

SANTÉ

Aller vers les publics précaires oblige à adapter ses pratiques

Des professionnels du secteur social et de la santé de Champagne-Ardenne ont mené une enquête auprès de leurs pairs, d'usagers et de bénévoles, sur douze actions probantes en matière d'accès à la santé des personnes démunies. Résultat : aller vers celles-ci exige d'adapter ses pratiques à leurs besoins et impose une étroite coopération entre social et sanitaire.

« **A**u lieu de faire un énième constat sur le non-accès à la santé des personnes en situation de précarité, nous avons voulu aborder le sujet de façon positive : repérer les initiatives qui ont marché et analyser pourquoi », lance Marc Fourdrignier, sociologue à l'université de Reims. Avec l'Union régionale interfédérale des organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (Uriopss) Champagne-Ardenne, il a piloté une étude sur douze actions probantes en matière d'accès à la santé des personnes démunies, en 2014-2015, en réponse à un appel à projets de l'agence régionale de santé (ARS) sur la démocratie sanitaire. L'ambition de l'ARS était même d'aller plus loin en repérant ce qui, dans ces initiatives, était « transférable ». « Il fallait examiner précisément l'approche, la méthodologie et les intervenants, pour savoir ce qui pouvait être dupliqué sur d'autres territoires », indique Jérôme Buisson, conseiller technique de l'Uriopss Champagne-Ardenne et animateur de cette expertise collective, qui a abouti à un rapport corédigé avec Marc Fourdrignier.

Double regard

Pour l'Uriopss et ses adhérents engagés dans la lutte contre l'exclusion, cette investigation inédite impliquait de se rapprocher des acteurs

de la santé publique. Car elle se situait à la charnière de ces deux mondes peu habitués à travailler ensemble. « Pour identifier les initiatives les plus pertinentes, il était indispensable de prendre en compte ce que mettaient en place des acteurs que nous connaissions moins tels que les hôpitaux. Par la suite, dans la phase d'enquête, il était utile d'avoir ce double regard, social et sanitaire. Nous avons formé des binômes issus de ces deux secteurs, qui sont allés ensemble sur le terrain », explique Jérôme Buisson.

Cette démarche inhabituelle a permis de constituer un groupe projet réunissant des professionnels de santé et des travailleurs sociaux, y compris venus d'institutions telles que le CHU de Reims, les missions locales et les caisses primaires d'assurance-maladie. Ils ont identifié vingt-cinq actions ayant de bons résultats sur le territoire régional. Ils en ont sélectionné douze en veillant à la pluralité des acteurs engagés : professionnels, bénévoles et usagers, de la santé et du travail social, associations et secteur public, en territoire urbain et rural, dans les quatre départements composant ce qui était encore la région Champagne-Ardenne. Ensuite, ils ont constitué des binômes et sont partis sur le terrain étudier chacune des actions. Avec en main une grille d'entretien, ils ont interrogé longuement 86 professionnels, usagers, bénévoles, dirigeants.

Entre sanitaire et social

En plus de l'Uriopss et du sociologue Marc Fourdrignier, deux associations rattachées au secteur de la santé ont piloté cette étude : l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) et l'Union locale des centres de soins infirmiers. Les douze actions étudiées sont portées par des acteurs des deux secteurs, sanitaire et social : l'union départementale des associations familiales de la Marne, un centre de soins infirmiers, les Lits halte soins santé, le mouvement d'entraide Revivre (pour personnes ayant des problèmes d'alcool), des caisses primaires d'assurance-maladie, des missions locales, une maison des adolescents, ou encore des équipes psychiatriques spécialisées dans le soin des personnes en situation de précarité.

Peur des institutions

Premier enseignement : « aller vers » les personnes en situation de précarité est indispensable, mais il y a plusieurs manières de s'engager dans cette démarche. « En allant sur leur territoire, dans leur cadre de vie, on comprend mieux leur façon de vivre. C'est ce que fait le centre de soins infirmiers de La Chapelle-Saint-Luc dont une équipe va en camion dans les



LE POINT DE VUE

Stéphanie Schmitt, directrice des foyers de l'association Aurore

« Il faut développer l'entraide entre pairs »

