



**Mission d'étude menée pour Ville de Marseille et l'Agence Régionale pour la
Santé de Provence-Alpes-Côte-D'azur**

**ACCOMPAGNEMENT A L'ELABORATION DE REPONSES AUX PROBLEMES
D'ACCES AUX SOINS ET DE CONTINUITE DES SOINS
POUR LES PERSONNES SANS-ABRI A MARSEILLE**

Rapport final

Version du 13 juillet 2011

Remplace la version du 31 mars 2011

Chantal Mannoni, consultante en santé publique et médecine sociale

En collaboration avec

Christian Harzo, sociologue, et David Chevallier - Observatoire Social de Lyon

13 juillet 2011

Observatoire Social de Lyon – 29 rue du Plat ● 69002 LYON
Tél. 04 78 38 52 00 ● Fax : 04 78 38 52 02
e-mail : oslyon@yahoo.fr Web : www.observatoire-social.org

Association loi 1901 ● SIRET : 414 981 829 00040
N°TVA intracommunautaire : FR66414981829

Chantal MANNONI
274 rue Vendôme
69003 LYON
Tél. 06 03 17 72 35

e-mail : chantal.mannoni@wanadoo.fr

SOMMAIRE

RESUME.....	4
I. INTRODUCTION.....	8
II. LA METHODOLOGIE DEVELOPPEE.....	11
III. SYNTHESE SUR LES ELEMENTS DE CONNAISSANCE AU TERME DE LA PHASE EXPLORATOIRE	22
IV. LA OU LES POPULATIONS SANS DOMICILE FIXE	54
V. LES QUESTIONS DE SANTE.....	66
VI. RECOURS AUX SOINS ET VULNERABILITES, PREVENTION	76
VII. ACCES AUX SOINS, A LEUR CONTINUITE, A LA PREVENTION	83
VIII. PRECONISATIONS ET CONCLUSIONS.....	131

Note :

Ce rapport consolidé vient compléter celui rendu le 31 mars 2011 conformément aux engagements contractuels.

Ce dernier rapport tient compte des quelques modifications demandées lors des restitutions et apporte des compléments d'informations au regard des temps de travail menés après le 31 mars.

Les passages laissés en bleu retracent les modifications essentielles faites depuis le 31 mars afin d'en faciliter le repérage pour les personnes ayant lu la précédente version.

Une version noir et blanc est envoyée aussi par ailleurs.

Les annexes ont également été complétées : 2 annexes supplémentaires ont été insérées ; une seule version est diffusée.

Bonne lecture !

RESUME

La Ville de Marseille et son Service de la Santé Publique et des Handicapés (DSPH), et ses partenaires au titre desquels la DDASS des Bouches-du-Rhône, puis l'Agence Régionale de Santé (ARS) PACA, ont souhaité initier une étude visant à identifier et renforcer les processus de coordination autour de l'accès aux soins et à leur continuité des personnes sans abri, dans le cadre du Contrat Local de Santé (axe accès aux soins) signé entre la Ville de Marseille et l'ARS. L'Atelier Santé Ville de Marseille Centre a constitué l'ancrage de l'étude.

Cette mission, confiée à une équipe composée par Chantal Mannoni, médecin consultante en santé publique et médecine sociale et l'Observatoire Social de Lyon (OSL), s'est déroulée entre juin/juillet 2010 et mars 2011. [Certains temps ont été menés depuis et permettent de compléter ici le rapport du 31 mars](#). L'étude s'est appuyée sur des recherches bibliographiques, des rencontres individuelles et collectives d'acteurs et d'usagers (entretiens, animation de groupes de travail et de focus groupes,...), la compilation et l'analyse de bases de données. Le repérage des études antérieures, des initiatives en cours et l'implication effective de la coordinatrice de l'Atelier Santé Ville de Marseille centre ont traduit le souhait de l'équipe de faire sens autour des dynamiques locales et de faciliter les suites à donner.

Partant de constats liés à l'insuffisance chronique de soins pour la population SDF et de la complexité des trajectoires, l'étude est intervenue dans un contexte local et national favorables, avec des orientations fortes et des paradoxes, des enjeux importants autour de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Le déroulé de l'étude a été marqué en outre par un contexte réglementaire en évolution avec des atouts et des points de vigilance à garder. Le contexte plus général de Marseille est caractérisé par des indicateurs de précarité qui semblent s'aggraver surtout depuis 2008.

Il a été convenu avec le comité de suivi de l'étude que celle-ci concernerait le public suivant :

- les personnes dormant dans la rue à un moment donné,
- les personnes sans-abri bénéficiaires des lieux d'hébergement suivants : CHRS, CHU, conventionnés ALT, Lits Halte Soins Santé (LHSS).

► Les principaux objectifs de l'étude

Cette étude-action devait permettre :

- de repérer et analyser les problèmes de santé présentés par ce public, d'estimer leur nombre et de qualifier ces problèmes ; de décrire les principales difficultés rencontrées par les publics concernés dans leur parcours de prise en charge
- d'identifier l'ensemble des acteurs mobilisés et mobilisables au sein des champs concernés : sanitaire, social, humanitaire... et décrire les principaux partenariats ou articulations existants entre les différents dispositifs
- d'analyser les pratiques et fonctionnement des structures et dispositifs impliqués
- d'accompagner les acteurs dans un travail collectif d'identification des problèmes et dans la formulation de projets à mener avec les personnes sans-abri, dans le champ de l'accès aux soins et de la continuité des soins.

► Mieux connaître les publics

Le rapprochement des bases de données fournies par 5 structures marseillaises accueillant des personnes sans domicile a permis d'estimer à 6000 au moins le nombre de personnes différentes recensées sur l'année 2010. L'objectivation quantitative s'avère difficile mais le constat d'une augmentation de cette population est partagé ; différents acteurs s'accordent à observer une croissance du nombre de jeunes d'une part, de personnes âgées d'autre part.

