1		Pays de Brest		(visioconférence)
10	Sous-mission	28/04/2021	Cheffe de service	1:51	Distanciel
	n°1		insertion logement – Pays		(visioconférence)
			de Cornouaille		
11	Sous-mission	29/04/2021	Ingénieur des parcours et	00 : 45	Distanciel
	n°2		de l'offre de l'insertion –		(visioconférence)
			Département de la		
			Maine-et-Loire (CD49)		
12	Sous-mission	30/04/2021	Infirmière-insertion –	1:50	Distanciel
	n°1		Pays de Morlaix		(visioconférence)
13	Sous-mission	03/05/2021	Infirmière-insertion –	1:49	Présentiel
	n°1		Pays de Cornouaille		(Quimper)
14	Sous-mission	05/05/2021	Responsable du service	00 : 49	Distanciel
	n°2		parcours insertion &		(visioconférence)
			cheffe de projet sur		
			l'accompagnement social		
			– Département de la		
			Meurthe-et-Moselle		
			(CD54)		
15	Sous-mission	05/05/2021	Infirmière-insertion –	1:43	Distanciel
	n°1		Pays de Brest		(visioconférence)
16	Sous-mission	07/05/2021	Psychologue –	1:11	Distanciel
	n°2		Département des Alpes-		(visioconférence)
			Maritimes (CD06)		

17	Sous-mission	07/05/2021	Infirmière-insertion –	1:54	Distanciel
	n°1		Pays de Brest		(visioconférence)
18	Sous-mission	07/05/2021	Chef du bureau du	00 : 29	Distanciel
	n°2		dispositif RSA –		(téléphone)
			Département de la		
			Gironde (CD33)		
19	Sous-mission	10/05/2021	Infirmière-insertion –	1:52	Présentiel
	n°1		Pays de Cornouaille		(Quimper)
20	Sous-mission	17/05/2021	Ingénierie FSE – projets	00 : 38	Distanciel
	n°2		insertion – Département		(visioconférence)
			de la Loire-Atlantique		
21	Sous-mission	01/06/2021	Médecin épidémiologiste		Distanciel
	n°3				(téléphone)
22	Sous-mission	04/06/2021	Chef de service Emploi	00 : 42	Distanciel
	n°2		Insertion – Département		(visioconférence)
			de la Sarthe (CD72)		
23	Sous-mission	08/06/2021	Médecin épidémiologiste		Distanciel
	n°3				(téléphone)
24	Sous-mission	08/06/2021	Sage-femme	00 : 53	Distanciel
	n°3		Coordinatrice		(visioconférence)
			départementale		
25	Sous-mission	09/06/2021	Equipe emploi du COB –	1:08	Présentiel
	n°3		Le Greta		(Carhaix-
					Plouguer)
26	Sous-mission	10/06/2021	Médecin de protection de	1:10	Distanciel
	n°3		l'enfance		(visioconférence)
27	Sous-mission	11/06/2021	Conseillère en Insertion	1:09	Distanciel
	n°3		Professionnelle –		(visioconférence)
			Chantier Collèges		
28	Sous-mission	16/06/2021	Les deux fondateurs de	1:55	Distanciel
	n°3		Sentier-vous bien		(visioconférence)
29	Sous-mission	18/06/2021	Chargé de mission		Distanciel
	n°3		Insertion sociale et une		(visioconférence)

			membre de la TEAM		
			Insertion		
30	Sous-mission	23/06/2021	Responsable Pôle	00 : 56	Présentiel
	n°3		Participants – Défi Emploi		(Brest)
31	Sous-mission	25/06/2021	Chargée d'insertion –	1:24	Présentiel
	n°3		Objectif Emploi Solidarité		(Quimper)
32	Sous-mission	30/06/2021	Sage-femme territoriale	00 : 27	Distanciel
	n°3				(visioconférence)
33	Sous-mission	02/07/2021	Directrice & conseillère	00 : 43	Distanciel
	n°3		en insertion		(téléphone)
			socioprofessionnelle - Les		
			Maraichers de la coudraie		

II. Tableau de présentation des observations menées

Clé de compréhension

En bleu: Les personnes travaillant au CD29.

