

Groupe d'Etude de Cas (GEC) | 2017-2018

Convention d'étude entre la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRDJSCS) de la région Auvergne/Rhône-Alpes, et l'Ecole Santé Social Sud Est (ESSSE).

Renoncement aux soins des personnes en grande précarité /
Accès aux soins et à la santé dans des structures d'accueil et
d'insertion sociale

Synthèse des enquêtes réalisées par deux groupes d'étudiants de l'ESSSE

Auteur : Philippe Warin, directeur de recherche au CNRS (Odenore/Laboratoire des Sciences Sociales – PACTE), accompagnateur scientifique de l'étude.

Grenoble | Avril 2018

Sommaire

1 L'origine du projet d'étude	3
2 L'objet de l'étude et ses objectifs	4
3 L'intérêt opérationnel de l'étude	7
4 Le contexte général de l'étude	8
5 Les conditions de réalisation	9
6 Les principaux résultats	13
6.1 Aller vers les grands précaires, c'est agir avec les réseaux d'acteurs qui interviennent à leurs côtés	13
6.2 Le renoncement aux soins des personnes en situation de grande précarité	12
6.3 Les initiatives des structures d'accueil et d'insertion sociale pour favoriser l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de grande précarité	17
7 Discussion	21

1. L'origine du projet d'étude

L'accompagnateur scientifique de la présente étude, chercheur à l'Odenore, avait suivi en 2015/2016 la réalisation d'une enquête menée par des étudiants du Master professionnel « Stratégies de développement social » de l'Université de Lille 3 « Sciences Humaines et Sociales ». Cette enquête portait sur les situations de non-recours des jeunes en parcours d'insertion professionnelle. Elle était produite pour la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRDJSCS) des Hauts-de-France. C'est pour poursuivre cette collaboration et l'élargir à des étudiants de la région Auvergne/Rhône-Alpes que la responsable du Master, en accord avec ses interlocuteurs de la DRDJSCS, proposa de partager la production d'une nouvelle étude. En recevant cette proposition, le chercheur de l'Odenore indiqua à sa collègue de Lille la possibilité et l'intérêt de solliciter les deux Etablissements de Formation de Travail Social (EFTS) partenaires du Collectif « SOIF de connaissances » : l'Institut de Formation en Travail Social (IFTS) et l'Ecole Santé Social Sud Est (ESSSE). A son initiative, les deux EFTS venaient de valider la création de « Groupes d'Etude de Cas » (GEC) pour encourager « la formation par la recherche » de leurs étudiants. La directrice de l'ESSSE accepta d'engager son établissement dans la réalisation du projet proposé.

Les GEC

Les « Groupes d'Etude de Cas » ont pour objectif de développer la formation des futurs professionnels de l'intervention sociale et médico-sociale par l'étude de sujets délimités, mais significatifs de problématiques générales qui intéressent leurs pratiques professionnelles.

Concrètement, un GEC est un groupe de travail collectif qui réunit de 2 à 10 étudiants pour réaliser un sujet d'étude proposé par un (des) acteur(s) de l'intervention sociale et médico-sociale. La coordination de l'ensemble des GEC est assurée au sein du Bureau du Collectif « SOIF de connaissances », mais chaque GEC bénéficie d'un triple encadrement, (1) professionnel, (2) méthodologique et (3) scientifique.

Par étude de cas, il faut entendre plusieurs activités, de :

- définition du sujet d'étude,
- documentation,
- enquête par sondages et/ou entretiens,
- mise en forme et analyse du corpus de données,
- rédaction d'un rapport d'étude et de son résumé,
- présentation de l'étude réalisée devant un jury.

Les étudiants doivent s'attacher à appréhender le sujet d'étude dans sa complexité et sa globalité, à en comprendre ses dimensions et à montrer en quoi elles interrogent les politiques, les organisations et les pratiques professionnelles.

Le Collectif « SOIF de connaissances » a été créé en 2014 à l'initiative des deux EFTS, de la Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réadaptation Sociale (FNARS, devenue depuis Fédération des Acteurs de la Solidarité – FAS) de la région Rhône-Alpes (Auvergne/Rhône-Alpes aujourd'hui) et de l'Odenore (Observatoire des non-recours aux droits et services, Laboratoire des Sciences Sociales « PACTE », CNRS-Université Grenoble Alpes). Ce collectif vise à mettre en lien les pratiques de terrain, la recherche et la formation pour favoriser l'évolution des organisations et permettre la diffusion des résultats de la recherche dans les formations et dans les pratiques. Sa volonté est également de garantir une prise en compte constante et réelle des réalités de terrain dans les activités de recherche, par une méthodologie de recherche inclusive et participative¹.

2. L'objet de l'étude et ses objectifs

Le sujet d'étude proposé par la DRDJSCS des Hauts-de-France porte sur l'accès aux soins et à la santé (prévention, vaccination, hygiène alimentaire...) des personnes en grande précarité. Ce choix est lié au prolongement de réflexions menées entre acteurs locaux dans le cadre de la mise en œuvre du Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de janvier 2013 et du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS). Dans ce contexte institutionnel local, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Hainaut sera parmi les acteurs fortement intéressés pour que ce sujet soit abordé. La CPAM est associée à d'autres caisses de l'Assurance maladie dans la construction d'un baromètre du renoncement aux soins et de la réponse institutionnelle qui a pris forme et qui se généralise à l'échelle nationale aux travers des Plateformes d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS).

Partant d'une lecture du phénomène du renoncement aux soins sur son territoire, la CPAM du Hainaut est particulièrement préoccupée par la situation de la population locale la plus exposée à la précarité sinon à la pauvreté. Le risque est grand pour que le renoncement soit pour beaucoup un « comportement intégré » dès lors que le renoncement est un comportement de repli durable sinon définitif par rapport à l'offre de soins fournie par le système de santé². Même si les résultats du baromètre du renoncement aux soins indiquent un taux plus bas sur son territoire, de 19,6% alors que le taux moyen est de 28 % à l'échelle des 44 CPAM étudiées par l'Odenore dans le cadre du suivi de la généralisation de la PFIDASS³, la crainte de la CPAM est vérifiée. Dans sa circonscription, souvent le renoncement ne relève plus d'un report de soins mais s'apparente à un abandon, en

¹ Voir le site du Collectif « SOIF de connaissances » : <http://www.collectif-soif.fr/>

² Philippe WARIN, Catherine CHAUVEAUD, 2014, « Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG) », Odenore, *Etudes & Recherches*, n° 53 [en ligne].

³ Hélène REVIL, Sébastien BAILLY, 2018, « Diagnostic descriptif du renoncement aux soins des assurés sociaux des CPAM de la seconde vague de généralisation des PFIDASS », Odenore, LIFE Université Grenoble Alpes [en ligne].

particulier pour des raisons financières (avances de frais et restes à charge élevés). Dans ce cas, le renoncement à des soins est intégré comme durable sinon comme définitif par les personnes concernées. Face à une telle situation, la CPAM considère qu'il est indispensable de se porter au mieux vers les personnes en grande précarité qui peuvent abandonner leur droit à la santé.