Par ailleurs, contrairement aux idées plutôt répandues, les études récentes menées auprès des personnes sans abri montrent que la santé et les soins ne sont pas relégués au dernier plan de leurs préoccupations et besoins mais c'est bien l'énergie à y mettre qui est souvent rédhibitoire dans un contexte de vulnérabilités et où les obstacles pour avoir accès aux droits et aux soins sont importants.

► Les problèmes de santé repérés lors de l'étude

La notion de **polypathologies** prévaut, avec des maillages étroits dans les déterminants qui les génèrent : des cadres cliniques complexes¹.

Les données sur **la mortalité** (causes) sont mal connues, le phénomène des violences (subies – agies) - sur des terrains particulièrement fragilisés est à explorer de même que le lien avec le cumul des retards aux soins.

Les pathologies les plus souvent citées par les études nationales comme par les bases de données locales qui ont pu être rapprochées (Médecins du Monde – MdM-, Lits Halte Soins de Santé – LHSS- et le Caarud « Sleep'In ») sont les suivantes :

- les problèmes d'ordre psychologique et psychiatrique avec sans doute des prévalences encore sous-estimées aujourd'hui et recouvrant des réalités différentes.
- Les pathologies respiratoires souvent au deuxième rang
- Les dermatoses fréquemment surinfectées et qui reflètent les contraintes de vie dans la rue
- Les pathologies ostéoarticulaires montrent une lourde part de traumatismes (25% des pathologies recensées par les LHSS)
- Les maladies de l'appareil digestif sont de l'ordre de 13% dans les données nationales de MdM ; on sait par ailleurs que l'état dentaire est particulièrement mauvais chez les personnes en situation de précarité de façon générale.

Sont également citées avec des fréquences variables selon les sources : les maladies métaboliques (parmi lesquelles le diabète), les maltraitances, les pathologies cardiovasculaires, les troubles neurologiques.

Par ailleurs, des zones mal cernées et parfois contradictoires nécessiteraient un meilleur repérage, que permettrait une étude de cohorte : c'est le cas de la tuberculose, des problèmes gynécologiques, de la prévalence autour des addictions. Enfin, d'importantes zones d'ombre mériteraient d'être étudiées : VIH, hépatites, carences nutritionnelles, cancers, violences subies, état des vaccinations...

Le dernier temps de restitution avec les usagers le 12 juillet met aussi l'accent sur la faim qui se fait sentir de plus en plus et les troubles du sommeil des personnes, en raison des conditions de vie.

► Une réponse diversifiée

Les groupes de travail et les focus groupes ont mis en évidence différentes catégories d'atouts et d'obstacles en ce qui concerne l'accès aux soins et la continuité de soins.

Les atouts identifiés autour des dispositifs :

- le CCAS a impulsé des avancées notables depuis 2007 en matière de domiciliations mais une série de difficultés reste à résoudre
- les Lits Halte Soins de Santé (LHSS), au nombre de 45 à Marseille, apportent une plus-value à souligner
- les centres de soins caritatifs (Croix Rouge -à Saint-Joseph- et Médecins du Monde) représentent souvent l'unique option pour les personnes non prises en charge ailleurs

¹ Une étude récente financée par la Fondation de France autour de la grande précarité et de la problématique de la fin de vie devrait apporter des informations très pertinentes. Le rapport serait disponible sous peu.

- les PASS ont été mises en place à Marseille suite à la loi contre les exclusions mais la PASS intégrée, médicosociale de l'hôpital de La Conception fonctionne depuis quelques années seulement. Le fonctionnement des PASS est hétérogène ; des avancées existent mais aussi d'importantes marges de progrès
- les équipes mobiles (maraudes) de jour et de nuit constituent des espaces essentiels, orientés sur lien, ou le lien et le soin
- les équipes de psychiatrie ont développé des initiatives pertinentes sur Marseille, tout comme le champ de la réduction des risques
- le champ des accueils de jour et de l'hébergement sont aussi des lieux de développement de pratiques innovantes.

En ce qui concerne les pratiques, les temps de travail collectif avec les acteurs (professionnels et bénévoles) et les usagers (focus groupes) ont fait émerger différentes catégories d'atouts, dont on retiendra notamment :

- l'importance de l'existence de la couverture maladie et de dispositifs tels que CMU, AME.
- la question du lien, de la confiance, d'un environnement « bienveillant » dans une dimension collective
- la notion de bas seuil et la posture des professionnels qu'elle implique, la dimension intégrée de la prise en charge
- l'importance de la médiation
- les liens au sein des réseaux d'acteurs et les espaces de coopération

En ce qui concerne plus spécifiquement le réseau, les acteurs s'accordent assez largement pour souligner :

- la densité d'acteurs, structures, dispositifs existant à Marseille autour de la problématique des sans domicile en général et de leur santé en particulier
- la qualité et le dynamisme des réseaux, notamment associatifs
- l'existence de partenariats efficaces, fondés sur des relations interpersonnelles de qualité, très informels mais très réactifs
- l'existence d'espaces reconnus : espaces d'échanges et d'appui en psychiatrie par exemple.