En jaune : Les structures financées dans le cadre de l'insertion

En vert : Les usagers

Numéro	Sous-	Date	Contenu de	Durée	Présentiel /
	mission		l'observation		distanciel
1	Sous-	25/05/2021	Une journée avec une	1 journée	Présentiel
	mission n°1		infirmière-insertion –		(Morlaix)
			Pays de Morlaix		
2	Sous-	27/05/2021	Information collective	1 après-	Distanciel
	mission n°1		santé – deux	midi	(visioconférence)
			infirmières-insertion -		
			Pays de Brest		
3	Sous-	15/06/2021	Entretien tripartite –	1 après-	Présentiel
	mission n°1		une infirmière-	midi	(Brest)
			insertion – Pays de		
			Brest		
4	Sous-	09/07/2021	Un atelier de Sentier-	1 journée	Présentiel
	mission		vous bien avec quatre		(Brest)
			bénéficiaires du RSA		

III. Grilles d'entretien

A. Grille pour les cheffes de SIL et la Directrice ajointe action sociale et médico-sociale de la DTAS du Pays de Brest

1. Présentation de la personne interrogée et de son service

- 1.1 Est-ce que je peux vous laisser vous présentez ?
 - o Nom prénom
 - o Fonction au Conseil départemental
 - Missions
 - Depuis combien de temps êtes-vous en poste ? (Début réflexions IDE : novembre 2016)
- 1.2 Pouvez-vous me présenter l'étendu des missions du service insertion logement du Pays de xxx ?
- 1.3 Quelles sont les spécificités du Pays de xxx par rapport au RSA ? (Comprendre le profil des territoires)
 - o Combien d'allocataires du RSA ont une orientation sociale au sein de votre DTAS?
 - Quel pourcentage a une problématique de santé (environ) selon vous ?
 - Quelles sont les principales problématiques rencontrées sur votre territoire?
 - Quelles sont les difficultés rencontrées par les travailleurs sociaux pour accompagner les allocataires du RSA ayant une problématique de santé votre territoire ?

2. Présentation des infirmières par rapport à la DTAS

- 2.1 De combien d'infirmière spécialisé dans l'accompagnement santé des bénéficiaires du RSA disposez-vous dans votre DTAS ? A combien d'ETPS cela correspond-il ? Est-ce suffisant ?
- 2.3 Comment le territoire du Pays de xxx est-il réparti entre les infirmières insertion / santé ? Exercentelles de manière individuelle / en binôme ?
- 2.4 Quels liens entretenez-vous avec les infirmières ? Points réguliers ? Ponctuels ?

3. Modes de fonctionnement des infirmières BRSA : de la fiche de poste initiale au fonctionnement actuel

3.1 Lignes directrices du Service Insertion Logement

- 3.1.1 Avez-vous fait évoluer la fiche de poste élaboré en juin 2019 ? Si oui, de quelle manière ? Pourquoi ? Qu'est-ce que cela a apporté ?
- 3.1.2 Avez-vous fixé des lignes directrices à ces agents ?

- O Une méthodologie de travail ?
- Des priorités dans leurs missions ?
- 3.1.3 Avez-vous développer des liens avec la MPDH? Si oui, lesquels?
 - o Ce que je sais : Pays de Cornouaille a démarré un travail là-dessus.

3.2 Missions concrètes des infirmières

- 3.2.1 Quelles sont les différentes missions confiées aux infirmières BRSA de votre territoire ?
 - Fiche de poste sous les yeux
 - Fin 2020 : désaccord entre les DTAS sur le maintien de la mission IP Personne Adulte
 Vulnérable dans les missions des infirmières BRSA. Où en êtes-vous pour votre DTAS ?
 Ce que je sais : DTAS Cornouaille dit stop et DTAS Brest garde.
- 3.2.2 Sous quelle forme exercent-elles leurs missions? Et pourquoi?
 - Actions collectives
 - Accompagnement individuel (mandatement sur 3 à 6 entretiens dans le cadre d'un CERIS) :
 contractualisation ? mandatement ?
 - Echange avec les partenaires
 - o Relai au bilan santé de la CPAM (accompagnement physique toujours ?)
 - o Elaboration de dossiers santé (RQTH, AAH, CMU, CMU-C)?
- 3.2.3 Peut-on définir une semaine type des infirmières BRSA ? Si oui, combien de temps accordentelles à chaque mission ?
- 3.2.4 Dans quels lieux les infirmières réalisent-elles leurs missions?
 - DTAS ? VAD ? CDAS ? Par téléphone (COVID) ? Autres ?