« Les réponses de notre système de santé ne sont pas toujours appropriées à des personnes démunies qui ont du mal à se prendre en main pour aller se soigner. Nous avons mené une expertise collective. J'ai ainsi étudié deux actions, dont une action de prévention dans un quartier populaire en binôme avec une ancienne directrice des services de santé de l'État, bénévole à La Croix-Rouge. Nous avons donné la parole à ceux qui mettent en œuvre les actions et à ceux qui en bénéficient. Cela permet de mieux cerner ce qui marche bien : d'abord, faire les premiers pas vers les soins aux côtés des personnes en situation de précarité, car elles rencontrent tellement de difficultés qu'elles ont besoin d'accompagnement dans ces démarches. Si elles ne viennent pas, nous devons aller les chercher. Ensuite, développer l'entraide entre pairs, usagers, bénévoles, salariés. Ces pratiques doivent être ancrées dans la culture d'une association ou d'un établissement. »

quartiers paupérisés, au pied des immeubles », remarque Jérôme Buisson. Il ne s'agit pas seulement de se déplacer physiquement, mais de se mettre à leur écoute. « Quand, dans une mission locale, un conseiller parle avec un jeune de ses difficultés et l'oriente vers le psychologue qui est sur place et à qui il pourra parler de son mal-être, c'est aussi une manière d'aller vers... », souligne le conseiller technique de l'Uriopss. C'est d'autant plus crucial que « les personnes en situation de précarité ont bien souvent peur des institutions, des blouses blanches. Ils ne prennent pas rendez-vous, ou alors ils les manquent pour diverses raisons. Il faut prendre en compte ces difficultés et adapter l'accompagnement », ajoute Jérôme Buisson.

Au fond, « il s'agit d'envisager autrement la manière de faire de la prévention et de soigner. Quand le centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) se rend dans un village avec son camping-car parce que des usagers lui ont signalé que de jeunes drogués sans moyen

De 1,6 à 2,7

millions de bénéficiaires potentiels de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) n'y ont pas recours.

Cour des comptes, 2015.



de déplacement avaient besoin de leur aide, il fait en quelque sorte un pas de côté », analyse Marc Fourdrignier. Encore faut-il chercher des moyens de prolonger ces premiers contacts. « Par exemple, une fois que des jeunes ont rencontré un psychologue dans une mission locale, l'objectif est de consolider cette amorce en leur permettant d'aller voir un psy en libéral ou à l'hôpital », poursuit le sociologue. La démarche, partagée par les associations du secteur social, paraît moins évidente pour des organismes publics de santé qui ont besoin de s'appuyer sur des partenaires. « C'est le cas de l'équipe mobile spécialisée en psychiatrie et précarité Epicure. Elle a tissé des liens avec le centre d'hébergement social Bel-Air de Charleville-Mézières, qui la met en contact avec le public visé », précise Marc Fourdrignier.

Sans rendez-vous

Deuxième levier : « prendre le temps d'écouter et d'accompagner les personnes qui sont exclues », souligne Jacqueline Ibrahim, vice-présidente de La Croix-Rouge française Grand-Est et ex-directrice des affaires sanitaires et sociales, qui y voit l'un des principaux enseignements de cette étude à laquelle elle a activement participé. La temporalité est un point crucial. « Les personnes en situation de précarité n'ont pas le même rapport au temps que les professionnels du sanitaire et du médicosocial, de plus en plus contraints. Ils risquent de ne jamais se rencontrer, sauf si les professionnels se mettent à disposition des personnes et prennent du temps pour elles », considère le sociologue. C'est le cas de l'équipe psychiatrique du réseau santé précarité de

Reims qui « a inversé la logique habituelle en mettant en place des consultations ouvertes : les gens viennent quand ils veulent, sans rendez-vous », détaille Stéphanie Schmitt.

Troisième levier : la capacité des acteurs, professionnels, bénévoles, usagers, du sanitaire et du social, à travailler ensemble. Pas simple, « car il y a un fossé entre le social et le médical. Il y a peu d'instances où se rencontrer et une méconnaissance de nos organisations respectives », selon Corinne Vallard, éducatrice spécialisée, adjointe du

>>



© LISE FOURDRIGNIER

LE POINT DE VUE

Marc Fourdrignier, sociologue à l'université de Reims

« Alors qu'il faudrait développer la coopération, les structures sont mises en concurrence »

« D'après notre étude, ce qui favorise l'accès aux soins des personnes vivant dans la précarité, c'est la capacité des professionnels à aller voir les personnes là où elles sont, ce que font bien les associations, mais plus difficilement les établissements publics. La coopération entre les acteurs et leur capacité à prendre du temps pour les plus démunis sont également des facteurs majeurs. Mais les transformations actuelles du système sanitaire et social – les regroupements, la concentration sur un seul site, la dématérialisation – renforcent les difficultés d'accessibilité, car l'éloignement accentue les problèmes de mobilité auxquels s'ajoute la fracture numérique. De même, alors qu'il faudrait développer la coopération, les structures sont mises en concurrence dans les réponses aux appels d'offres et aux appels à projets. Enfin, le travail est de plus en plus contraint et contrôlé. »