Les obstacles à l'accès aux soins et à leur continuité qui ont émergé des entretiens, focus groupes et groupes de travail s'organisent également autour de plusieurs catégories :

- l'environnement politique et institutionnel
 - ✓ une tendance locale à minimiser les problèmes
 - ✓ l'importance des évolutions réglementaires et organisationnelles (problèmes de lisibilité et de compréhension)
 - ✓ une réorganisation de la cohésion sociale (avec la création des ARS) qui semble avoir déstabilisé le dispositif de la veille sociale.
- les compétences psychosociales dans un contexte de précarisation, les stigmas et discriminations vécues (notamment dans les lieux de soin). **Ce point sera de nouveau souligné fortement lors de la restitution aux usagers le 12 juillet.**
- les difficultés liées aux droits (domiciliation, couverture maladie...) : de très nombreuses difficultés repérées, relevant tant de l'accès aux droits que de l'usage possible de ces droits. Certains points ont pu être clarifiés au cours de l'étude, et du dernier temps de travail collectif qui s'est déroulé le 9 mai et dont nous rendrons compte ici.
- les difficultés avant l'orientation vers un lieu de soin, l'accès à l'hôpital : repérage des problèmes de santé, question de la présence de soignants dans la rue, utilisation des urgences par défaut...
- les obstacles intra-hospitaliers (manque de personnel, qualité de l'accueil, discriminations, temporalités...)

- les difficultés en sortie d'hospitalisation (sorties prématurées, sorties sans solution, manque de lien entre acteurs du soin et de l'hébergement, problèmes de continuité des traitements, etc.)
- la prévention : un thème peu abordé

Les difficultés inhérentes au réseau existent également, malgré les atouts évoqués plus haut :

- manque de lisibilité des différentes structures
- manque de partenariats permettant la construction de parcours résidentiels
- manque de coordination autour des personnes
- coordination des maraudes
- relations entre acteurs de statuts différents (bénévoles / professionnels)
- etc.

► **Des réponses identifiées sur plusieurs registres : réduire les contraintes propres à différents champs et optimiser la mise en synergie des acteurs incluant les usagers des services.**

La réduction des inégalités de santé et de recours aux soins passe par la mise en synergie de différentes politiques, institutions et services : leur mise en cohérence sera un axe de travail qui viendra appuyer la coordination des acteurs de terrain.

Suite aux rencontres entre les acteurs et avec les usagers, un certain nombre de préconisations ont été élaborées selon une méthode permettant de croiser différents impératifs et de considérer les maillages qui seraient les plus opérants à court², moyen/long terme ([en lien avec les objectifs du plan local de santé](#)), à partir des axes suivants :

1. Lutter contre les stigmas et discriminations

2. Renforcer l'accès à l'information et le droit des usagers ; recueillir leur avis sur les dispositifs ; les impliquer dans l'organisation d'un certain nombre de services ;

3. Lever les complexités et barrières administratives concernant l'accès aux droits

4. Mettre en œuvre une série de préconisations autour de la prévention, de l'accès aux soins et à leur continuité : des recommandations très pragmatiques et opérationnelles peuvent être mises en œuvre à très court terme

4. Coordonner les réponses à différents niveaux

5. Poursuivre l'objectivation autour de l'accès aux soins, à leur continuité, à la prévention ainsi que la vigilance autour de populations spécifiques.

[Les propositions qui restent à valider, peuvent être organisées de façon très opérantes, servir de base à un plan d'action avec des objectifs visant explicitement à réduire certains écarts et assortis d'indicateurs adéquats. L'identification d'axes de travail a été initiée lors de temps spécifiques après le 31 mars 2011 \(temps de travail institutionnel, restitution aux acteurs le 17 juin 2011, le 12 juillet en partie\). Elle doit être poursuivie pour élaborer un plan d'action le plus consensuel possible.](#)

L'importance de la transversalité, des modalités des interfaces entre différents référents, services impliqués est un des déterminants pour améliorer la prise en charge de la santé des personnes concernées par l'étude, et de façon générale pour les personnes en situation de précarité. Les modes d'organisation sont essentiels à considérer et peuvent se renforcer dans la dynamique des Contrats Locaux de Santé. *Les différents champs qu'interpellent les préconisations impliquent une coordination la plus opérante possible entre la ville et les services de l'Etat, entre les services de la ville, entre les services de l'Etat. Actuellement le défi est complexe à relever mais il est incontournable.*

Les atouts repérés, la dynamique générée pendant l'étude constituent des conditions favorables pour aller à terme vers la plateforme mentionnée dans le cahier des charges de cette étude, à condition toutefois d'en assurer le soutien.

² Une base a été proposée pour débat à ce propos.

I. INTRODUCTION

Le contexte de la commande

La ville de Marseille (Direction de la Santé Publique et des Handicapés) et ses partenaires au titre desquels la DDASS des Bouches du Rhône, puis l'Agence Régionale de Santé (ARS) PACA, souhaitent renforcer les processus de coordination autour de l'accès aux soins et à leur continuité des personnes sans abri, dans la continuité des initiatives déjà portées.

A l'origine de ce besoin, le SAMU social avait interpellé Mme Gaunet Escarras, élue de la Ville de Marseille, sur l'augmentation des problèmes d'accès aux soins dans la rue. Une réunion invitant quelques acteurs a été organisée suite à cette interpellation. La DDASS de l'époque avec Gérard Coruble, actuellement à l'Agence Régionale de Santé et Didier Febvrel, DSPH ville de Marseille, ont alors souhaité que certaines questions soient objectivées et ont lancé une consultation sur la base d'un premier cahier des charges à partir duquel l'équipe composée de Chantal Mannoni, médecin de santé publique et médecine sociale, consultante et Christian Harzo, sociologue et directeur de l'Observatoire Social de Lyon ont commencé à travailler.

