

Groupe permanent santé-précarité - Réunion du 13 avril 2021

L'ensemble des membres du Groupe Permanent santé précarité et des CTS ont été invités à cette journée. Celle-ci a eu pour but de permettre des regards croisés de professionnels de différents champs (social, médico-social et sanitaire), des élus et des membres des fédérations et associations mobilisés dans le champ de la précarité, des professionnels de l'insertion et de la formation.

Une soixantaine de personnes a participé à cette journée. Les participants ont dans un premier temps travaillé par département (une dizaine de personnes par département) et ont élaboré des pistes d'action et une vision commune autour de trois enjeux majeurs : la coordination entre acteurs, les modalités de mise en place de l'aller vers et la fluidité des parcours santé/logement/insertion. Ils ont ensuite restitué leurs échanges à l'ensemble du groupe dans la deuxième partie de la journée. Une synthèse a été réalisée.

Le contenu de cette synthèse restitue les points clés et communs aux différents groupes.

Table des matières

Enjeu 1 : La coordination entre acteurs	2
Enjeu 2 : Les modalités de mise en place de l'aller vers	5
Enjeu 3 : Fluidité des parcours santé/logement/insertion.....	8

Enjeu 1 : La coordination entre acteurs

Préambule : La coordination entre acteurs est indispensable pour répondre au mieux aux défis posés par les situations de précarité. Il est particulièrement difficile de se projeter et de se coordonner dans le domaine de la précarité. Pour autant, les partenariats entre acteurs associatifs et institutionnels sont primordiaux pour pouvoir se projeter à plusieurs. Même si la crise a permis des réponses rapides et nécessaires, peu de temps a été dédié pour anticiper une coordination à long terme.

Points clés des échanges :

- **Reconnaitre et dégager dans les missions de chacune et chacun des temps dédiés à la coordination**

Les participants ont souligné le besoin de définir la coordination entre acteurs avec des moyens dédiés. Les institutions ont tendance à oublier l'importance des temps de coordination entre acteurs et ne sont que dans l'action.

Ces temps de coordination ne font actuellement pas partie des missions des professionnels, ils sont souvent organisés sur le temps personnel et ne sont pas rémunérés. Il serait important de donner dans le cahier des charges des acteurs des temps dédiés à la coordination. Pour les participants, il ne faut pas devoir choisir entre faire de la coordination entre acteurs et faire du terrain. Formaliser les temps de coordination rendrait le travail plus humain et permettrait d'asseoir les acteurs et les responsabiliser dans leurs postes.

- **La coordination fonctionne lorsque les acteurs se connaissent / coopérer demande de créer des temps d'interconnaissance**

Les participants ont souligné le besoin de créer des temps dédiés de moments d'échanges de tous les acteurs : avoir des lieux de rencontre de proximité entre acteurs pour travailler ensemble, des visites guidées d'ouverture des structures, des journées d'immersion pour les professionnels pour apprendre à se connaître, des formations qui légitiment l'action et qui peuvent changer les mentalités et les idées reçues.

Pour les participants, il faut organiser des moments de rencontre, afin de permettre les pas de côté. L'informel doit être validé par l'institution sinon il ne fonctionne pas (peu de mobilisation). Il faut créer des ponts entre le formel et l'informel.

Les participants ont souligné la spécificité de la Mayenne qui est un petit territoire sur lequel il est donc plus facile de se connaître entre partenaires. Un réseau dynamique et réactif peut être constitué facilement (réunions, appels, rencontres) mais la problématique des déserts médicaux et du manque de temps des professionnels est prégnante. En Mayenne Laval est bien coordonné mais les extrêmes du carré mayennais sont en difficulté avec une situation de précarité importante et un manque de professionnels sur le terrain. Les participants de Mayenne ont tout de même constaté des difficultés de coordination avec l'hôpital (un acteur à la fois sanitaire et social).