3.3 Relations avec les acteurs

- 3.3.1 Sont-elles identifiées en interne par les travailleurs sociaux (dans les CDAS) ? En externe par les partenaires ?
- 3.3.2 Quand il s'agit des relations avec les travailleurs sociaux : quelles coordinations entre les deux types d'acteurs ?
 - IDE mandatée sur un suivi individuel : relai aux travailleurs sociaux quand élaboration de dossiers ? Jusqu'où va l'accompagnement ?
 - o IDE ressource pour les travailleurs sociaux ?

- 3.3.3 Comment se déroule le volet partenarial avec le réseau santé?
 - Contacts réguliers ou non ? Actions ? Participation à des réunions ? Orientations de BRSA vers des structures ? Besoin de construire un tissu partenarial ?
- 3.3.4 Les infirmières on-t-elles des liens avec les partenaires de l'insertion ? Si oui, de quel type ?
- 3.3.5 Des partenariats avec des acteurs de la promotion de la santé et prévention ont-ils été développé ?
 - o IREPS?
 - Conseil local de santé mentale ?
 - Atelier santé ville ?
 - o Contrats locaux de santé ?

3.4 Outils/pratiques de travail

- 3.4.1 Les IDE ont elles suivi des formations depuis leur prise de fonction ?
- 3.4.2 Avez-vous développé des outils ou d'autres modalités d'accompagnement pour améliorer le suivi santé des BRSA par les IDE ?
 - Outils: liaison avec les travailleurs sociaux, les partenaires, les BRSA, etc.
- 3.4.3 Dans la suite du plan santé de 2016, élaboré conjointement par l'IREPS et le Conseil départemental du Finistère, et intégré au PDI :
 - Avez-vous pu mettre en place des groupes de travail interne sur les problématiques santé?
 - Avez-vous favorisé ou consolidé la tenue de temps de synthèse dédiée à la santé?

4. Le public ciblé : identification de profils et amélioration de l'accompagnement social

- 4.1 Savez-vous combien d'allocataires du RSA en orientation sociale ont été suivi dans le cadre de ce dispositif depuis février 2020 ?
- 4.2 Savez-vous combien de BRSA ont été suivis par chaque infirmière depuis février 2020 ? En ce moment ?
- 4.3 Avez-vous réussi à identifier des profils de personnes accompagnées ?
 - O Nouveaux entrants?
 - o Problématiques de santé particulières ?
 - o Démarches particulières : AAH, RQTH, CMU et CMU-C?

- 4.4 Des accompagnements types en fonction du profil sont-ils identifiables ?
- 4.5 Avez-vous constaté une amélioration de l'accompagnement santé ? Si oui, lesquelles ? => AS
- 4.6 Que pensez-vous de la priorité de travailler essentiellement avec les nouveaux entrants ?

5. Perspectives de travail et pistes d'amélioration

- 5.1 Il ressort des documents que j'ai pu consulter que certaines IDE étaient peu favorables au début de la spécialisation. Ressentez-vous toujours cela ?
- 5.2 Avez-vous identifiez des difficultés particulières ?
- 5.3 Envisagez-vous des pistes d'amélioration au fonctionnement actuel ? Si oui, lesquelles ?
 - o Formations IDE sur les thématiques RSA, précarité, addictologie, santé mentale, etc. ?
 - o Liens MPDH renforcé (RSA => AAH) ?
 - o Tisser des partenariats avec le réseau santé?
- 5.4 S'il y avait un élément à retenir de cet entretien, quel serait-il selon vous ? (Comprendre ce qui est prioritaire pour la personne interrogée)

B. Grille pour les infirmières-insertion

1. Présentation de la personne interrogée

- 1.1 Est-ce que je peux vous laisser vous présentez ?
 - Nom prénom –âge
 - Fonction au Conseil départemental
 - o Titulaire / contractuel ?
- 1.2 Depuis quand êtes-vous infirmière au Conseil départemental et quelle a été votre parcours ?
 - Quelles étaient vos missions avant la spécialisation ?
 - (Depuis la spécialisation ?)
- 1.3 Quelles sont les spécificités du Pays de xxx par rapport au RSA?
 - Quel pourcentage, des BRSA en orientation sociale, a une problématique de santé (environ) selon vous ?
 - O Quelles sont les principales problématiques rencontrées sur votre territoire ?
 - Quelles sont les difficultés rencontrées par les travailleurs sociaux pour accompagner les allocataires du RSA ayant une problématique de santé votre territoire ?