Pour cette raison et en prévision du développement du partenariat externe nécessaire à la PFIDASS, la Caisse du Hainaut a soutenu et peut-être même initié la proposition d'étude de la DRDJSCS. En particulier, la mise en route des PFIDASS autour des CPAM demande de mobiliser sinon de constituer un partenariat divers et nombreux sur les territoires de façon à repérer des assurés sociaux en situation de renoncement à des soins, et à concevoir entre acteurs les réponses concrètes. Aussi, une étude portant sur les personnes en grande précarité, accompagnées par des structures spécialisées, l'intéresse à la fois pour aller vers un public qui peut lui échapper et pour tisser une collaboration avec des acteurs qu'elle ne connaît pas nécessairement.

Sur le fond, le projet proposé par la DRDJSCS et qu'elle soutient financièrement dans le cadre de la convention de collaboration avec l'Université de Lille 3 vise deux objectifs :

- Caractériser les éventuelles particularités du renoncement aux soins des personnes en grande précarité.

Le premier objectif est de relever des explications que le baromètre du renoncement aux soins n'aurait pas perçues au travers des sondages effectués, sur la base d'un questionnaire, par les services de l'Assurance maladie (administratifs, sociaux et médicaux) auprès de la population des assurés au Régime général. En particulier, les raisons principales peuvent-elles différer lorsque l'on interroge des personnes en grande précarité ? Ces personnes ne viennent pas directement dans les services de la CPAM (ce que confirment ici les entretiens qui montrent par ailleurs beaucoup de méconnaissance et de préjugés). Il est donc important qu'une enquête se porte vers les personnes en situation de grande précarité, en allant dans d'autres lieux.

Ainsi, l'enquête à Lille sera-t-elle dirigée vers des « structures d'accueil et d'insertion sociale » dont la mission est d'accompagner en priorité cette population. L'enquête sera donc auprès de personnes et de bénévoles d'une association caritative en zone urbaine du Hainaut-Cambrésis, qui aide par des dons des personnes pauvres à se nourrir et se vêtir, et parfois abordent des questions de santé (par exemple avec la mise en place d'ateliers d'information), et des personnes et des professionnels de deux Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale. Les CHRS ont pour mission d'assurer l'accueil, le logement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes ou familles connaissant de graves difficultés en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle

et sociale. Les deux CHRS sont situés en Hainaut-Cambrésis également. En parallèle, des professionnels de deux centres de soins seront interrogés sur le territoire Flandres.

Le choix de ce type de structures est significatif du besoin de la DRJSCS et de la CPAM du Hainaut de cibler l'enquête sur une population probablement très exposée au risque de renoncement à des soins. Cela correspond à la nécessité d'approcher le plus largement possible les populations vulnérables de façon à assurer la fonction généraliste de la PFIDASS. Toutefois, l'Assurance maladie ne peut intervenir qu'auprès d'assurés sociaux au Régime général de la Sécurité sociale auxquels s'ajoutent depuis le 1^{er} janvier 2018 les assurés à l'ancien Régime Social des Indépendants (RSI) qui a été supprimé. Cette condition met de côté en particulier les ouvriers droit à l'Aide Médicale d'Etat (AME) qui est destinée à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française sur le séjour en France. L'AME est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. Aussi, l'enquête n'est-elle pas orientée vers certaines « structures de l'urgence sociale » qui accueillent et aident en particulier les populations migrantes ou réfugiées.

Pour autant, les catégories ne sont pas nécessairement étanches. Par exemple, les CHRS peuvent proposer un accueil d'urgence ; c'est le cas ici pour deux des structures, et pour 360 CHRS sur les 827 existants⁴. Ainsi, il arrive que des structures d'accueil et d'insertion sociale accompagnent des personnes à l'AME. Outre les singularités qui devraient différencier les dispositifs, sur les territoires « nécessité fait loi », si bien que le principe de l'urgence s'impose au-delà des cadres administratifs ou organisationnels. La généralisation des PFIDASS à l'échelle nationale montre que des CPAM élargissent l'action vers les populations en grande précarité en s'ouvrant à des structures de l'urgence sociale, notamment impliquées dans l'aide aux réfugiés. L'urgence sociale définie comme nécessité impérieuse d'agir, sans délai, par une action appropriée pour répondre avec efficacité à une situation imprévue reconnue comme dommageable, s'impose et nécessairement transforme, ici comme ailleurs, les pratiques professionnelles sinon les postures organisationnelles⁵.

- Comprendre les initiatives des structures d'accueil et d'insertion sociale pour favoriser l'accès aux soins et à la santé des publics qu'elles accompagnent.

Le second objectif est d'apprécier les possibilités d'un éventuel partenariat dans le cadre de la PFIDASS à partir d'une étude des initiatives développées ou envisagées par les structures qui interviennent auprès des personnes en grande précarité. Il s'agit en particulier de

⁴ Selon les résultats de l'Enquête ES 2008 : Thierry MAINAUD, 2011, « L'hébergement d'urgence en CHRS », DREES, Etudes et Résultats, n° 777 [en ligne]

⁵ Piu BREMOND, Elisabeth GERARDIN, Julia GINESTET, 2002, « En quoi l'urgence sociale interroge-t-elle les pratiques professionnelles ? », *EMPAN*, n° 46, pp. 129-135.

comprendre ce que font ou pourraient faire ces structures, pour quels publics et éventuellement avec quels autres acteurs du social ou de la santé. Il s'agit en quelque sorte d'apporter des éléments de connaissance sur un « milieu d'intervention » qui pourrait être associé dans le partenariat de type « gagnant-gagnant » visé par les PFIDASS.

3. L'intérêt opérationnel de l'étude

L'étude revêt un intérêt opérationnel pour l'Assurance maladie. En effet, les PFIDASS sont initiées par les CPAM en vue de détecter des assurés sociaux en situation de renoncement dans le but de réaliser dans les meilleurs délais des soins de qualité et de stabiliser sur le long terme les trajectoires des personnes en matière de santé. Or, les CPAM ne peuvent pas agir seules. La détection doit aussi être « externe », c'est-à-dire réalisée par d'autres acteurs que les services d'accueil des CPAM et les services sociaux et médicaux de l'Assurance maladie. Ensuite, un partenariat externe est aussi nécessaire pour mettre en œuvre les trois niveaux d'intervention d'une PFIDASS : l'apport d'informations ; l'accompagnement dans des démarches administratives ou vers des professionnels/services de santé (ouverture de droits de base et de droits à une complémentaire santé gratuite ou aidée, conseil dans le choix d'un organisme complémentaire, aide à la recherche d'un médecin traitant ...) ; le financement des restes à charge. Que ce soit pour la détection, l'accompagnement social nécessaire, l'accès à un professionnel de santé, le suivi du parcours de soins, mais aussi le financement de restes à charge, les CPAM ont besoin d'associer d'autres acteurs : services sociaux des collectivités locales, associations, mutuelles, missions locales, Centres Médicaux Psychologiques (CMP), etc. En retour ces acteurs voient l'intérêt d'une collaboration avec la CPAM dès lors qu'ils peuvent : adresser aux « conseillers PFIDASS » (cellule d'intervention constituée en interne des CPAM) le traitement de situations complexes en termes d'accès aux droits en matière d'Assurance maladie ; collaborer avec un acteur en mesure de négocier des devis médicaux (c'est le cas notamment avec les dentistes) ; compter sur des ressources financières de l'Assurance maladie qu'ils peuvent parfois compléter selon un principe de subsidiarité (le cas par exemple des CCAS et des mutuelles) ; orienter vers leurs centres de santé des personnes en difficulté pour accéder à un professionnel de santé (les mutuelles) ; etc.