Une phase exploratoire

Cette commande initiale (voir cahier des charges initial en annexe) a finalement donné lieu à une phase exploratoire qui a permis de mieux positionner les axes de travail, dans un processus d'étude-action ou de formation-action. Le temps disponible pour cette première phase était de 6 jours : les contraintes de temps ont donc été fortes, même si en réalité l'équipe projet a consacré à cette phase beaucoup plus que le temps imparti. Le souci était à cette étape, de mieux comprendre la genèse de la commande, de mieux cerner les éléments disponibles afin de penser la suite de l'étude en termes de réelle plus value au regard des éléments de compréhension actuelle. Sans ce temps incompressible, la deuxième phase n'aurait pu être cadrée de façon satisfaisante. La phase exploratoire s'est donc déroulée selon les engagements contractuels entre les mois de juin et juillet 2010. Un point d'étape a été réalisé le 19 juillet avec G. Coruble (ARS) et D. Febvrel (DSPH – ville de Marseille) avec une note de synthèse.

La phase exploratoire de l'étude, puis une première restitution au comité de suivi le 13 septembre et enfin, une restitution organisée le 19 octobre pour le groupe des acteurs « mobilisés et mobilisables » identifiés jusqu'alors, nous ont amenés à apporter quelques ajustements d'ordre méthodologique :

- pour répondre au mieux à l'objectif général du cahier des charges initial
- pour privilégier la dynamique des acteurs qui s'était dégagée lors de la restitution élargie le 19 octobre³,
- pour tenir compte de bases de données qui paraissaient exploitables afin d'estimer les publics concernés par l'étude
- pour conserver le principe d'organisation de 4 focus groupes et donner ainsi une place significative à la parole des personnes concernées.

³ La place de l'ASV est réaffirmée lors de la deuxième restitution où l'étude est explicitement présentée aux personnes présentes comme faisant partie des axes prioritaires dans le cadre du contrat local de santé et en interface avec le groupe de travail « accès aux soins » porté par l'ASV de Marseille centre.

Une phase de recherche-action.

La phase exploratoire a notamment permis de définir de façon partagée le public de l'étude autour de deux cibles :

- des personnes dormant dans la rue à un moment donné,
- des personnes sans-abri bénéficiaires des lieux d'hébergement suivants: CHRS, CHU, conventionnés ALT, Lits Halte Soins Santé (LHSS).

Les objectifs de l'étude ont été réaffirmés autour :

- Du repérage et analyse des problèmes de santé présentés par ce public, estimation de leur nombre et qualification de ces problèmes. Description des principales difficultés qu'ils rencontrent dans leur parcours de prise en charge (incluant l'accès aux soins jusqu'aux suites d'hospitalisation et l'accès à un toit) en distinguant ce qui relève du secteur des soins et ce qui relève du secteur social.
- De l'identification de l'ensemble des acteurs mobilisés et mobilisables au sein des champs concernés : sanitaire, social, humanitaire... et décrire les principaux partenariats ou articulations existants entre les différents dispositifs
- De l'analyse des pratiques et fonctionnement des structures et dispositifs impliqués
- De l'accompagnement des acteurs dans un travail collectif d'identification des problèmes et dans la formulation de projets à mener avec les personnes sans-abri, dans le champ de l'accès aux soins et de la continuité des soins.

Il faut également noter que l'étude s'est déroulée dans un contexte particulier et favorable à une meilleure prise en compte des questions d'accès aux soins des personnes en situation de précarité, notamment :

- La mise en œuvre des Agences Régionales de Santé (ARS) dont un des objectifs transversaux est de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé
- Les orientations pour 2011 du gouvernement en matière de Cohésion Sociale via son agence l'ACSé, renforcent également les axes de travail autour de la réduction des inégalités
- Le Contrat Local de Santé de Marseille, premier établi en France, vient traduire la contractualisation sur ce champ entre la Ville de Marseille et l'Etat.

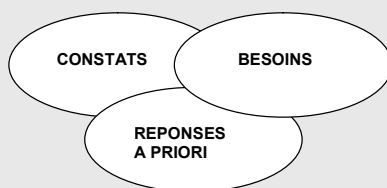
C'est donc dire que l'étude s'inscrit au sein d'enjeux forts, ré-affirmés sur les différents territoires.

La genèse de l'étude

La première réunion du 29 septembre 2009 a réuni les acteurs suivants :

Françoise Gaunet Escarras, adjointe au Maire de Marseille
Michel Bourgat, adjoint au Maire de Marseille
Gerard Coruble, médecin Dass 13
Brigitte Fassanaro DDASS 13
René Giancarli, Directeur du Samu social
Jean-Pierre Guelfi, directeur CCAS
Raoul Viger, président Raoul Kanazi
Didier Febvrel, médecin Direction santé Publique
Noura Payan Equipe mobile de Psychiatrie

Les premières discussions avec les commanditaires et l'analyse des PV de la réunion du 29 septembre 2009 font apparaître des éléments de l'ordre de constats, de besoins et de réponses données à priori du point de vue de chaque acteur.



Les constats :

- l'absence chronique de soins pour la population SDF
- des trajectoires complexes, affectant le suivi des patients et la continuité des soins
- l'existant : une diversité d'intervenants :
 - ✓ intervenants mobiles : les maraudes effectuées par différents intervenants (Samu Social, Médecins du Monde, Croix Rouge, Equipes mobiles de psychiatrie, Association Kanazi, etc.),
 - ✓ intervenants fixes : Urgences Hôpital Nord, autres services d'urgence, service médical de l'UHU.

Les besoins :

- préciser l'état réel des besoins de santé de ce public
- organiser, mutualiser les interventions / intervenants

Les réponses a priori :

- créer un réseau actif, permettant de mutualiser les actions des intervenants existants (cf. ci-dessus) dans le domaine médical, psychologique et social
- consolider juridiquement ce réseau par des conventions de partenariat
- « ouvrir sur l'aspect médical » les maraudes du Samu Social et de la Croix Rouge
- faire réaliser une étude sur l'état des lieux somatique et mental de la population SDF

La médicalisation des maraudes reste un point sur lequel le Samu Social insiste (entretien avec Mr Giancarli et le Dr Arrighi). La question a été évoquée au cours de la deuxième restitution et semble de toute façon devoir être intégrée dans un ensemble de réponses plus large (il ne s'agit donc pas non plus de l'exclure).