>> directeur du Club prévention d'Épernay, qui a participé à l'enquête. C'est pourquoi « il s'agit d'abord de développer l'interconnaissance : qui fait quoi sur un territoire ? et comment coopérer ? », avance Marc Fourdrignier. Le réseau santé-précarité de l'établissement public de santé mentale de la Marne a ainsi noué des partenariats avec le centre médico-psychologique et tous les acteurs de l'accueil et de l'insertion qui luttent contre les exclusions pour intervenir dans leurs locaux auprès de leur public et y mettre en place des consultations. « La coopération permet de surmonter les frontières entre des organisations, des cultures professionnelles et des modes de fonctionnement différents. Les associations sont plutôt dans l'innovation en amont des politiques publiques, tandis que les établissements publics obéissent à un modèle descendant : sur la base de telles lois ou circulaires, ils développent des actions, par exemple une équipe mobile en psychiatrie. Ces deux acteurs ont des intérêts complémentaires, ils peuvent faire alliance », commente le sociologue. Une démarche d'autant plus efficace qu'elle inclut les bénévoles et des usagers. « Une personne démunie qui a fait un cheminement pour se soigner peut, aux côtés d'un professionnel, aider ses pairs. C'est une force. Cette entraide est au fondement de projets associatifs, comme celui

du foyer Aubeois, né de rencontres entre des personnes touchées par l'alcoolisme », assure Stéphanie Schmitt, directrice des foyers de l'association Aurore.

Nouveaux horizons

Cette recherche-action est déjà un premier pas dans ce sens. Pendant deux ans, des professionnels sont « allés vers... » des partenaires qu'ils connaissaient mal. Depuis, ils ont renforcé leur coopération. « Les représentants du CHU qui étaient au comité de pilotage de l'étude sont entrés dans le collectif Alerte (1). L'institut régional d'éducation et de promotion de la santé y est beaucoup plus impliqué, de même que le réseau Santé Précarité de Reims qui, auparavant, y participait épisodiquement », expose Jérôme Buisson. Le décroisement a également ouvert de nouveaux horizons à chacun des participants. « Nous avons étendu notre champ d'action vers le sanitaire et le médicosocial. Cela me permet d'enrichir mes équipes, par exemple en les engageant à suivre une formation sur la santé mentale », témoigne Stéphanie Schmitt, qui estime avoir ouvert les yeux sur la créativité des acteurs de son territoire : « cela donne des idées, c'est mieux que de partir de zéro... ».

Des bonnes pratiques qui ont en effet inspiré d'autres acteurs. Pour le Club Prévention d'Épernay, cette étude a été le point de départ d'une démarche auprès du centre médico-psychologique (CMP) établi dans la même ville. Objectif : « mobiliser une équipe psychiatrique pour des interventions auprès des adultes que nous hébergeons dans des appartements. Le plus souvent, ils ne veulent pas aller au CMP, et quand on prend rendez-vous, il y a quatre à cinq mois d'attente. Quand ils sont en crise, il faudrait organiser rapidement une visite à domicile », plaide Corinne Vallard. Le projet n'a pas encore abouti, ce type d'intervention ne relevant pas habituellement d'un CMP. En attendant, Corinne Vallard envie cette structure d'accueil d'adolescents de Troyes, rencontrée au cours de l'étude, qui a pour voisin immédiat un service de santé qui peut recevoir les jeunes. « Il suffit de les accompagner de l'autre côté de la rue... », glisse-t-elle. ♦

Solange de Fréminville

REPÈRES

- « Vers des bonnes pratiques pour l'accès à la santé des personnes en situation de précarité », Uriopss Champagne-Ardenne, février 2016, goo.gl/wqeq4L
- « Le non-recours à la CMU-C : enquête auprès de populations précaires », rapport d'étude, Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore), novembre 2016, goo.gl/Yad6yK
- « Un outil d'observation sur l'accès aux soins », Fnars, 2016, goo.gl/xAEKf7

(1) Le collectif Alerte, animé par l'Uriopss, regroupe une quarantaine des plus grandes associations de lutte contre l'exclusion.