Pris sous l'angle particulier des CHRS et des accueils de jour (dans ce cas sans hébergement mais avec un accompagnement social renforcé), et des associations caritatives dans l'enquête réalisée par les étudiants de Lille, l'étude proposée intéresse donc le déploiement des PFIDASS dans la mesure où elle peut aider les CPAM à mieux situer les possibilités d'un partenariat avec des acteurs avec lesquels elles n'ont généralement pas collaboré. En effet, les acteurs de l'accueil et de l'insertion sociale qui interviennent auprès des populations en grande précarité ne sont pas à ce jour partenaires des PFIDASS comme le montre la

généralisation en cours du dispositif. Dit autrement, l'étude porte sur un point aveugle du partenariat que les PFIDASS pourraient organiser progressivement.

4. Le contexte général de l'étude

L'étude présentée ici a été réalisée par des étudiants de l'ESSSE conjointement à celle menée à Lille par des étudiants de sociologie.

Grâce à des contacts précédents et au relai de la DRDJSCS des Hauts-de-France, l'ESSSE a présenté le projet de GEC à la Mission « Observations, statistiques, communication » de la DRDJSCS d'Auvergne/Rhône-Alpes. Celle-ci a donné son accord pour réaliser une étude comparable à celle menée dans les Hauts-de-France, tant en ce qui concerne ses objectifs que sa méthode. Cela s'est traduit par la signature d'une convention d'étude avec l'ESSSE.

Le GEC va impliquer deux groupes d'étudiants volontaires. Ces étudiants ont en effet accepté de s'engager dans ce projet, en dehors de leurs obligations scolaires, pour l'intérêt du sujet et de la démarche. Il s'agit de :

- Huit étudiants de 2^{ème} année des filières « Assistants de Service Social » et « Educateurs Spécialisés » de l'ESSSE du pôle de Valence.
- Cinq étudiants de 2^{ème} année de la filière « Assistants de Service Social » de l'ESSSE à Lyon.

Ces deux groupes d'étudiants ont donc travaillé sur le même sujet en 2017, mais à deux périodes différentes : au cours du premier semestre pour les étudiants de Valence et du second pour ceux de Lyon. Chaque groupe a été encadré par un formateur, tandis que l'accompagnateur scientifique du projet de GEC a suivi leurs travaux.

De façon à simplifier le travail et à alléger la tâche, il a été convenu que le travail d'enquête demandé aux étudiants de l'ESSSE se ferait sur les lieux des stages qui étaient en cours, des CHRS, une structure d'hébergement de jeunes de 18 à 25 ans, et des accueils de jour (un CHRS pouvant être aussi accueil de jour). Cette possibilité était particulièrement intéressante vu les objectifs de l'étude. L'enquête sera expliquée préalablement aux responsables des structures et aux professionnels qui accompagnent les stagiaires. La demande sera acceptée à la condition que les entretiens auprès de personnes accompagnées et de professionnels n'interfèrent avec la réalisation des stages. Les étudiants seront prudents et pour le coup limiteront la réalisation des entretiens avec les personnes accompagnées. En revanche, le travail d'enquête bénéficiera d'un environnement favorable puisque les étudiants pourront se nourrir d'autres échanges et d'observations « in situ ». Ils auront aussi des facilités pour s'entretenir avec les

professionnels ou pour rencontrer par leur intermédiaire des acteurs extérieurs avec lesquels ils travaillent pour permettre l'accès à des soins des personnes qu'ils accompagnent.

5. Les conditions de réalisation

Les deux groupes de l'ESSSE (13 étudiants en tout) et celui de l'Université Lille 3 (6 étudiants), ont donc travaillé sur le même sujet à la demande et avec le soutien financier des mêmes acteurs institutionnels (les DRDJSCS des deux régions). Ils ont partagé les mêmes objectifs d'étude et suivi des modalités d'enquête définies en commun. Seuls les calendriers ont été différents. Les étudiants de Lille ont réalisé l'étude de cas tout au long de leur 4^{ème} année de Master en 2016-2017, tandis que ceux de Valence ont pu consacrer un volume réduit d'heures (environ une trentaine) sur une période de trois mois. Les étudiants de Lyon ont travaillé dans les mêmes contraintes que leurs collègues de Valence, mais sur une période plus longue, d'environ un semestre.

L'organisation générale de l'étude a veillé à impliquer le plus loin possible les étudiants de l'ESSSE, tout en tenant compte de diverses contraintes. Pour cela plusieurs modalités ont été suivies :

- L'explication de l'étude

Le sujet et les attendus de l'étude ont d'abord été présentés et discutés avec les étudiants et leurs formateurs/enseignants sur les trois sites. Ces présentations ont donné lieu à un cadrage général au regard des travaux sur l'accès aux droits et le non-recours développés par l'Odenore, mais aussi à partir d'une présentation des enjeux institutionnels qui peuvent être rattachés au sujet proposé (notamment la construction des partenariats externes des PFIDASS). Les objectifs ont donc été présentés et discutés avec les étudiants de Valence et de Lyon, et leurs formateurs, de façon à expliquer l'intérêt de l'étude pour le commanditaire. Cette présentation avait été aussi l'occasion d'expliquer le travail et le fonctionnement de l'Odenore avec ses différents partenaires.

- La préparation des modalités de réalisation

Tout en tenant compte des particularités des formations mais aussi des conditions différentes de réalisation de l'étude entre les étudiants de sociologie de Lille et ceux de l'ESSSE, il a été convenu de travailler de la même façon de part et d'autre, mais avec des inflexions de façon à répondre au mieux aux attentes en termes de formation par la recherche propre à chaque établissement.

Dès le départ il a donc été décidé collectivement de travailler de pair avec les étudiants de Lille mais sans aller aussi loin dans le rendu du travail à Valence puis Lyon. En clair, si les étudiants lillois ont rendu un rapport qui donne lieu à une note comptant pour l'obtention du diplôme de Master⁶, cela ne pouvait pas être le cas avec les groupes d'étudiants de l'ESSSE. Les attentes ont donc nécessairement été revues alors que la convention d'étude passée par l'ESSSE reprenait intégralement, dans son Article 1, l'objectif et les attendus de l'étude produite à Lille. En particulier, les étudiants de l'ESSSE ne produiront pas, comme cela sera en partie réalisé à Lille, « un cadrage statistique partant de données existantes : enquête « Sans domicile », Insee 2012 ; données de la plate-forme d'observation sanitaire et sociale (PFOSS) ».

- Le dispositif d'enquête

Un dispositif d'enquête a été conçu avec l'ensemble des étudiants, en parallèle à Lille et Valence, puis à Lyon, et conjointement lors de trois réunions de travail par visioconférence avec l'ensemble des contributeurs des deux premiers sites.