- **Centraliser les informations pour permettre aux acteurs d'avoir une meilleure lisibilité des dispositifs et du réseau en place**

Le décloisonnement des informations entre les acteurs du secteur est un vrai enjeu pour assurer une qualité dans la prise en charge et éviter les doublons. Pour cela, et au-delà du lien entre les acteurs qui doit être fort et régulier, les participants suggèrent de **développer des outils communs et ressources pour le travail de chacun.**

Il pourrait par exemple être utile de créer une plateforme unique pour tous les acteurs professionnels dans le domaine de la précarité. En Vendée il y a la plateforme Handisoins qui permet l'accès aux soins somatiques et permet d'éviter le cloisonnement des spécialistes. Sur le même modèle une plateforme pour les acteurs de la précarité pourrait être mise en place.

- **Prendre en compte le bénéficiaire dans cette coordination, personnaliser son parcours, mettre en place un référent**

Les participants constatent que certaines situations deviennent problématiques pour les patients simplement car il n'y a pas de lieu de coordination entre acteurs (un lieu à la croisée du social, médico-social, logement, etc) dans lesquels un dossier de patient se discute avec toutes les personnes qui le suivent autour de la table.

Il y a un fort enjeu à ne pas mettre de côté le bénéficiaire, sinon il n'y a pas d'adhésion de la personne et cela peut être un frein à sa réinsertion (ou parcours vers sa réinsertion), une limite pour son inclusion.

Définir un projet avec la personne permet une appropriation par celle-ci et ainsi l'atteinte de l'autonomie. Pour les participants la notion d'autonomie s'accompagne de la notion de réhabilitation de la personne (l'aider à développer ses ressources et à lui donner confiance en ses ressources) ainsi que la participation du bénéficiaire.

Pour les participants de Vendée et du Maine-et-Loire, la notion de figure référente (référent parcours, tutelles) est également importante. Le référent est une personne qui connaît l'utilisateur et ses besoins. Selon le parcours de l'utilisateur, elle peut convoquer les différents acteurs autour d'un patient (dans le secteur du soin, de l'insertion, du logement, etc.) et faire le suivi, vérifier si le dossier est allé jusqu'au bout. Les participants du Maine-et-Loire proposent notamment de mettre en place des référents de parcours par le Conseil Départemental 49.

Les participants ont également souligné un point d'attention : ne pas oublier de prendre en compte les personnes entourant le bénéficiaire (les proches aidants).

- **Assurer la pérennité des dispositifs avant d'en créer de nouveaux**

Pour les participants, il faut prendre en compte l'existant et l'améliorer, sans déshabiller ce qui existe déjà et perdre le savoir-faire qui s'est développé. Ce qui fonctionne, c'est quand un dispositif a une histoire, avoir quelqu'un qui porte une initiative dans une institution permet une continuité.

Par exemple au nord de Nantes un outil avait été mis en place pendant la crise sanitaire afin de créer un annuaire de tous les professionnels du médico-social autour de chaque patient. Cet outil avait été très utile en termes d'interconnexions et il a malheureusement été mis de côté ensuite, faute de temps pour l'actualiser et faute de moyens humains (personne pour prendre en main cette coordination).

Parfois des dispositifs ont existé et ont été performants et lorsque les personnes qui en étaient en charge ont quitté leur poste, ils ont disparu et sont tombés en déshérence. Il faut s'assurer que les dispositifs qui fonctionnent puissent être pérennisés et définir l'organisme porteur qui va permettre cette coordination. Pour les participants de Loire-Atlantique, le politique ou l'institutionnel pourraient jouer ce rôle car souvent c'est plus inscrit dans le long terme quand c'est porté par une volonté politique ou une institution publique (comme l'ARS).

- **Redonner de l'importance aux territoires, assurer un maillage territorial répondant aux spécificités des territoires)**

Il y a parfois des inégalités au sein d'un même département et tout l'enjeu est de lutter de manière adéquate contre celles-ci tout en prenant en compte les différents besoins des territoires. Une proposition serait de créer des relais sur un territoire pour s'assurer que les dispositifs répondent bel et bien à ces enjeux. Point d'attention : cette coordination ne doit pas être aut centrée mais bien sûr en lien avec les départements voisins et la Région.