2. La spécialisation et le recrutement

- 2.1 Comment s'est déroulé le recrutement dans chacune des spécialisations ? La mission insertion estelle votre premier choix ?
- 2.2 Cela fait depuis février 2020 que les spécialisations sont effectives, comment s'est déroulé cette première année ?
 - o Comment avez-vous vécu les débuts ?
 - Cela a-t-il évolué ? Plus à l'aise ?
 - O Avez-vous fait le deuil de vos anciennes missions ?
- 2.3 De quelle manière abordez-vous votre travail aujourd'hui?
 - Sereine / Angoissée ? / Encore des réticences ?
 - o Débordée?
 - > DTAS Morlaix COB : pendant combien de mois est resté le poste sans être pourvu ?

3. Les missions

- 3.1 Avez-vous reçut une méthodologie de travail / des lignes directives à votre arrivée dans le service ? Depuis ?
 - o DTAS Pays de Brest : questionnaire
- 3.2 Objectif : accompagner les allocataires du RSA ou être en appui en soutien aux équipes de travailleurs sociaux ?
- 3.3 Quelles sont vos différentes missions?
 - IP Personnes adultes vulnérables
 - DTAS Morlaix et COB : je ne sais pas
 - > DTAS Brest : oui
 - > DTAS Cornouaille : Non
- 3.4 Sous quelles formes exercez-vous vos missions?
 - Accompagnement collectif
 - > DTAS Morlaix et COB: informations collectives et ateliers collectifs: quelle différence? Atelier nutrition avec les gens du voyage: revenir dessus.
 - > DTAS Brest: sessions collectives et informations collectives
 - DTAS Quimper
 - Accompagnement individuel (mandatement sur 3 à 6 entretiens dans le cadre d'un CERIS) :
 Contractualisation ?
 - > DTAS Morlaix et COB: 3 rendez-vous: est-ce suffisant?
 - > DTAS Brest: 3 mois (renouvelables): est-ce suffisant?

Accompagnement physique?

Entretien tripartite?

Prise de rendez-vous?

- Echange avec les partenaires
- o Relai au bilan santé de la CPAM : accompagnement physique ? Qui prend le rendez-vous ?
- o Elaboration de dossiers santé (RQTH, AAH, CMU, CMU-C) ? Liens MDPH ?
- 3.5 Lorsque vous êtes mandaté sur un accompagnement individuel, jusqu'où va l'accompagnement ? Quel positionnement ? Relai aux travailleurs sociaux ? Aux réseaux santé ?
- 3.6 Pouvez-vous me décrire une semaine type en tant qu'infirmière insertion / santé ? Combien de temps accordez-vous à chaque mission ?
- 3.7 Où exercez-vous vos missions? VAD? CDAS? Ailleurs?

- 3.8 Sur quelles missions vous sentez-vous le plus à l'aise, et pourquoi ? A l'inverse, sur quelles missions vous sentez-vous le moins à l'aise (s'il y en a), et pourquoi ?
- 3.9 Vous sentez-vous suffisamment formée pour chacune de vos missions ? Si non, de quelles formations souhaiteriez-vous bénéficier ?
 - o Thématique RSA
 - o Fonctionnement de l'action sociale
 - o Addictions / santé mentale
 - o Entretien motivationnel

4. Le partenariat

- 4.1 Quelles relations entretenez-vous avec les travailleurs sociaux des CDAS?
 - O Quel est votre positionnement par rapport à eux ?
- 4.2 Quelles relations entretenez-vous avec le personnel médical des CDAS ? Lien psychologue / infirmière ?
- 4.3 Entretenez-vous des relations de partenariat avec des acteurs extérieurs aux CDAS ? Si oui, de quels types de relation s'agit-il ? (Réseau santé)
 - Des réunions
 - Des communications plus étroites
 - Des relais
- 4.4 Avez-vous des liens avec les partenaires de l'insertion ? Si oui, de quel type ?
- 4.5 Des partenariats avec des acteurs de la promotion de la santé et prévention ont-ils été développé ?
 - o IREPS?
 - Conseil local de santé mentale ?
 - Atelier santé ville ?
 - o Contrats locaux de santé?

5. Outils/pratiques de travail

- 5.1 Avez-vous des outils de travail (liaison avec les TS, avec les partenaires, accompagnement BRSA) ?
- 5.2 Dans la suite du plan santé de 2016, élaboré conjointement par l'IREPS et le Conseil départemental du Finistère, et intégré au PDI :
 - O Avez-vous pu mettre en place des groupes de travail interne sur les problématiques santé ?