Le dispositif d'enquête a reposé sur la réalisation d'entretiens individuels auprès de professionnels de l'accueil et de l'insertion sociale et, pour Lyon, de certains de leurs partenaires intervenant dans le champ de la santé. Des grilles d'entretien « Publics » et « Professionnels » ont d'abord été bâties par les étudiants de Lille et discutées avec l'enseignante et l'accompagnateur scientifique de l'étude, avant d'être débattues avec leurs collègues de Valence et leur formateur, puis avec le groupe et la formatrice de Lyon. Un tronc commun de questions a été ainsi validé portant sur les difficultés d'accès aux soins, les raisons et les conséquences du renoncement, l'aide trouvée ou pas au sein des structures de l'accueil et de l'insertion sociale. Ce choix a laissé la possibilité à chaque groupe d'approfondir certains aspects.

La principale différence sera que les étudiants de Lille ont davantage interrogé les personnes en grande précarité sur leurs trajectoires de vie et leur parcours sociaux. Par manque de temps, par non habitude de l'enquête sociologique par entretien, mais aussi du fait que l'étude se déroule sur les lieux de stage, les étudiants de l'ESSSE n'ont pas pu ni voulu aborder ces aspects. Ils ont en revanche, surtout à Lyon, davantage travaillé sur les initiatives des structures de l'accueil et de l'insertion sociale, en matière d'accès aux soins et la santé des personnes accompagnées. Cela les a conduits à prendre l'initiative intéressante de rencontrer pour des entretiens des acteurs de structures partenaires :

- une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) qui est aussi une Equipe mobile pour l'accompagnement médico-social ;

⁶ Ce rapport donnera lieu à une publication dans la série des Cahiers de la DRDJSCS des Hauts-de-France : « Non-recours et renoncement aux soins des personnes en situation de grande précarité », 184 p. [en ligne].

- une Equipe mobile de soins, qui intervient auprès de personnes à la rue ;
- une Equipe de liaison psychiatrie/précarité, qui est l'interface entre les structures de l'urgence sociale et les unités hospitalières de psychiatrie ;
- un dispositif d'appartements de coordination thérapeutique (ACT), qui favorise la continuité des parcours de soins ;
- un Centre d'Accueil et d'Orientation (CAO), qui aide les demandeurs d'asile.

Dans ces structures, sept professionnels ont été rencontrés : deux infirmiers, deux médecins généralistes, un médecin psychiatre, deux assistants sociaux. Ces structures, hormis peut-être les ACT⁷, interviennent toutefois dans les conditions de l'urgence sociale. Cela montre la nécessité pour les acteurs de l'accueil et de l'insertion sociale de s'associer à d'autres. Ces entretiens se sont ajoutés à ceux réalisés avec des professionnels au sein des lieux de stage.

6. Les principaux résultats

6.1. Aller vers les grands précaires, c'est agir avec les réseaux d'acteurs qui interviennent à leurs côtés

La cartographie du partenariat local des structures d'accueil et d'insertion sociale pour permettre l'accès aux soins des personnes accompagnées est riche d'enseignements. Elle indique que devant les difficultés, ces structures se tournent vers des professionnels de la médecine générale et psychiatrique qui interviennent directement dans le champ de l'urgence sociale (sanitaire, psychique, sociale). Bien sûr, d'autres ressources sont mises en œuvre, nous le verrons plus loin. Il apparaît toutefois que ces possibilités dépendent de l'initiative et des efforts des structures pour mailler des partenariats locaux en mesure d'apporter des réponses à des besoins de soins qui ne peuvent être assurés autrement, du fait des inégalités sociales de santé et d'accès aux soins générées en partie par le système de santé et d'assurance sociale.

Ce résultat est essentiel pour l'objectif opérationnel de l'étude. Il signifie deux choses :

- D'une part, les personnes en grande précarité, quand elles se soignent, c'est essentiellement grâce aux acteurs du social et de la santé qui ont pour fonction ou pour objectif de les aider dans la prise en charge de leurs besoins.
- D'autre part, quitte à orienter l'action des PFIDASS vers les personnes en grande précarité, les CPAM sont amenées à construire des partenariats avec des réseaux

⁷ Cela peut être discuté au vu notamment de l'importance des ACT pour organiser le traitement dans le temps de personnes étrangères, en demande de titre de séjour, et atteintes de pathologies graves. Catherine CHAUVEAUD, Philippe WARIN, 2014, « Les difficultés d'accès à des soins des étrangers primo-arrivants demandeurs de titres de séjour et atteints de VIH/hépatites », Odenore, *Etudes & Recherches*, n° 54 [en ligne].

d'acteurs qui défendent, du fait de ce qu'est la grande précarité, une approche globale et sur le long terme des besoins des personnes.

Cela signifie que l'ouverture des PFIDASS aux personnes en situation de grande précarité, conduit les CPAM à s'ouvrir aux objectifs, aux logiques et aux conditions de l'action développée par les réseaux d'acteurs qui interviennent en premier vers cette population très diverse et bien différente le plus souvent de la population des assurés sociaux dont elles s'occupent habituellement. Ce n'est pas la même population ni les mêmes acteurs que lorsque les PFIDASS se tournent vers les Centres Communaux d'Action Sociale, les Missions Locales, les Centres Médico-Psychologiques (structures de soins pivots des secteurs de psychiatrie), les Centres Locaux d'Information et de Coordination (guichets d'accueil, d'information et de coordination ouverts aux personnes âgées et à leur entourage, ainsi qu'aux professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile), les Maisons de Services aux Publics, les mutuelles, les associations d'insertion professionnelle, ...

C'est ce premier résultat que l'analyse des entretiens avec des personnes accompagnées et avec des professionnels permet d'étayer. Les constats peuvent alors être regroupés selon qu'ils portent sur l'un ou l'autre des deux objectifs de l'étude : les particularités éventuelles du renoncement aux soins des personnes en grande précarité ; les initiatives des structures d'accueil de d'insertion sociale pour favoriser l'accès aux soins et à la santé des publics qu'elles accompagnent.

Ajoutons cependant que cette cartographie, encore sommaire, appelle une analyse de réseau. En effet, on peut remarquer des absents comme Médecins du Monde. Ce constat est important. Il indique en particulier que la population en situation de grande précarité se subdivise en fonction des acteurs qui interviennent auprès d'elle. En l'occurrence, le fait que cette Organisation Non Gouvernementale n'apparaît pas ici, montre un découpage de la population en situation de grande précarité en fonction des acteurs, entre les personnes qui relèvent ou peuvent relever du droit commun et celles qui ne le peuvent pas. Si les premières correspondent à la cible des PFIDASS, les secondes non, à ce jour. Pour autant, les CHRS et les accueils de jour, comme leurs partenaires, peuvent accompagner des populations sans titre de séjour qui ne relèvent pas de la CMU-C notamment, mais de l'AME. Les frontières sont relativement poreuses, néanmoins, ne pouvant pas intervenir auprès de tous, chaque acteur construit un public en particulier.