II. LA METHODOLOGIE DEVELOPPEE

II.1. Méthodologie de la phase exploratoire

La phase exploratoire s'est déroulée de la façon suivante :

II.1.1. Des entretiens exploratoires

Dans un premier temps, l'équipe projet a mené des entretiens de cadrage avec différents acteurs concernés par la problématique. S'agissant d'une phase exploratoire, le nombre de ces entretiens était volontairement réduit. Toutefois, afin de disposer de suffisamment d'éléments pour mieux orienter la suite de l'étude, ce nombre a finalement été élargi : 13 entretiens (au lieu des 6 prévus initialement) ont été réalisés. Ces entretiens ont permis de collecter un certain nombre de rapports d'activité ou de données statistiques. Ci-après la liste des acteurs interviewés⁴ :

NOM	STRUCTURE	Précisions
Hugo TIFFOU	Médecins du Monde Paris	Au titre d'ancien coordinateur de l'ASV Marseille centre
Nadège DROUOT	Médecins du Monde Paris	Chargée de mission Observatoire de l'Accès aux soins de la Mission France
Ludovic SOLER	Samu Social Marseille	En l'absence de R. Giancarli, directeur
Cécile PAOLI	Samu Social Marseille	Chargée de communication – En l'absence de R. Giancarli
Dr Marie-Laure DE SEVERAC	Déléguee Régionale Groupe Régions Sud - SOS Habitat et Soins	
Dr HONORAT	LHSS de Fontainieu	
Gilles CHALOPIN	Directeur UHU La Madrague Ville	
Dr GALLO	Médecin UHU	
Olivier LANDES	Directeur du Foyer Jane Pannier	
Dr Vincent GIRARD	Coordinateur EMP – AP-HM	
Dr AUBERT	Médecin de la PASS de La Conception	
Cendrine LABAUME	Coordinatrice du CASO – MdM Marseille	
Dr Pascale ESTECAHANDY	Coordonnatrice su réseau santé – précarité de Toulouse	

⁴ Précision: Pascale Estecahandy est médecin coordinatrice du réseau santé précarité de Toulouse : ses apports ont été centrés autour du rapport « la santé des personnes sans chez soi » en collaboration avec V. Girard, psychiatre sur Marseille, Pierre Chauvin, Inserm. Son expérience autour d'espace collaboratifs, de gestion du réseau santé -précarité et son implication dans la mise en place de l'expérimentation « Housing first » sur Marseille, entre autres sites, nous paraissent important à suivre. Nadège Drouot référente pour l'Observatoire de l'Accès aux Soins de la Mission France de Médecins du Monde Paris, a été interviewée au sujet des bases de données (nationales et locales) de Médecins du Monde.

Les entretiens ont porté sur la connaissance et la perception des acteurs sur le nombre et le profil des personnes sans domicile sur Marseille, les problèmes de santé, les problèmes liés à l'accès aux soins et à leur continuité, les maillages entre partenaires, l'ébauche de pistes de progrès autour de l'accès aux soins et à leur continuité.

II.1.2. Relations continues avec la maîtrise d'ouvrage

Des contacts réguliers avec la Ville de Marseille et l'ARS ont permis :

- De mieux appréhender le contexte local, en particulier, la genèse de l'étude action pour mieux comprendre les logiques d'acteurs qui la sous-tendent
- Préparer les axes de travail retenus dans la phase recherche – action de l'étude.
- D'assurer une bonne continuité au moment de la mise en place des ARS.

II.1.3. Analyse des bases de données

Une première analyse des bases de données ou de synthèses concernant l'objet de l'étude.

Cette première étape a permis d'identifier les données disponibles, d'en apprécier les limites, d'essayer de mettre en regard certaines informations autour des profils des personnes et des problèmes de santé et parfois d'accès aux soins :

- La base de données des LHSS reprenant la file active sur 18 mois a été mise à notre disposition
- Les données déjà traitées du Sleep In également
- Les données de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde (national et Marseille) permettent d'explorer profils, problèmes de santé, obstacles concernant l'accès aux soins et à leur continuité.

Ces informations sont à prendre avec précautions mais permettent certains rapprochements. Les limites méthodologiques sont importantes et ont engagé à préciser des axes de travail sur le moyen terme.

II.1.4. Liste de structures

L'établissement d'une liste de structures ou associations a été initiée lors de cette phase exploratoire (voir annexe) ; elle a ensuite été complétée, afin d'identifier a) des personnes ressources autour de pratiques innovantes b) des acteurs à inclure dans les groupes de travail mais aussi des acteurs incontournables (Mr Bourgat, Mr Stingre/ AP-HM...) avec lesquels des entretiens ont été menés.

II.1.5. Liste bibliographique

L'établissement d'une liste bibliographique assez exhaustive (voir annexe). Des écrits concernant Marseille ont permis de recenser des constats récurrents ou complémentaires sur lesquels s'appuyer.

II.1.6. Les initiatives potentielles

Un certain nombre d'initiatives locales ont été repérées (Housing first, pistes de travail du Samu Social, mise en place du SIAO...) et présentent un intérêt dans le cadre de l'étude. Cette liste a été mise à jour et est détaillée dans la méthodologie de la phase suivante.

Le déroulement méthodologique de la phase exploratoire a permis de préciser et de valider les axes de travail de la phase suivante : renforcer les synergies, éviter la sur-mobilisation des acteurs, recentrer les axes de travail sur une réelle plus value pour les institutionnels et les acteurs de terrain. Dès cette phase, un certain nombre de limites sont apparues, notamment sur les aspects quantitatifs de l'étude pour lesquels une méthodologie de remontée des informations par les structures a dû être mise en place. Les contacts avec le Samu Social ont permis de préciser certains aspects seulement. Les données recueillies pour la géolocalisation sont succinctes et ne permettent pas pour le moment d'asseoir un travail cartographique. L'absence du Samu Social lors des temps de travail est à regretter.