- O Avez-vous favorisé ou consolidé la tenue de temps de synthèse dédiée à la santé ?
- 5.3 Travaillez-vous en lien avec vos collègues infirmières insertion?
- 5.4 Quels liens entretenez-vous votre cheffe de service ? Points réguliers / ponctuels ? Tous les combien de temps ?

6. Le public

- 6.1 Pouvez-vous me dire combien de bénéficiaires du RSA vous avez suivi depuis février 2020 ? Combien vous en suivez aujourd'hui ?
- 6.2 Quel type de public accompagnez-vous?
 - O Nouveaux entrants?
 - o Problématiques de santé particulières ?
 - o Besoins particuliers: AAH, RQTH, CMU et CMU-C?
 - > DTAS Morlaix et COB : vérifier qu'au début c'était beaucoup de dossiers MDPH à traiter. Et maintenant ?
- 6.3 Des accompagnements types en fonction du profil sont-ils identifiables ?
- 6.4 Avez-vous des retours sur une amélioration de l'accompagnement santé ? Si oui, lesquelles ?
- 6.5 Que pensez-vous de la priorité de travailler essentiellement avec les nouveaux entrants ?
 - > DTAS Morlaix et COB : Comment les cibler vous ? Quelle coordination concrète cela implique ?

7. Perspectives de travail et pistes d'amélioration

- 7.1 Avez-vous identifié des difficultés particulières ?
- 7.2 Imaginez-vous des pistes d'amélioration au fonctionnement actuel ? Si oui lesquelles ?
- 7.3 S'il y avait un élément de cet entretien à retenir, quel serait-il?

C. Grille pour les autres CD

1. Présentation de la personne interrogée et de son département

- 1.1 Est-ce que je peux vous laisser vous présentez ?
 - o Nom − prénom −âge
 - Fonction au Conseil départemental
 - o Titulaire / contractuel ?

1.2 Profils de votre territoire :

- O Quel pourcentage a une problématique de santé (environ) selon vous ?
- Quelles sont les principales problématiques rencontrées sur votre territoire ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées par les travailleurs sociaux pour accompagner les allocataires du RSA ayant une problématique de santé votre territoire ?
- 1.3 Quelle est la politique santé générale du département ? Volontariste ?

2. Origine du (ou des) dispositif(s) « santé / insertion »

- 2.1 Avez-vous un dispositif de suivi des questions de santé des allocataires du RSA dans votre département ?
- 2.2 Pouvez-vous me parler de l'origine de cette réflexion ?

3. Présentation du (ou des) dispositif(s) « santé / insertion »

- 3.1 Objectif : accompagner les allocataires du RSA ou être en appui en soutien aux équipes de travailleurs sociaux ?
- 3.2 CER dédié ou intégré au CER ? Mandatement ou accompagnement ?
- 3.3 Quel public ? Orientation sociale et/ou professionnelles ? Nouveaux entrants / restants dans le RSA ?
- 3.4 Qui réalise le suivi ? Avez-vous dans vos équipes des infirmières, des médecines et/ou psychologues pour réaliser ces objectifs ?
 - Si oui, combien de professionnels sur cette mission ? Combien d'ETPS ? Est-ce suffisant ?
- 3.5 Des infirmières (spécialisées ou non) interviennent-elles sur ces questions au sein de vos organisations ? Si oui, comment s'articulent leurs interventions avec les travailleurs sociaux chargés du suivi des allocataires RSA en orientation sociale ?

- 3.6 Quelle(s) forme(s) prend ce suivi : Accompagnement individuel, actions collectives, élaboration de dossiers ((RQTH, AAH, CMU, CMU-C), échanges partenariales avec le réseau santé, relai au bilan santé de la CPAM, autres ?
- 3.7 Comment s'organisent les passerelles vers les dispositifs de soins ? Qui prend le rendez-vous ? Accompagnement physique ? Des liens avec les partenaires de l'insertion ?
- 3.8 Les professionnels de santé ont-ils suivi des formations depuis leur prise de fonction ?
- 3.9 Avez-vous développé des outils pour l'accompagnement ? le partenariat avec les travailleurs sociaux ? le partenariat avec les partenaires de l'insertion ? Le partenariat avec le réseau santé ?
- 3.10 Avez-vous développé des temps d'échange sur la thématique santé-RSA au sein de vos équipes ?