- **Quel rôle de la démocratie en santé pour le pilotage d'une coordination entre acteurs ?**

Comment intégrer le pilotage de l'ensemble de ces actions au sein des instances de démocratie en santé ? Comment travailler sur un plan opérationnel ?

Il semble important de **produire un état des lieux partagé et une évaluation a posteriori afin de placer les acteurs en amont puis en aval d'un processus d'accompagnement.**

Pour les participants, il est primordial de construire un état des lieux inter-acteurs par rapport aux besoins des différents publics, aux acteurs et périmètres d'intervention, aux difficultés dans les parcours. Il est également important de favoriser l'évaluation des publics et des enjeux qui les concernent.

Enjeu 2 : Les modalités de mise en place de l'aller vers

Préambule : Pour les participants, il est important d'insister sur le but premier des dispositifs d'aller vers. Aujourd'hui il y a un « effet de mode » et on constate une multiplication de ce type de dispositifs. Ce mouvement qui démontre la nécessité d'une telle mobilisation doit avoir des contours clairs : l'aller vers n'est pas juste du quantitatif, tout seul il ne sert à rien. La coordination pour la mise en place de démarche effective est la seule solution pour avoir des effets et une réelle amélioration de la situation des personnes.

Au départ les dispositifs d'aller vers visaient à repérer des personnes éloignées du soin pour les rapprocher du droit commun. Il ne s'agit pas ici « d'une baguette magique » qui répond à toutes les difficultés d'accès aux soins, ces dispositifs ont un intérêt s'ils sont bien coordonnés avec la suite du parcours et ce n'est pas toujours le cas. Il est nécessaire de penser des parcours de santé précarité en dehors des parcours traditionnels, avec des suivis plus longs.

Points clés des échanges :

- Favoriser un maillage de dispositifs

Pour les participants, il est important d'assurer des dispositifs d'aller vers couvrant l'ensemble des territoires (les participants de Vendée ont notamment constaté un fort manque de ce type de dispositif en Sud Vendée), aussi bien ruraux qu'urbains mais couvrant également l'ensemble des champs de compétences du sanitaire et du médicosocial.

Les participants ont notamment souligné un fort besoin de dispositifs en milieu rural. Ils constatent de lourdes problématiques de mobilité en milieu rural que la crise a accentuées. Pour eux, il est nécessaire de réfléchir à mutualiser les moyens pour se déplacer en milieu rural.

- Valoriser la fonction de médiation

L'aller vers n'est pas qu'une question de mobilité. L'articulation entre médiation et aller vers est un bon levier. Avec le territoire ciblé par la médiation les publics précarisés sont repérés et vont en consultation, c'est l'aller vers qui a permis de détecter cela.

- Consolider le rôle des élus dans l'aller vers

Le rôle des élus dans l'aller vers est très important, surtout en milieu rural. Pendant la crise les mairies ont été les seuls services publics à être ouverts, il faut confirmer ce rôle de proximité et mieux travailler avec les élus locaux sur les problématiques qui ont émergé sur leur territoire pendant la crise.

- Développer des dispositifs numériques

La crise sanitaire a accéléré des dispositifs hors les murs et le passage par des outils numériques. En effet, le numérique peut être un atout pour toucher certaines populations mais également un frein pour les personnes en situation de fracture numérique et aux zones blanches notamment en Mayenne et Sarthe.

La **télémédecine** et l'accès à distance ont été amplifiés et il serait important de pérenniser et développer ces dispositifs qui peuvent être très utiles à bon nombre de publics, notamment dans les déserts médicaux comme en Mayenne. Attention cependant à proposer des outils adaptés qui correspondent aux possibilités des personnes. En effet, les publics précarisés sont souvent ceux qui sont le plus touchés par la fracture numérique.

- **Consolider l'accompagnement des personnes qui ne sont pas demandeuses**

Pendant la crise sanitaire, bon nombre d'équipes mobiles ont été mises en place. Elles ont permis de créer du lien, de montrer la partie immergée de l'iceberg : les personnes invisibles, pas habituées à se faire soigner. La crise a permis de montrer que si le financement est disponible, on peut mettre en place un système efficace pour repérer la population cachée (notamment la population précaire en logement). Le but est d'accompagner en créant de la confiance et en suscitant la demande pour que les personnes s'insèrent dans un parcours de soins. Pour les personnes en logement et grande précarité : la veille pourrait être faite par l'entourage et les voisins.