6.2. Le renoncement aux soins des personnes en situation de grande précarité

Les entretiens avec 23 personnes en grande précarité ont eu lieu à Valence (17) et à Lyon (6), au sein de CHRS (13 entretiens) ou d'accueils de jour (10 entretiens). Malgré les imprécisions du matériau d'enquête, il s'agirait de 15 hommes et de 8 femmes, dont un couple rencontré lors d'un même entretien. Pour la plupart, ces personnes vivent seules ;

peu (3) indiquent avoir un ou plusieurs enfants. Plus du quart des personnes rencontrées sont étrangères. Elles viennent principalement d'Europe centrale. Elles ont obtenu ou sont en attente d'un titre de séjour. Malgré leurs singularités, les trajectoires de vie des personnes présentent des similitudes quant à l'accumulation des difficultés qui les ont plongées dans des situations de grande précarité. Leur état de santé s'en ressent, toutes ont ou ont eu des besoins de soins importants non pris en charge. Les entretiens ne permettent pas d'en savoir plus, ni bien entendu d'estimer leur état de santé psychique que les difficultés accumulées ont pu entamer. Cette question est pourtant essentielle car elle détermine pour une large part le rapport des personnes aux soins et à la santé.

Les professionnels de santé rencontrés dans les structures citées précédemment parlent de véritables abandons dus à la dégradation des conditions de vie et de l'état psychique des personnes. C'est ce qui les conduit à considérer lors des entretiens qu'avec les personnes en grande précarité l'accès aux soins et à la santé demande de mettre en œuvre les outils d'une « clinique bio-psycho-sociale » afin de faire ré-émerger les individus à eux-mêmes et à leur environnement. C'est très exactement le constat posé par ailleurs par Médecins du Monde⁸. Alors que les professionnels rencontrés dans les CHRS et les accueils de jour parlent d'abord des soins qu'ils s'efforcent de rendre accessibles, leurs partenaires intervenant dans une PASS et dans des équipes mobiles de soins ou de liaison psychiatrie/santé parlent de soins à réaliser en traitant nécessairement aussi des états de santé psychique très dégradés. C'est dire que pour les personnes en situation de grande précarité, le besoin de soins est indissociable d'un besoin de stabilisation sur le plan social évidemment mais aussi sur le plan psychique. Ainsi, la principale particularité de la réponse à apporter aux besoins de soins des personnes en situation de grande précarité est qu'elle doit, selon ces professionnels, lier le curatif à un investissement dans la durée sur le plan social et psychologique voire psychiatrique.

Cette analyse des publics par les professionnels paraît essentielle dès lors que l'action contre le renoncement aux soins s'aviserait de répondre aux besoins des grands précaires. A partir de là que nous disent les enquêtes du renoncement aux soins des personnes en situation de grande précarité ?

Lors des entretiens dans les accueils de jour, une majorité de personnes indique des conditions d'hébergement très précaires (à la rue, dans des squats, sous tente...), qui ne leur permettent pas de suivre un traitement médical en cas de besoin. Cette situation obère le retour ou l'entrée dans des parcours de soins, voire même des traitements ponctuels. Pour autant, les personnes soulignent l'importance de l'accompagnement dont elles bénéficient pour accéder au droit à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou à l'Aide Médicale d'Etat (AME). La situation des personnes

⁸ Patrick BOUFFARD, 2018, « Soigner les personnes à la rue », *Esprit*, n° 443, pp. 21-24.

accueillies en CHRS paraît plus stabilisée. Les entretiens confirment l'intérêt de ces structures quand elles disposent de permanences médicales ou dispensent des soins infirmiers, et parfois apportent une aide psychologique. Même sans ces services, les CHRS représentent une aide notable pour les personnes du fait de l'accompagnement physique qui peut être mis en œuvre aussi bien en direction d'administrations que de professionnels de santé. Plus largement, force est de constater dans les témoignages recueillis que ces structures de l'accueil et de l'insertion sociale jouent le rôle qui leur est imparti, en termes de droit à l'accueil, droit au lien social, droit d'accès à des prestations de base, droit d'accès aux soins. Ce constat doit cependant être nuancé.

D'une part, l'accès aux soins est relatif pour les personnes étrangères qui expriment des besoins de soins limités (ce qui ne veut pas dire qu'elles n'ont pas besoin de soins avérés sur le plan médical) et qui souvent souhaitent réduire leurs relations aux professionnels de santé. Ces personnes ne manquent pas nécessairement de droits ouverts à la CMU-C ou à l'AME du fait déjà du travail effectué, de façon systématique, par les CHRS et les accueils de jour, ou par d'autres acteurs auparavant, comme les Permanences d'Accès aux Soins de Santé. Les PASS travaillent en réseau avec de nombreux CHRS et accueils de jours, mais aussi de plus en plus avec les Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) pour des populations migrantes. Les personnes sont sans droits ouverts, cela fait partie des critères. La première intervention consiste donc à stabiliser au mieux leur situation administrative. C'est le travail principal des assistantes sociales des PASS. Le suivi dure tant que nécessaire jusqu'à l'ouverture des droits. Dans le contexte d'une grande ville et d'une agglomération, la PASS (souvent plusieurs) a évidemment besoin d'aller à la rencontre des personnes. Il y aurait besoin d'une PASS mobile, comme les enquêtes menées à Lyon l'indiquent ; ce qui peut être attendu aussi sur bien d'autres territoires, comme celui de la Drôme par exemple du fait de l'enclavement de nombreux secteurs ruraux.

En revanche, peu de personnes dans ce petit échantillon ont un médecin traitant. Ce n'est pas par manque d'explication et de proposition d'accompagnement de la part des professionnels des CHRS et des accueils de jour, ni forcément par manque d'intérêt. La raison relève essentiellement, selon les professionnels rencontrés, de la situation administrative de ces personnes et des craintes qui peuvent en découler. Les raisons culturelles évoquant un rapport particulier au corps et à la maladie qui « abaisserait » le niveau des besoins de soins leur paraissent douteuses, tant les personnes elles-mêmes s'inquiètent « en silence » de leur santé et plus largement de leurs conditions de vie. Ce sont à l'évidence les traumatismes subis et le dénuement qui peuvent conduire les personnes à relativiser certains de leurs besoins.

D'autre part, pour les personnes de nationalité française le droit d'accès à des soins reste fragile. Quand ce n'est pas par elles-mêmes, c'est avec l'aide des CHRS, des accueils de jour ou d'autres, qu'elles ont toutes eu accès à une complémentaire santé et à un médecin

traitant. Quelques-unes sont atteintes d'une Affectation Longue Durée (ALD) et connaissent apparemment le mécanisme du droit à la prise en charge à 100%. Pour autant, les entretiens montrent que l'accès à une couverture sociale et même à un médecin n'est pas suffisant quand se soigner à des coûts élevés, sans parler des refus de soins (plusieurs cas sont relatés, concernant différents types de professionnels de santé). Si cette difficulté peut se régler quand les personnes peuvent être dirigées vers des professionnels de santé accueillants, en revanche le coût des soins apparaît comme la barrière principale. Une barrière difficilement franchissable, par rapport à laquelle les structures de l'accueil et de l'insertion sociale n'ont pas de solution.