4. Personnes accompagnées

- 4.1 Savez-vous combien de personnes ont été suivi dans le cadre de ce dispositif depuis le début ? Par an ?
- 4.2 Des profils de personnes accompagnées ? nouveaux entrants ? problématiques de santé particulières ? démarches particulières ?
- 4.3 Avez-vous constaté une amélioration de l'accompagnement santé ? Si oui, lesquelles ?

5. Conclusion

- 5.1 Des difficultés?
- 5.2 Des perspectives d'amélioration?
- 5.3 Quel est l'élément clé de votre dispositif?

D. Grille pour les professionnels de santé enfance

1. Présentation de la personne interrogée et de son département

- 1.1 Est-ce que je peux vous laisser vous présentez ?
 - Nom prénom –âge
 - o Fonction au Conseil départemental
 - o Titulaire / contractuel ?
- 1.2 Un point sur votre travail : Qu'est-ce qu'être sage-femme de PMI ? Médecin de protection de l'enfance ?

2. Problématiques de santé récurrentes

- 2.1 Quels types de problématiques de santé reviennent chez le public que vous voyez ?
- 2.2 Des données chiffrées ?
- 2.3 Les profils ont-ils évolué depuis que vous avez commencé à exercer ?

3. Liens santé-précarité

- 3.1 Incidence de la précarité sur les problématiques de santé ?
- 3.2 Incidence des problèmes de santé sur la précarité ?

4. Accès aux soins

- 4.1 Quelles difficultés d'accès aux soin chez le public que vous suivez ?
- 4.2 Des difficultés à la continuité du parcours de soins en PMI ?

E. Grille pour les partenaires de l'insertion

1. Présentation de la personne interrogée et de la structure

- 1.1 Est-ce que je peux vous laisser vous présenter ?
 - Nom prénom
 - o Missions de xxx ?
- 1.2 Quel est le rôle de xxx?
 - Qu'est-ce qu'un chantier d'insertion / atelier d'insertion / constructeur de parcours / atelier de remobilisation sociale ?
 - Ouel public?
- 1.3 Quel est votre rôle au sein de xxx?

2. La détection des problématiques de santé parmi les usagers

- 2.1 Avez-vous des usagers avec des problématiques de santé? Si oui, une proportion?
- 2.2 Quelles problématiques de santé reviennent le plus ?
- 2.3 Quelles problématiques vous posent le plus problème (démunis) ?
- 2.4 A quel moment / au bout de combien de temps détectez-vous les problématiques de santé ?
- 2.5 Avez-vous des outils vous permettant de détecter ces problématiques (grille de diagnostic) ? Si non, est-ce un manque ?

3. Les leviers d'accompagnement de ces usagers

- 3.1 Savez-vous vers qui orienter les personnes ayant des problématiques de santé?
- 3.2 Avez-vous les ressources pour orienter les usagers ayant des problématiques de santé ? Si oui, vers qui orientez-vous ?
- 3.3 Savez-vous que le conseil départemental a parmi ses effectifs des infirmières-insertion accompagnant les bénéficiaires du RSA en orientation sociale ayant des problématiques de santé ?
 - Si oui, connaissez-vous celle de votre territoire ?
 - O Avez-vous déjà orienté l'un de vos usagers ?
 - O Vous êtes-vous déjà rencontré (offre insertion mi-mai)?

4. Les manques/besoins

- 4.1 Avez-vous des ressources manquantes au niveau de l'offre de soin sur votre territoire ?
- 4.2 Avez-vous les ressources nécessaires en interne pour traiter ces questions ?
- 4.3 Quels seraient vos besoins en termes d'accompagnement santé de vos allocataires ?
 - o Actions collectives
 - Partenariat
 - o Accompagnement individuel
- 4.4 Y a-t-il d'autres besoins/manques/difficultés dont vous souhaiteriez me parler ?

F. Grille pour les usagers (TEAM Insertion)

1. Présentation de la personne interrogée

- 1.1 Est-ce que je peux vous laisser vous présenter?
- 1.2 Depuis combien de temps faites-vous partie de la TEAM Insertion ? Qu'est-ce que cela vous apporte ?
- 1.3 Par qui êtes-vous accompagné dans le cadre du RSA ? Pôle Emploi ? Assistante sociale ? Autre ?