II.2 Méthodologie de la phase de recherche-action

Les axes de travail entamés lors de la phase exploratoire, ont été poursuivis dans le cadre de cette phase :

II.2.1 Les entretiens individuels avec les structures et personnes ressources.

Les personnes suivantes ont été rencontrées lors de cette seconde phase :

NOM	STRUCTURE
Cendrine Labaume	Médecin du Monde
Michel BOURGAT	Adj. au Maire, dél. Lutte contre les Exclusions, l'Intégration, UHU et Samu Social
Gérard CORUBLE	ARS PACA
Didier STINGRE	Directeur adjoint des Hôpitaux Sud AP-HM
Evelyne PEYRE	Adjointe administrative, Hôpitaux Sud AP-HM
René GIANCARLI	SAMU SOCIAL Ville de Marseille.
Joëlle PRETELLI	CCAS
Jean-Jacques MERLIN	SARA - GHU
Malika BARACHE	AS - MDM
Dir Georges KAMMERLOCHER	Dir. St Jean de Dieu
Eric KERIMEL	Dir. HAS - lien Marabout
Anton LACALLE	Coordinateur Marabout
Jacques MARTIN, Laurence VAILLANT	PASS Psy Ed. Toulouse
Hermann HANDLUBER	Nomades Célestes / Marabout
Pierre MORCELLET, B. DANET	EMLPP, Ed. Toulouse
Noura PAYAN, Sylvain PERROT, Audrey PENADOT	EMPP AP-HM/ MdM
Eric AUBERT / Mansour REEM	Médecins PASS La Conception
Fabrice RUSSOTTO, Alain MICHEL	Samu social Croix Rouge
Raymond NEGREL	Médecins du Monde
Florence LARDILLON	Université du Citoyen
M.P. BOURRELY	DDCS, service de prévention des expulsions locatives.
Caroline ZANNONE-MARTY, Bruno PANABIERES, Jena CORTY, Henri Calmom, Maryse THOLLON, Georges D'ORSY.	Assurance Maladie (Pôle Gestion, service de prévention, PARI / AME)
Claude PASQUALINI	Responsable 115
Lydie BRODIER	Animatrice SIAO Marseille
Christian VIVES	FNARS Marseille

Ces entretiens avaient pour objet :

- de rencontrer des *interlocuteurs incontournables* en lien avec les objectifs de l'étude et qui n'avaient pu être rencontrés jusqu'alors,

- *de creuser des aspects importants ayant émergé en phase exploratoire* (question des droits notamment) et
- d'explorer les *pratiques de certains acteurs* repérés de façon conjointe avec les commanditaires en lien avec un des objectifs opérationnels de l'étude : analyser les fonctionnements : principes, objectifs, modalités d'intervention, innovations et potentiels, maillages
- Des difficultés ponctuelles ont été rencontrées dans la disponibilité des personnes au cours des entretiens ou encore certains d'entre eux n'ont pu donner les résultats escomptés en raison de conditions insatisfaisantes lors des entretiens (trop de personnes, interruptions fréquentes).

Les contacts avec les personnes ressources externes pressenties pour soutenir l'étude ont été poursuivis lors de cette phase afin d'intervenir dans un des groupes de travail autour des aspects de coordination, réduction des inégalités de santé et d'accès aux services sur un territoire donné dans une visée opératoire.

La participation de l'équipe projet au Conseil d'Orientation en Santé Mentale (COSM) le 18 octobre 2010 a également apporté des éclairages importants

II.2.2 L'exploitation des bases de données

L'un des objectifs fixés par le cahier des charges de cette mission était d'estimer quantitativement la population concernée. L'idée de procéder à un recensement un jour donné a été écartée par le comité de suivi, l'organisation d'une telle opération apparaissant trop lourde dans le cadre des moyens affectés à l'étude. Nous avons donc proposé - et ce principe a été retenu par le comité de suivi - de tenter une estimation statistique en rapprochant les bases de données existantes. Cette méthode a été présentée lors de la restitution de la phase préalable le 19 octobre 2010, à l'issue de laquelle 7 structures ont accepté le principe de communiquer leur base de données. Au final, 5 bases nous ont été communiquées : celles de l'association ADJ, de l'Accueil de nuit St-Jean de Dieu, des LHSS de Fontainieu, de la PASS Psy, et de l'UHU La Roseaie. Ces bases de données comportant le prénom des personnes, la première lettre de leur nom de famille, leur sexe et leur date de naissance ont été fusionnées, puis dédoublonnées, avant d'être exploitées. Cette exploitation s'est bien sûr limitée aux variables disponibles : sexe et âge.

II.2.3 L'approche bibliographique

L'approche bibliographique largement entamée lors de la phase exploratoire a été poursuivie et actualisée (voir bibliographie en annexe).

II.2.4 Acteurs et initiatives : mises à jour

Le travail d'identification des acteurs mobilisés et mobilisables et des initiatives en cours s'est poursuivi dans le but de consolider les temps de travail collectifs et de repérer des structures à intégrer dans la suite à donner à l'étude. La liste exhaustive est fournie en annexe.