On retrouve alors des conséquences que l'on a vues apparaître dans les entretiens qui ont accompagné le baromètre du renoncement aux soins mis en œuvre par l'Odenore avec les acteurs de l'Assurance maladie. Comme d'autres personnes en situation de renoncement, sinon plus qu'elles encore, les personnes en situation de grande précarité établissent des priorités. Souvent elles abandonnent des soins ou se privent pour elles-mêmes pour donner la priorité à leurs enfants. Certaines recourent à l'hôpital pour des soins gratuits. Beaucoup, dans cet échantillon, n'achètent pas les médicaments prescrits. La différence tient probablement à la gravité du renoncement sur le plan médical (en termes d'empêchement physique et de morbidité) et sur le plan social (en termes de désinsertion) dans le cas de personnes en situation de grande précarité. C'est la conséquence d'une relation « mécanique » entre renoncement et précarité (à la fois cause et conséquence l'une de l'autre).

Avec les personnes en situation de grande précarité, l'idée même de l'accès à la santé, et non seulement aux soins, sort aussi plus nettement des représentations et des attentes. La grande précarité exclut de la prévention, sauf si on intègre dans cette catégorie les soins gynécologiques auxquels accèdent quelques-unes des femmes rencontrées. Sinon, les dépistages, la vaccination, l'hygiène alimentaire, l'activité physique... n'apparaissent plus ou pas comme des sujets de préoccupation parce que le plus souvent ces personnes ne sont pas ou plus en mesure d'imaginer leur possibilité. Sur ce plan, les structures de l'accueil et de l'insertion sociale semblent démunies, quand bien même elles inscrivent l'accès à la santé (et non seulement aux soins) parmi leurs objectifs d'action.

Enfin, que les personnes soient françaises ou étrangères, elles peuvent être concernées par des difficultés qui sont notamment de l'ordre de la compréhension et du manque d'autonomie. La langue, le peu d'habitude, l'illettrisme, et d'autres raisons encore probablement, entrent en ligne de compte. Dans leur cas, l'accès aux soins est souvent subordonné à l'aide reçue d'un tiers, généralement dans les structures. Le « besoin de

guidance »⁹ qui explique dans de nombreuses situations, mais qu'en partie, le renoncement aux soins (comme on le voit avec le baromètre de l'Assurance maladie) apparaît très fortement à l'échelle réduite de cette enquête. Plusieurs personnes parlent de la CPAM, disent s'être rendues à un accueil... Leur autonomie semble toutefois très relative pour engager une relation administrative et régler une difficulté lorsqu'elle surgit. Pour autant, sur cette cause particulière du renoncement, les personnes rencontrées peuvent apparaître en moins mauvaise position du fait de l'accompagnement qui leur est apporté par les professionnels des CHRS et des accueils de jour (ou d'autres). Grâce à leur soutien, elles compensent l'autonomie qui leur manque pour trouver seules un professionnel de santé, prendre un rendez-vous, comprendre un diagnostic ou une prescription, remplir un document administratif, etc.

En résumé, les enquêtes réalisées à Valence et à Lyon auprès de personnes en situation de grande précarité débouchent sur trois principaux résultats, sans que des différences notables apparaissent dans les entretiens réalisées sur les deux sites :

- Les personnes en situation de grande précarité qui sont accompagnées ont généralement des droits ouverts à la CMU-C ou à l'AME et accèdent tant bien que mal à des professionnels de santé pour des soins curatifs de base (hors dentistes et médecins spécialistes).
- Pour autant :
 - Les personnes en situation de grande précarité sont souvent en situation de renoncement à des soins.
 - Dans leur cas, le renoncement est durable sinon définitif pour une partie des besoins de soins, notamment pour des raisons de coûts.
 - Les personnes en situation de grande précarité peuvent difficilement s'inscrire dans la durée d'un parcours de soins.
 - Une approche préventive, de la santé, est hors de portée et même hors d'entendement des personnes en situation de grande précarité.
- Enfin, et du point de vue des professionnels cette fois, les personnes en situation de grande précarité ont besoin d'être traitées dans une clinique bio-psycho-sociale qui n'appelle pas simplement la réalisation de soins à un instant T, mais la mise en place d'une intervention médico-psycho-sociale du temps long, nécessairement partenariale.

⁹ La notion de manque de guidance renvoie au manque de vigilance, d'incitation et d'accompagnement de la part des professionnels de santé comme des professionnels de l'administratif et du social : Philippe WARIN, Catherine CHAUVEAUD, 2014, op. cit.

Par conséquent si aller vers les grands précaires, c'est agir avec les réseaux d'acteurs qui interviennent à leurs côtés ; agir avec ces acteurs, c'est aussi penser les termes d'une intervention médico-psycho-sociale dans la durée.

Si ce point de vue est juste, il est important de rendre compte maintenant de ce que l'enquête apporte sur les attentes des structures d'accueil et d'insertion sociale pour renforcer leur action pour l'accès aux soins, mais aussi sur ce que leur action en cours pourrait apporter aux PFIDASS initiées par l'Assurance maladie.

6.3. Les initiatives des structures d'accueil et d'insertion sociale pour favoriser l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de grande précarité

Au vu des enquêtes, les CHRS et les accueils de jour ne sont pas en mesure d'agir sur le même plan. En particulier, les CHRS peuvent proposer un accompagnement dans la durée alors que les accueils de jour interviennent ponctuellement lorsque les personnes se rendent dans leurs locaux. Les CHRS peuvent davantage se consacrer à un repérage des besoins et à la mise en œuvre d'une démarche d'accès aux soins, surtout lorsqu'ils comptent dans leur équipe un professionnel de santé, généralement infirmier.

L'accompagnement des personnes pour réaliser des soins est indispensable. Il est nécessaire pour que les prises en charge administratives et médicales se réalisent au mieux. Le travail d'accompagnement vaut pour les personnes mais aussi pour les services administratifs et professionnels de santé qui ont besoin d'un interlocuteur pour s'assurer que les explications soient comprises. Dit autrement, l'accompagnement vaut à la fois pour les personnes et pour les professionnels, si bien que ce rôle est celui d'une intermédiation.

Les CHRS paraissent davantage en mesure que les Accueils de Jour d'accomplir cet accompagnement, y compris pour l'ouverture éventuelle de droits. Mais l'enquête devrait être affinée sur ce point également. En tout cas, en cas de besoin ils aident tant que possible les personnes à trouver des médecins qui pratiquent le tiers-payant et qui sont prêts à les recevoir en consultation et à les suivre. Cela oblige les professionnels des CHRS à constituer de véritables carnets d'adresses et à gérer de façon rapprochée les relations avec les professionnels de santé. Pour cela, l'accompagnement jusque dans le cabinet médical est indispensable pour avoir la confiance du médecin et l'assurer que la personne sera accompagnée dans la réalisation des soins.

Cela demande de construire des réseaux de professionnels de santé prêts à agir pour l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité. Cela est loin d'être simple, même dans de grandes villes comme Lyon. Le seuil de tolérance des professionnels de

santé est généralement bas¹⁰. L'effort est donc considérable pour trouver des médecins traitants qui acceptent des personnes en grande difficulté, avec un état de santé physique et psychique ou psychiatrique dégradé, et souvent des pathologies aggravées. Cela oblige à construire un réseau de professionnels de santé prêt à s'occuper aussi de ce public. Il faut beaucoup de temps pour établir ce partenariat. Le public, ses problématiques, la structure qui l'accompagne ne font pas partie de leur champ habituel d'intervention. Les professionnels de santé ne sont pas préparés. Parfois, les accueils de jour et les CHRS travaillent par exemple avec une PASS pour remonter vers des médecins ou des services hospitaliers. De cette façon aussi, le but est d'arriver in fine à travailler avec des médecins de ville prêts à se déclarer médecins traitants, quitte à devenir leur interlocuteur pour les aider dans la prise en charge des parcours de soins coordonnés.

