

REPERER, ORIENTER ET ACCOMPAGNER LES PERSONNES EN SITUATIONS DE PRÉCARITÉ DANS LEUR PARCOURS DE SANTE CONTEXTE ET OBJECTIFS DU TRAVAIL MENE PAR LE GROUPE PERMANENT SANTE PRECARITE DE LA CRSA

Le groupe permanent Santé/précarité de la CRSA s'est donné comme axe de travail de partager et de réfléchir collectivement sur les éléments incontournables permettant de mieux repérer des situations de précarité pour in fine mieux les orienter et les accompagner.

Ce groupe s'inscrit dans la réalisation du PRAPS 2018-2022 ; dont les 3 axes structurants sont :

- la **valorisation de l'expertise des usagers du système de santé** en situation de précarité pour concevoir des réponses adaptées qui contribuent à **leur autonomie**
- un **juste équilibre entre les dispositifs dédiés pour les personnes en situation de précarité et l'adaptation de l'offre de soins ordinaire**, en favorisant un **retour dans le droit commun de proximité**.
- la **gouvernance** et la **coordination** opérationnelle des multiples dispositifs, décideurs et professionnels pour la prise en charge de situations complexes sur chaque territoire

Le groupe permanent a travaillé les 21 novembre 2018 et 25 février 2019 sur les notions de **repérage** et **d'évaluation** des situations de précarité dans la santé mais aussi sur **l'accompagnement** et **l'orientation**.

Des propositions concrètes, d'autres plus générales, sont ressorties de ces groupes de travail. Corrélées aux besoins, aux priorités, aux ressources des territoires, leurs applications sont de nature à prévenir des conséquences (médico-psycho-sociaux, économiques et environnementaux) sur la santé des personnes et les impacts défavorables sur la population générale.

Composition du groupe :

Le groupe permanent Santé-précarité de la CRSA rassemble des représentants d'institutions siégeant ou non dans la formation plénière de la CRSA : **AIDES, ARS, CAF, CAP SANTE, CARSAT, CDMCA 44, CFDT, CFPD, CRPA, Coordination régionale PASS, DISP grand ouest, DRDJSCS, ELPP, Fédération Addictions, Fédération des acteurs de la solidarité, IREPS, MDA, MdM, MFPL, OFII, URML, URPS pharmaciens, URPS-ML, URHAJ, URIOPSS, SIAO.**

1. Repérage et évaluation des situations de précarité

En amont le groupe de travail s'est accordé pour s'appuyer sur les définitions suivantes de la précarité :

- « La précarité est l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir des droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit 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.» J. WRESINSKI 1987. ¹
- Le Haut Conseil en Santé Publique (en 2009) définit les situations de précarisation comme des **trajectoires de vie**, des **processus biographiques**, éventuellement **transitoires et réversibles**, faits **d'accumulation de facteurs de fragilisation**, susceptibles de plonger une personne dans une situation de pauvreté effective (enchainements d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale). Le **rôle aggravant de la dégradation de l'état de santé** est également à considérer.²

<p>a. Les acteurs du repérage</p>	<p>Dans une logique de société inclusive et d'accompagnement global, les professionnels et bénévoles (bailleurs, école, services sociaux, associations, services sanitaires), l'entourage (famille, voisins, aidants), la personne elle-même sont tous acteurs du repérage. Cela nécessite une cohérence et une temporalité articulée entre eux.</p>
<p>b. Les facteurs qui doivent alerter sur une situation de précarité ou en risque de passage en précarité</p>	<p>(1) Le groupe permanent rappelle l'importance d'évaluer la situation de la personne dans sa globalité dans les différents champs médico-psycho-sociaux en tenant compte des phénomènes de rupture et des indicateurs autour de la situation familiale / sociale / financière / administrative / résidentielle / sanitaire (santé physique ou psychique) / géographique / mais aussi sur l'accès et le (non-)recours aux droits / la mobilité et les transports / la compréhension orale et écrite du français et l'accès aux nouveaux moyens de communication (illectronisme)...</p> <p>(2) Une vigilance doit être accrue pour les personnes avec une difficulté à exprimer leur souffrance (problèmes d'expression, honte, patho psy, isolement...). Cette idée renvoie à l'importance de repérer des personnes dites invisibles.</p> <p>(3) Quelle que soit la situation de la personne le groupe permanent soutient qu'il est fondamental de respecter la singularité de chaque situation et les besoins individuels ainsi que la non linéarité des parcours.. Une attention particulière doit être posée sur le risque de cloisonnement et de stigmatisation à l'entrée dans un dispositif et au risque de pathologisation de la différence.</p> <p>(4) Enfin, le groupe appuie sur l'importance d'évaluer les facteurs ressources/compétences sur lesquels la personne pourrait s'appuyer et qui serait à soutenir en distinguant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les ressources internes (capacité à agir, autonomie, estime de soi...) - ressources externes (entourage/ réseau/ structures ou dispositifs disponibles/ premier accueil social inconditionnel/ l'éducation au recours...)