Les initiatives potentielles à prendre en compte ont été mises à jour par rapport à la liste dressée en phase exploratoire :

- a) Housing First : l'expérimentation est en cours sur plusieurs sites en France dont Marseille. Elle vient concrétiser une des pistes novatrices issues du Rapport « la santé des personnes sans chez soi ». Toulouse met aussi en place cette innovation. Le projet est porté conjointement par HAS et l'AP-HM.
- b) Les pistes 2010/2011 du Samu Social concernent tout spécialement : l'informatisation du PC, la géolocalisation des acteurs travaillant dans le champ de la précarité (application web en

cours), la mise en place de référents territoriaux pour mieux repérer, suivre les personnes sans domicile fixe, renforcer l'accès aux soins et leur continuité (dont outils d'évaluation pour suivi, prévention, soins), travaux à l'UHU, renforcement des partenariats, dont celui avec le milieu carcéral... Ces pistes restent difficiles à cerner, tout spécialement : l'informatisation du PC, la « géolocalisation » des acteurs travaillant dans le champ de la précarité (application web en cours), la mise en place de référents territoriaux pour mieux repérer, suivre les personnes sans domicile fixe.

- c) La Croix Rouge – niveau national - serait sensibilisée à la question des MALISS, autre piste novatrice proposée dans le rapport précédemment cité.
- d) La mise en place du Service Intégré d'Accueil et d'orientation (SIAO), suite à la circulaire du 9 décembre 2009 instaurant ces services dans tous les départements.
- e) Le devenir de l'UHU et de son unité de soin est en question au moment du déroulé de l'étude⁵
- f) Le travail à enclencher entre l'EMPP et le milieu carcéral
- g) Le travail de coordination des CMP et d'unité bas seuil en ambulatoire (Equipes des Dr Morcellet et V. Girard), font partie des espaces de coopération en émergence.
- h) La mise en place potentielle d'une coordination PASS AP-HM doit permettre de soutenir les avancées autour des PASS.
- i) Les expérimentations de maraudes de jour (Samu Social de la Croix Rouge) sont intéressantes
- j) Par ailleurs, il existerait un projet d'unité d'hébergement d'urgence à Marseille pour les personnes vulnérables et notamment à la rue, personnes âgées et nouvelle mère sortant de la maternité en partenariat avec MdM et la Fondation Abbé Pierre.

D'autres interfaces sont à signaler pour la suite de la démarche :

- le COSM et l'initiative inter-hospitalière autour de la psychiatrie
- le lien avec le réseau des agents de premier accueil formés par les CEMEA et de façon plus précise avec les CEMEA qui travaillent autour de la problématique des jeunes errants.
- Les espaces organisés par la psychiatrie d'Edouard Toulouse

Une méthodologie participative a été développée tout au long de cette seconde phase. Elle a concerné les professionnels et bénévoles des structures (organisation de 5 temps de travail collectif) ainsi que les usagers (5 focus groupes).

II.2.5 Les Groupes de travail

Groupe n° 1

Le premier groupe de travail s'est déroulé sur une demi-journée le 13 décembre 2010. L'objet de ce premier groupe était de favoriser la connaissance réciproque des acteurs et d'amorcer le partage autour de l'accès aux soins, à leur continuité, y compris à la sortie d'hospitalisation et l'accès à la prévention du public concerné par l'étude. Il est prévu de mettre ainsi en résonance les éléments recueillis dans les focus groupes et les groupes de travail.

Vingt personnes étaient présentes (voir annexe) représentant 14 sites/structures différents (chaque site de l'AP-HM est compté). Les structures les plus constantes constitueront le « noyau dur » pour la suite de la démarche. Des acteurs essentiels seront en revanche à mobiliser dans la dynamique de travail (Samu Social, UHU, SIAO, associations...)

Si l'on reprend la liste des personnes et institutions présentes comme « indicateur » de la dynamique :

- a) on peut être surpris de l'implication des personnes tout comme leur présence le 19 octobre et leur souhait de s'engager concrètement.

⁵ L'Armée du Salut en a repris la gestion récemment.

- b) Les champs hospitaliers (dont les PASS) et non hospitaliers étaient représentés.
- c) Les champs de l'hébergement, du médical (somatique et psychiatrique), du social, de l'éducation étaient présents
- d) Structures fixes et équipes mobiles étaient présentes
- e) La réduction des risques était représentée avec Asud, l'EMPP.

Le temps de travail s'est organisé en 3 étapes :

- 1. introduction pour engager les acteurs à réfléchir selon une approche systémique
- 2. 3 sous-groupes ont été créés pour travailler autour de l'interconnaissance, des atouts, des difficultés au regard de l'accès aux soins. La consigne était de se réunir avec des personnes que l'on ne connaissait pas ou peu.
- 3. partage des réflexions en plénière.

Certains échanges ont pu être vifs entre les acteurs avec des ruptures entre acteurs hospitaliers et non hospitaliers en particulier. Certains acteurs qui ont peu l'habitude de se rencontrer ont pu être sur la défensive, les personnes se sentant facilement mises en cause lors d'énoncés de difficultés alors que bien souvent, il s'agit de pointer le système et non les personnes. C'est pourquoi travailler sur le système d'acteurs nous est apparu important de façon à se dégager de ce mode de fonctionnement (*tout en sachant que des personnalités particulières marquent aussi la vie des réseaux*). Travailler de façon globale permet en outre de dépasser les évaluations ciblées sur tel ou tel service. Ces dernières constituent des points d'ancrage importants, l'enjeu étant de remettre les différents constats au sein d'une vision d'ensemble dans le cadre de l'étude.

Outre le manque de lien classique qui entraîne des réactions peu propices à la coopération, les tensions mettent aussi en évidence la nécessité, pour avancer sur la question de l'accès aux soins, de travailler *à la fois* autour de la réduction des dysfonctionnements du droit commun et d'en donner de la visibilité et *à la fois* de travailler avec les acteurs de la ville.

Sans travailler les deux aspects de façon concomitante et en assurer la visibilité réciproque, il y a fort à parier que les tensions s'exacerbent dans une période où la réduction des budgets engendre des craintes, ceci devant également être rapporté au fort sentiment de précarité des acteurs du social tout spécialement. Ce point avait déjà été noté dans une évaluation précédente (Cap Méditerranée, 2009).