Dans tous les cas, l'accompagnement doit être très vigilant de façon à faciliter les relations avec les personnes et à éviter, notamment, les rendez-vous non honorés qui dissuaderaient les professionnels de santé. La présence d'une infirmière est déterminante dans cette médiation. Dans un CHRS, l'entretien réalisé indique également son rôle central avec le CMP de façon à garantir le suivi de ses prescriptions.

Les constats sont les mêmes dans la structure d'hébergement de jeunes de 18 à 25 ans. L'accompagnement administratif est indispensable pour des jeunes sans connaissance de leurs droits et peu préoccupés de leur santé. La structure, qui accueille en permanence 25 jeunes, a établi un partenariat avec des médecins et avec des centres d'information et de prévention. La structure est nationale et connue. De nombreux acteurs orientent vers cette antenne lyonnaise des jeunes en grande précarité, sans ressources ni toit.

En revanche, il semble en aller autrement avec l'Accueil de jour pris en compte dans l'enquête. Cette structure accueille des personnes en situation de grande précarité pour des services ponctuels (repas, douche, information et conseil, ...). Le temps d'intervention est souvent bref, même si le public peut venir fréquemment. Le travail se situe dans l'instant et exige de réagir immédiatement. Ainsi, arrive-t-il souvent que les professionnels prennent avec la personne un rendez-vous pour une consultation médicale à partir du carnet d'adresses qu'ils ont constitué à la longue. La principale difficulté est qu'ils ne peuvent pas aller au-delà. Rien ne garantit donc que les personnes consultent une fois un rendez-vous pris. Il en va de même avec les orientations réalisées avec des personnes qui demandent des médicaments de substitution. Là aussi le repérage des besoins n'est pas forcément suivi d'effets. La situation est identique avec les dépistages.

¹⁰ Les attitudes des professionnels de santé peuvent être très différentes comme le montre Caroline de Pauw dans son enquête de référence auprès de médecins généralistes : Caroline DE PAUW, 2017, *Les médecins généralistes. Face au défi de la précarité*, Rennes, Presses de l'EHESP.

En résumé, l'enquête parvient aux résultats suivants. Les structures de l'accueil et de l'insertion sociale peuvent faciliter la détection des situations de renoncement à des soins qui intéressent l'action de l'Assurance maladie autour des PFIDASS. Mais en plus, elles peuvent aider les PFIDASS à réaliser leur objectif consistant à produire la réalisation de soins de qualité dans les meilleurs délais. Elles peuvent en particulier mettre à profit les partenariats qu'elles ont constitués elles-mêmes pour permettre un accès aux soins des personnes accompagnées. Sur différents plans, ces partenariats peuvent être importants dans la perspective d'une coopération des structures d'accueil et d'insertion sociale dans le cadre des PFIDASS :

- Les partenariats constitués avec des acteurs de la santé permettent aux professionnels des structures de l'accueil et de l'insertion sociale de consolider leurs connaissances sur les problématiques psychiques ou psychiatriques. C'est le cas par exemple à Lyon avec l'Equipe Mobile de Soins et l'Equipe Mobilité Psychiatrie-Précarité qui forment les professionnels des CHRS et d'autres, de façon à les aider à améliorer leur accompagnement individuel. Grâce à cet apport, les professionnels des CHRS peuvent être mieux en mesure encore de communiquer aux cellules PFIDASS des « détections pertinentes », c'est-à-dire de signaler à l'Assurance maladie des personnes qui renoncent à des soins et qu'ils sont en mesure d'accompagner, éventuellement d'autres acteurs, vu leurs problématiques psychiques ou psychiatriques. En effet, comme le montrent les entretiens avec ces Equipes spécialisées, certaines personnes doivent être d'abord stabilisées sur le plan psychiatrique en même temps que se met en place un accompagnement social dans la rue ou hors la rue, pour que les soins qui ont pu manquer soient progressivement engagés. En même temps, l'observance des soins exige que les personnes soient hébergées, parfois dans des hébergements adaptés, comme les appartements de coordination thérapeutique. Sans cette condition, les efforts mis en œuvre pour que les personnes se soignent peuvent être inefficaces et donc s'avérer inutilement coûteux. Or souvent, l'hébergement et a fortiori l'hébergement adapté manquent alors qu'ils déterminent la réalisation et le suivi des soins.
- Ces partenariats aident aussi les professionnels de ces structures de l'accueil et de l'insertion sociale à constituer des réseaux de professionnels de santé prêts à prendre en charge les parcours de soins coordonnés des personnes en situation de grande précarité. Les partenaires des CHRS en particulier jouent un rôle d'interface important avec les professionnels et services de soins, hospitaliers ou non, et aident à enrichir le carnet d'adresses que les CHRS construisent autrement aussi. De cette façon, s'élabore un « écosystème » qui cherche à prendre en charge des situations qui intéressent les PFIDASS. Les Equipes spécialisées citées plus haut facilitent cette mise en réseaux, mais également le Centre d'Accueil et

d'Orientation qui, à Lyon, a constitué un réseau de médecins qui parlent des langues étrangères, l'arabe, l'arménien, le lingala... C'est un atout essentiel quand des barrières linguistiques doivent être levées et vu l'impréparation quasi-totale des professionnels de santé (comme d'autres) à l'inter-culturalité. En même temps, le réseau du CAO s'étend au Comité Départemental d'Hygiène Sociale qui est un Centre de lutte antituberculeux, au Centre Santé Prévention qui notamment réalise gratuitement les vaccinations... Ces acteurs peuvent aussi être activés, et bien d'autres probablement. Ils pourraient aider à élargir l'assise de l'intervention des PFIDASS dès qu'elles prennent en compte le renoncement aux soins des personnes en situation de grande précarité.

Dans ces partenariats locaux entre acteurs du social et de la santé, les CPAM ont leur place. Les professionnels de plusieurs structures ont indiqué suivre avec intérêt les formations proposées par la Caisse de la Drôme ou celle du Rhône. Ils apprécient tous les initiatives des CPAM pour informer une grande diversité d'acteurs des territoires sur les droits sociaux, présenter le site de l'Assurance maladie en ligne (ameli.fr), faire connaître les services sociaux et médicaux de l'Assurance maladie, alerter sur les vaccinations... C'est l'occasion d'actualiser leurs connaissances de dispositifs à partir de la présentation de situations complexes. Cela permet aussi d'établir des relations directes avec des professionnels de la CPAM, utiles ensuite pour traiter des situations urgentes sans passer par des prises de rendez-vous trop longues. Sur différents plans, ces formations sont donc indispensables pour ces professionnels afin d'accomplir au mieux leur fonction de référent social. Mais c'est aussi par les CPAM que parfois les professionnels peuvent accéder à un professionnel de santé. Cette observation est intéressante car elle pointe l'un des intérêts reconnus à la PFIDASS par ses partenaires – vérifié par ailleurs par l'Odenore dans le suivi de la généralisation du dispositif –, à savoir la légitimité de l'Assurance maladie à intervenir directement auprès de professionnels de santé, en particulier pour négocier des devis médicaux. Pour l'ensemble de ces raisons, la plupart de professionnels rencontrés suivent régulièrement ces formations. Les autres voudraient en bénéficier.