¹ Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Conseil Économique et Social. Journal Officiel du 28 février 1987 (N° brochure 4074).

² J. LEBAS et P. CHAUVIN «Précarité et Santé », 1998 + LANG, T., BADEYAN, G., CASES, C. (et al.). Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. HCSP, déc 2009

2. Accueillir, orienter et accompagner dans leur parcours de santé, les personnes en situation de précarité

Une orientation et un accompagnement de qualité supposent :

a. une évaluation adaptée des besoins qui nécessite des lieux « ressources » avec un accueil inconditionnel et avec un temps d'accueil adapté.

Propositions :

- (1) valoriser ce temps d'accueil et respecter la singularité des situations (abord qualitatif et non quantitatif)
- (2) développer l'accueil social inconditionnel
- (3) développer des maisons d'accueil pluriprofessionnelles des services publics et sociaux (ou maison d'accueil des solidarités).

b. une personnalisation de l'accompagnement et de l'orientation avec la personne qui implique une priorisation de ses besoins, un partage du « diagnostic » et des décisions afin de mobiliser son adhésion et qu'elle s'approprie les orientations de son parcours de soins.

Propositions :

- (1) Rappeler les recommandations ANESM (Projet Personnalisé) et HAS (Plan Personnalisé de Santé) aux professionnels et établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
- (2) Assurer un équilibre et une coordination entre droit commun et dispositif spécifique ; valoriser les temps de coordination et de concertation des équipes de soins primaires autour des situations complexes
- (3) Développer, renforcer et promouvoir la médiation en santé pour les situations complexes d'accès aux droits et à la santé, (outil indispensable pour le repérage des personnes éloignées du système de santé, l'accompagnement individuel ou collectif, le suivi et l'articulation des acteurs sanitaires et sociaux dans une perspective d'autonomisation de la personne)
- (4) Favoriser l'interconnaissance des services et des professionnels avec des annuaires interinstitutionnels ou des informations sur les droits
- (5) Diffuser des informations adaptées aux publics en se basant sur le principe de littératie
- (6) Déployer et renforcer les partenariats entre l'accueil social inconditionnel et le réseau de soins de proximité
- (7) Définir des pratiques et outils communs au plus près des territoires et au plus près des personnes (en s'appuyant par exemple sur l'expérience des Plateformes Territoriales d'Appui, MAIA, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé intégrant le tissu associatif et incluant le champ de la précarité et la lutte contre l'exclusion...)
- (8) Développer des supports d'échanges garants des droits des usagers tout en facilitant les échanges d'informations (Dossier Médical Personnel, courriers d'accompagnement systématiques avec des transmission d'informations avec les attendus de l'orientation)
- (9) Garantir l'inclusion numérique avec un guichet du numérique mobile et des plateformes numériques avec interlocuteur privilégié
- (10) Inscrire de façon systématique un axe précarité dans les Contrats Locaux de Santé et Communauté Professionnelles Territoriales de Santé
- (11) Faciliter et valoriser les consultations avancées, les visites à domicile, les plages sans rendez-vous dans un objectif « d'aller vers » les personnes éloignées des droits et du soin

b.1 en fonction de l'autonomie : entretien, échange téléphonique, courrier d'accompagnement, accompagnement physique... dans un objectif d'autonomisation de la personne.

b.2 en fonction de la proximité du réseau : selon l'accessibilité (transport, sans rdv, « aller-vers »...)

c. suivi, réévaluation et coordination des situations :

Un des enjeux principaux est d'orienter sans « se débarrasser ». Ainsi, un référent parcours santé doit être identifié pour assurer le suivi de l'orientation et coordonner les différents acteurs.

Propositions :

- (1) identifier et valoriser le temps d'évaluation et de coordination du référent parcours santé
- (2) signaler d'incidents de recours aux droits de santé

3. A retenir

3. A retenir	
A) Repérage	<ol style="list-style-type: none">(1) des besoins fondamentaux de la personne et des facteurs de vulnérabilités (hébergement/entourage/autonomie/accès aux droits)(2) des ressources et des compétences avec la personne
B) Accueil inconditionnel	<ol style="list-style-type: none">(1) respect de la singularité et de la non-linéarité des parcours
C) Accompagnement-orientation	<ol style="list-style-type: none">(1) avec la personne(2) identification d'un référent parcours santé(3) assurer le suivi et la coordination (ne pas « se débarrasser »)
D) Coordination des acteurs	<ol style="list-style-type: none">(1) droit-commun / dispositifs spécifiques(2) la personne / professionnels sanitaires / professionnels sociaux(3) individu/population/institutions (médiation en santé)(4) appui et valorisation de cette coordination