2. Quels relais face aux problématiques de santé?

- 2.1 Si vous aviez un problème de santé, est-ce vous vous tourneriez vers votre référent RSA ? (Permet de parler du médecin traitant)
- 2.2 Savez-vous vers qui vous orientez si vous avez telle ou telle problématique de santé?
- 2.3 Avez-vous déjà été victime de préjugés lors de consultations médicales ? (CMU, RSA)
- 2.4 As-t-il été difficile pour vous de trouver un médecin traitant ? / Le regarde de votre médecin traitant a-t-il changé depuis que vous êtes au RSA ?
- 2.5 Est-il difficile pour vous d'avoir accès à certains médecins/professionnels de santé ? Si oui, lesquels ? (Dentiste, ophtalmologue)
- 2.6 Quels sont vos freins dans l'accès aux soins ? (Mobilité, regard des professionnels de santé, délai de prise en charge)

3 Avis sur la politique

- 3.1 Que pensez-vous du fait de prendre en compte la santé dans le parcours d'insertion?
 - Explication : dans votre CER, la santé est identifiée comme un frein, vous décidez donc de travailler dessus avec votre référent RSA. Le fait de vous occuper de votre santé devient une action du contrat d'insertion.
- 3.2 Que pensez-vous du fait que le département ait des professionnels de santé dans ces équipes pour accompagner les bénéficiaires du RSA ?
- 3.3 Avez-vous déjà entendu parler des infirmières-insertion? Si oui, qu'en pensez-vous?
- 3.4 Le département en fait-il assez pour la santé de ces allocataires selon vous ? Si non, pourquoi ?
- 3.5 Qu'est-ce que le département pourrait faire de plus sur la santé de ces allocataires ?

3.6 De quoi auriez-vous besoin du point de vue de la santé?

IV. Grille d'analyse vierge

Thématiques	Verbatims/notes
I. Une volonté politique - d'intégration de prise	
en compte de la santé des bénéficiaires du RSA à visée d'insertion - à la base de la réflexion	
a visce a first tion and base at la reflexion	
A) Une intégration des questions de santé à visée	
insertion : le respect des compétences du CD	
B) Un essor de la prise en compte des questions de santé : différents modèles existants	
C) Une volonté politique d'impulsion et des choix	
politiques influençant les cadres d'intervention	
(financement, public cible, outils de suivis, etc.) II. Un accompagnement par des professionnels	
de santé dans le cadre du parcours d'insertion à	
la demande des acteurs au contact du public	
A) De la nécessité de personnel compétent en	1. Un besoin remonté du terrain
santé au travail en équipe pluridisciplinaire : l'articulation des professions sanitaires et	2. Une acculturation progressive mais nécessaire
sociales	2. One decardary progressive mais necessarie
	3. Une efficacité pas toujours prouvée
B) Un accompagnement (dé)limité par l'objectif d'insertion affiché	1. Durée de l'accompagnement (court terme / long terme + petits pas)
a inscrition americ	long terme i petits pusy
	2. Des engagements pris = un cadre si libre que cela
	3. L'existence de contacts réguliers
	3. L'existence de contacts reguners
C) Un accompagnement nécessaire face à une	1. Profil du public et les limites de compétences
prise en charge santé semée d'embûches	des infirmières-insertion et du CD / au contraire
	expertise sur certains points
	2. Profil du public et délais de prise en charge
	3. Profil du public et un monde du soin pas
	nécessairement réceptif à cette population
	4. Déserts médicaux et problème de mobilité