Il y a une forte problématique du non-recours au droit car bon nombre de personnes se sont senties abandonnées, les personnes non repérées sont des personnes discrètes qui n'osent pas demander de l'aide. Il est important de réussir à les repérer rapidement avec des initiatives comme la PASS mobile porté par l'hôpital de Laval.

En Sarthe il y a également un fort enjeu à repérer les populations « oubliées » qui ont peut-être un toit mais des revenus extrêmement faibles (notamment les personnes âgées et personnes en situation de handicap). La non-demande est une réalité car il y a un renoncement dans la demande d'hébergement.

Les participants ont également souligné la difficulté pour des personnes précaires de pouvoir avoir un médecin généraliste. Il y a un fort manque de professionnels de santé en territoire rural et les médecins généralistes ont souvent une patientèle complète depuis des années. Pour remédier à ce manque, en Maine-et-Loire et plus particulièrement à Saumur et Cholet, des centres de santé sollicitant de manière ponctuelle des médecins à la retraite ont été mis en place.

Les participants soulignent l'aspect positif de cette solution mais émettent cependant deux réserves concernant ce type de centre. D'abord, ils ne permettent pas d'assurer une situation pérenne et stable aux patients car les professionnels ne sont pas voués à rester dans ce type de structure. Ensuite, le groupe observe un manque de diversité et de mixité de la patientèle dans ces centres qui accueillent presque exclusivement des patients en rupture de parcours et instables, ce qui peut constituer un frein à la réinsertion et à un retour vers le droit commun.

- **Des dispositifs inter-acteurs et pluridisciplinaires à généraliser ou pérenniser**

Les participants ont mis en avant plusieurs dispositifs qui fonctionnent bien, sont de bons leviers et sur lesquels il serait important de s'appuyer à l'avenir :

- En médiation en santé, les équipes mobiles couplées à la médiation en santé sont des excellents outils qui en plus de soigner et de faire de la prévention permettent de créer du lien
- Les binômes maraudes / équipes mobiles de santé
- Le lien entre travailleurs sociaux et équipes mobiles
- La mixité des équipes entre soignants et médico-social légitime l'accès au soin et le retour dans le droit commun

Liste de publics non repérés pour lesquels il faut redoubler d'attention :

- Personnes précaires et ayant un logement
- Demandeurs d'asile
- Personnes exclues du numériques
- Personnes sortant de prison
- Majeurs protégés
- Personnes en situation de fragilité psychologique
- Territoires ruraux : personnes très isolées qui restent loin des dispositifs d'aller vers
- Les personnes très discrètes sont difficiles à repérer (rôle primordial des gardiens d'immeuble, des voisins)

Enjeu 3 : Fluidité des parcours santé/logement/insertion

Préambule : De manière générale, les participants constatent qu'il semble un peu idéaliste de penser ce type de dispositifs "de mieux en mieux". Dans le domaine de la précarité les parcours et les dispositifs ne sont pas toujours fluides, simples et linéaires. Cette situation s'est amplifiée depuis la crise sanitaire : une augmentation du degré d'intensité de la précarité au logement, alimentaire, à la santé est constatée au quotidien par les équipes.

Le logement est un besoin fondamental : avoir un habitat est indispensable pour envisager une stabilité dans un parcours et répond à un besoin fondamental mais n'est pas suffisant pour autant. C'est un préalable : tant qu'il n'y a pas de stabilité dans le lieu de vie, il est difficile d'avoir de la stabilité dans le parcours de soin.

Points clés des échanges :

- **Il y a un fort besoin de coordination pour avoir des parcours fluides et stables**

Pour les participants, la fluidité des parcours est liée à l'interconnaissance des acteurs, à la coordination. Il faut pouvoir monter des partenariats entre associations, professionnels de santé pour réussir à faire des ponts et être au plus près des publics précaires.