Cela étant, les différents professionnels insistent sur le besoin d'avoir un référent à la CPAM au-delà des relations établies de façon quelque peu informelle. Le principe de la PFIDASS présenté au cours des entretiens – qu'aucun acteur rencontré ne connaît – leur paraît bon. Les professionnels voient l'avantage d'un partenariat avec l'Assurance maladie qui viendrait renforcer, comme on l'a dit, leur rôle de référent social. Ils pourraient ainsi mieux accompagner les personnes non seulement vers leurs droits mais aussi vers les soins dès lors que dans l'accompagnement des personnes auprès de professionnels de santé ils pourraient signifier l'ancrage institutionnel de leur démarche avec l'Assurance maladie. Dit autrement, le partenariat proposé par l'Assurance maladie intéresse ces acteurs sur deux plans principalement :

- Dans la recherche de solutions administratives pour ouvrir ou renouveler des droits, notamment dans le cas de situations complexes.
- Surtout, dans l'accompagnement des personnes dans leurs parcours de soins du fait du supplément de légitimité qu'un partenariat avec l'Assurance maladie peut apporter à ces professionnels du social dans leurs relations aux professionnels de santé.

7. Discussion

L'enquête réalisée par les étudiants de l'ESSSE répond aux objectifs de l'étude en apportant des résultats intéressants. D'une part, elle montre que les réponses au renoncement aux soins des personnes en situation de grande précarité doit lier le curatif à un investissement dans la durée sur le plan social et psychologique voire psychiatrique. D'autre part, elle indique qu'un partenariat de type « gagnant-gagnant » peut aussi être exploré entre l'Assurance maladie et les structures qui accompagnent ces personnes. Ces dernières pourraient débloquent plus facilement des situations complexes avec le soutien direct de l'Assurance maladie CPAM et grâce à ce soutien elles pourraient être confortées dans leur rôle d'intermédiation entre les personnes accompagnées et les professionnels de santé. En parallèle, l'Assurance maladie pourrait élargir la détection des situations de renoncement aux soins à une population d'assurés sociaux éloignée de ses accueils mais aussi s'appuyer sur des acteurs du social et des réseaux locaux multi-professionnels aguerris pour faciliter le suivi des parcours de soins de cette population en particulier. Cette enquête exploratoire permet donc de confirmer la pertinence du projet initial proposé par la DRDJSCS des Hauts-de-France et la CPAM du Hainaut, puis soutenu par la DRDJSCS d'Auvergne/Rhône-Alpes.

Evidemment, ces constats mériteraient d'être vérifiés à plus large échelle. Cela étant, ils sont intéressants également par la discussion générale qu'ils entourent sur la possibilité pour une institution comme l'Assurance maladie d'intégrer des logiques d'action assez éloignées des siennes. En effet, les PFIDASS cherchent que dans des délais les plus brefs les soins manquants soient réalisés et que les personnes puissent ensuite s'inscrire dans un parcours de soins optimal. L'indicateur de réussite est le nombre de prises en charge abouties. L'ambition de cette politique (les PFIDASS sont confirmées dans la nouvelle Convention d'Objectifs et de Gestion 2018-2022 signée entre de l'Assurance maladie et l'Etat) est d'apporter une réponse à un phénomène qui impacte près de 30% de la population. La question est de savoir si cette logique du grand nombre peut tenir compte d'une logique d'action ciblée sur les personnes en situation de grande précarité. Comme dit plus haut, ces personnes ont généralement besoin d'être traitées dans une clinique bio-psycho-sociale qui n'appelle pas simplement la réalisation de soins à un instant T, mais la mise en place d'une intervention médico-psycho-sociale du temps long, nécessairement

partenariale. Les PFIDASS peuvent-elles intégrer cette donne et penser par conséquent un partenariat particulier avec les structures de l'accueil et de l'insertion sociale et leurs réseaux locaux ?

La question n'est pas celle de la différence entre des logiques qui rendrait difficile sinon impossible ce rapprochement, mais celle des conditions nécessaires pour que des logiques différentes se renforcent réciproquement. Sous cet angle, on peut mettre en discussion deux sujets de réflexion :

- D'une part, les deux logiques en question ne sont pas contraires, ni contradictoires, car elles ont toutes in fine pour objectif de lutter contre les inégalités sociales de santé.
- D'autre part, les acteurs qui les portent, pourtant très différents, sont tous en attente de réponses structurelles – au-delà des PFIDASS et d'autres dispositifs de l'Assurance maladie ou portés par d'autres – concernant une série de sujets qui dépendent largement de la volonté gouvernementale. On le voit ici dans certains entretiens et surtout dans les enquêtes en cours sur les PFIDASS, ces sujets ont trait à :
 - La généralisation du tiers-payant (repoussée).
 - Au contrôle du forfait hospitalier (en augmentation).
 - L'intégration de l'AME au sein de la Protection Universelle Maladie (PUMA) avec l'accès à la CMU-C (proposée depuis plusieurs années par l'Inspection Générale de l'Action Sociale, l'Inspection Générale des Finances, le Défenseur des Droits).
 - La maîtrise du prix des consultations qui n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire de base (AMO).
 - Au développement du nombre de places de lits ou d'appartements thérapeutiques des personnes en situation de précarité touchées par une pathologie chronique invalidante (Sida, hépatite, cancer, sclérose en plaques...) et à leur articulation avec la médecine de ville et l'hôpital afin de favoriser la continuité des parcours de soins.
 - La couverture territoriale des PASS (notamment des PASS dentaires, psychiatriques, ophtalmologiques, pédiatriques, des PASS mobiles, mais aussi des PASS ambulatoires ou de ville – expérimentées par l'Agence Régionale de Santé de l'Île-de-France).
 - Au renforcement du budget d'interprétariat alloué aux ARS à destination des professionnels et des structures de soins prenant en charge des migrants allophones, son ouverture à d'autres acteurs comme les PASS ou les Centres d'Accueil et d'Orientation.
 - ...

Ces sujets politiques intéressent directement les populations et les acteurs pris en compte dans cette enquête et bien d'autres. Ils n'échappent pas à la discussion générale. Suite à la présentation par la ministre des Solidarités et de la Santé, le 13 octobre 2017, du Plan pour « Renforcer l'accès territorial aux soins », de grands réseaux nationaux ont réagi. Par exemple, l'Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS) qui représente 75% des intervenants non lucratifs du champ sanitaire, social et médico-social, a adressé les propositions énoncées ci-dessus en réponse au Plan gouvernemental¹¹. Aussi par leur enquête, les étudiants de l'ESSSE ont apporté des résultats qui permettent de comprendre en quoi l'objectif opérationnel de l'étude s'inscrit dans l'enjeu majeur de l'intégration dans et par la protection sociale des populations en situation de grande précarité.

¹¹ UNIOPSS, 2018, « Analyse et propositions sur le Plan d'accès aux soins » [en ligne].