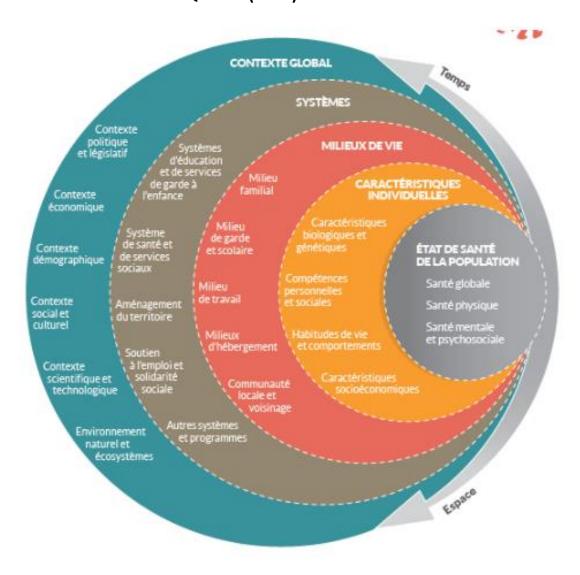
	5. Un travail partenarial de longue haleine
	6. Renoncement aux soins
	7. Méconnaissance du système de santé (local)
III. La santé, un sujet intime relevant de la liberté individuelle du bénéficiaire du RSA	
A) Un sujet intime, objet d'une démarche d'insertion	1. Sanction RSA ?
u msertion	2. Actions collectives sur la santé
B) Des enjeux différents : entre les objectifs de santé et les objectifs d'insertion, en passant par les objectifs personnels	1. Une posture d'accompagnement et non de soin
ies objectiis personneis	2. Des priorités différentes
	2.1. Les objectifs affichés de l'action
	2.2. Les priorités du sujet
C) Des modalités d'accompagnement particulière favorisant la liberté individuelle du bénéficiaire du RSA	 Usager doit-être acteur / volontaire Un travail reposant sur les priorités de la personne accompagnée
	3. Prise de rendez-vous et autonomie
	4. Accompagnement de proximité (physiquement et temporellement) et relation de confiance
	5. Accompagnement de proximité et limites (dépendance et temps de trajet)
	6. La vérification de l'adhésion : condition sine qua none de la réussite de l'accompagnement
	7. Le travail avec les atouts/ressources
	8. Le respect de la volonté de la personne (secret médical)

ANNEXE 3 : Tableau comparant les densités de médecins généralistes libéraux et de chirurgiens-dentistes libéraux pour 10.000 habitants en 2020, entre 10 départements

CD	Nombre d' allocataires du RSA	Urbain/rural	Accès aux soins (selon la personne interrogée)	Densité de médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants en 2020 (source : CartoSanté) NB : la moyenne française est de 8,7	Densité de chirurgiens-dentistes libéraux pour 10 000 habitants en 2020 (source: CartoSanté) NB: la moyenne française est de 5,3.
Finistère	18.000 soumis aux droits et devoirs en 2020	Rural	X	10,1	5,6
Territoire de Belfort	5.000	Mi-urbain / mi-rural	Fortement limité	7,5	4,1
Corrèze	3.000	Rural	Fortement limité	8,1	5,1
Seine- Saint- Denis	31.200 en 2019 / 90.000 foyers en 2020	Urbain	Fortement limité	5	2,9
Hauts-de- Seine	55.000	Urbain	Х	6,7	6,1
Maine-et- Loire	20.000 en 2020	Rural	Х	9,6	4,4
Meurthe- et- Moselle	22.000 en 2016	Mi-urbain / mi-rural	Х	9,9	6

Alpes-	24.000 en	Mi-urbain /	+ / - limité	11,6	9,3
Maritimes	2017	mi-rural	selon les		
			territoires		
Loire-	29.000 en	Mi-urbain /	Х	9,8	5,8
Atlantique	en 2019	mi-rural			
Sarthe	14.000 en	Rural	Х	5,9	3,4
	2020				

ANNEXE 4 : Modèle des déterminants de la santé du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2012)



CALVEZ	NOLWENN	07/09/2021

Master 2

Promotion de la Santé et Prévention

Le Conseil départemental, acteur de promotion de la santé en faveur des publics en insertion

Etude sur les enjeux résultants de la mise en œuvre de dispositifs « insertion-santé » dans 11 conseils départementaux

Promotion 2020-2021

Résumé :

De nombreux articles scientifiques ont démontré qu'il y avait des liens entre santé et précarité, que cela soit dans un sens ou dans un autre. Quoi qu'il en soit, parmi les bénéficiaires du RSA, 57% sont pauvres en condition de vie en 2012 (Rayssiguier et al., 2018). Ainsi, on peut imaginer que les allocataires du RSA souffrent, proportionnellement, de davantage de problèmes de santé, selon le gradient social de santé.

C'est la raison pour laquelle, le Conseil départemental, en tant que chef de file de l'action sociale et par conséquent des politiques d'insertion, peut agir sur la santé des publics en insertion. Ainsi, de nombreux départements ont positionné des professionnels de santé sur l'insertion, dont le Finistère. Néanmoins, cela soulève des enjeux liés aux différents acteurs concernés. Par conséquent, ces dispositifs sont mis en œuvre selon un système complexe qui résulte des interactions entre ces acteurs.

Mots-clés:

Diagnostic, promotion de la santé, publics précaires, publics en insertion, allocataires du RSA, politique publique, Conseil départemental, professionnels de santé, travailleurs sociaux

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique et l'Université de Rennes 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.