Les participants ont souligné le besoin d'avoir plus de connaissance entre acteurs, plus de dispositifs interdépartementaux, plus de partenariats entre associations et professionnels de santé.

- **Le droit commun est un enjeu fondamental à réaffirmer**

Les participants de Sarthe ont fait le constat que lorsque la précarité est évoquée, on pense à des besoins spécifiques qui créent souvent des dispositifs très sectorisés qui complexifient le droit commun. Mais malgré la non-obtention des prérequis (logements, stabilité de revenus, assurance sociale) il est primordial de penser que les personnes précarisées ont le droit de bénéficier d'un bilan de santé en balisant rapidement des référents. Il faut penser les référents dans le droit commun.

- **Enjeu d'informer tous les professionnels de santé sur les enjeux de précarité en santé**

Il y a actuellement une certaine méconnaissance des populations précaires par le système de santé et par certains professionnels de santé qui sont très rarement confrontés à la précarité et qui ont de mauvais réflexes lorsqu'ils sont confrontés à ce type de public.

Un manque de réflexes très basiques constitue un vrai frein à la fluidité de parcours de soins et cela devrait s'apprendre dès le début des études. Pour les participants, il semble indispensable que tous les professionnels de santé soient formés et sensibilisés à ces difficultés très concrètes.

Il faut pousser à ce qu'il y ait des modules obligatoires pour comprendre les problématiques de précarité. Il faut pousser pour que l'ensemble des réseaux de soins soient sensibilisés à ces problématiques

- **Assurer une continuité dans le suivi des personnes**

Pour les participants, les parcours santé précarité sont peu linéaires et souvent difficiles à coordonner. Pour cette raison, il serait nécessaire de mettre en place un système de référent qui puisse suivre une personne du début à la fin, qui connaisse bien la personne et puisse la mettre en confiance. Les participants de Loire-Atlantique se sont notamment appuyés sur l'exemple des appels au 115 durant la crise sanitaire : lors de la crise, il n'y a plus eu de rotation des personnes en charge du 115, la continuité a pu amener une meilleure connaissance des publics, un plus grand repérage des difficultés et une plus grande facilité à travailler avec ces usagers. Cela a permis de faciliter les parcours et de créer un lien de confiance avec eux.

- **Les relais locaux sont nécessaires et importants pour que l'utilisateur sache où trouver l'information**

Les participants soulignent le besoin d'une meilleure visibilité, pour pouvoir accueillir les jeunes pour les orienter mais aussi leurs familles. Les relais locaux sont donc très importants, ils sont des portes d'entrée non seulement pour les consultations mais aussi pour l'information.

- **Avoir un accompagnement qui s'inscrit dans une temporalité précise**

Pour les participants, les situations dans lesquelles les usagers se retrouvent dans un « entre-deux » créent davantage de précarité. Il serait nécessaire d'avoir des réponses très claires pour permettre aux usagers de se projeter. Par exemple il vaut mieux être transparent et dire "vous aurez une réponse dans 3-4 mois" plutôt que de laisser l'utilisateur sans réponse.

- **Des ruptures de parcours de soins ont été identifiées**

Plusieurs publics ont été repérés par les participants : les étudiants isolés qui ne veulent pas dépendre de leurs proches, ceux qui passent de la vie étudiante à la vie active, les femmes victimes de violence qui n'osent pas se signaler, les personnes migrantes qui ne parlent pas la langue (c'est une barrière quant à l'accès aux dispositifs, la régularisation des statuts crée des peurs, des angoisses et rupture dans les soins).

En Mayenne, le PASS a permis d'éviter certaines situations de rupture de soins.

Les participants ont souligné un point d'attention : de nouvelles addictologies sont à prévoir avec la crise notamment chez les jeunes, indicateur d'une dégradation de situation sociale due aux confinements.

Les ruptures de soins ont été liées à l'arrêt de soins dans certains services, des difficultés ont été constatées dans les CCAS. Certaines personnes n'osent plus aller se faire soigner parce qu'elles savent qu'elles n'auront pas de suivi ou qu'elles n'arrivent pas à avoir de rendez-vous.

Ces ruptures seront à évaluer en post-crise COVID ou du moins à plus long terme.