Groupe de travail N° 2

Ce temps organisé le 20 janvier 2011 s'est déroulé également sur une demi-journée. L'objet de ce groupe était de creuser les pistes énoncées lors du groupe n°1. Vingt et une personnes étaient présentes représentant 12 sites /structures différentes. La configuration du groupe confirme les aspects positifs notés précédemment autour des champs représentés. Cependant, 7 nouvelles personnes ont intégré le groupe avec l'avantage d'apporter des éclairages nouveaux et d'intégrer au total 30 professionnels différents (en excluant les stagiaires) dans cette réflexion autour des personnes sans abri ; la régularité sera à rechercher dans les suites données à l'étude.

On voit se profiler un « noyau dur » avec 8 structures qui ont été représentées lors des deux temps de travail :

- 1. ADJ Marceau et Consolat
- 2. AP-HM avec plusieurs services représentés dont La Conception, la maternité (champ médical et social)
- 3. ASUD
- 4. CHRS Jane Pannier avec plusieurs personnes représentées
- 5. EMLPP C.H Edouard Toulouse
- 6. EMPP
- 7. HAS représentée les 2 fois
- 8. Samu Social de la Croix Rouge

La PASS psy et l'Université du Citoyen ont confirmé leur désir de suivre la dynamique malgré leur absence au deuxième temps. IMAJE santé a sollicité sa présence (problème de mails). L'AAJT a rejoint

le groupe. Saint Jean de Dieu n'était pas représenté la deuxième fois. Donc, à ce jour, une dizaine d'associations et de structures sont présentes avec une bonne dynamique qui émerge et 30 professionnels qui ont participé. Les tensions notées lors du premier temps de travail ont encore été présentes mais beaucoup moins et nous avons pu inverser certaines tendances. Des acteurs essentiels sont absents (Samu Social, UHU La Madrague, SIAO, associations...)

Groupe de travail n°3

La troisième séance du groupe de travail s'est déroulée sur toute la journée du 8 mars 2011 à l'Hôpital de la Conception. Ce temps de travail a réuni 28 personnes représentant 15 structures, certaines rejoignant la démarche pour la première fois : l'Université du Citoyen, l'Accueil de jour Crimée de SARA – GHU, un représentant du 115, plusieurs bénévoles de Médecins du Monde et une présence confirmée du « noyau dur » évoqué ci-dessus. Cette journée a bénéficié par ailleurs de la présence du Docteur Pascale Estecahandy, coordonatrice du réseau santé-précarité de Toulouse.

Après une introduction au cours de laquelle a été présenté l'état d'avancement de l'étude-action, une synthèse des atouts et difficultés ayant émergé des précédents groupes de travail et des focus groupes a été exposée et un document de travail reprenant ces éléments a été remis aux participants. Ces derniers ont été ensuite invités à travailler en sous-groupe à partir de ce matériel :

- en identifiant les problématiques leur paraissant les plus prégnantes (en argumentant ces choix)
- en élaborant des pistes de résolution de l'une au moins des problématiques retenues, en proposant un scénario « idéal », puis – après repérage des obstacles à la mise en œuvre de ce scénario – un scénario « réaliste ».

Ce travail en sous-groupes s'est déroulé en deux séquences, entrecoupées par un repas pris en commun.

La restitution des travaux en séance plénière a été conclue par les observations et apports du Dr Estecahandy.

Groupe de travail n°4

Cette séance de travail en groupe s'est tenue sur la journée du 24 mars 2011, dans les locaux du GIP politique de la ville.

Elle a été marquée par une décroissance du nombre de participants : 16 acteurs, représentant 11 structures différentes, parmi lesquelles l'essentiel du « noyau dur » identifié précédemment.

La matinée a été consacrée à la poursuite des travaux en sous-groupes engagés le 8 mars : clarifications sur certains éléments de problématique, approfondissement de la réflexion sur les scénarios de résolution des difficultés.

Lors de la séance plénière de l'après-midi, outre la mise en commun des travaux de la matinée, a été présenté le travail d'exploitation quantitative des bases de données réalisé par l'équipe projet. L'avis des participants enfin a été sollicité, quant à l'opportunité de réaliser une enquête par questionnaire auprès de l'ensemble des structures impliquées directement ou indirectement dans la problématique d'accès aux soins des sans domicile à Marseille.

Groupe de travail n°5

Ce groupe s'est tenu le 9 mai 2011 après midi dans les locaux de HAS. Il a réuni 27 personnes parmi les acteurs de terrain. Les professionnels du CCAS et ceux de l'Assurance Maladie, ont permis d'aborder les points mis à l'ordre du jour :

1. Partager les évolutions réglementaires concernant la CMU, CMU C, AME surtout.
2. Partager les évolutions en termes d'organisation des structures (déjà actées ou en perspective): CCAS, Assurance Maladie

3. Enoncer les difficultés ressenties de part et d'autres afin de clarifier certains aspects récurrents, de lister les pistes de travail à engager.
4. Ce temps serait également important pour commencer à organiser les interfaces futures.

Les modalités d'organisation touchant le CCAS et l'Assurance Maladie ont été reprises. Des difficultés récurrentes ont été partagées, d'autres ont été soulevées aussi bien par le secteur hospitalier que le secteur ambulatoire. Les professionnels du CCAS et de l'Assurance Maladie ont pu aussi présenter certaines difficultés. Des signaux positifs ont été donnés pour la suite.

II.2.6 – Les focus groupes avec les bénéficiaires

Les focus groupes ont été proposés afin de recueillir aussi la parole des personnes concernées par le thème de l'étude et de croiser les informations ainsi recueillies avec celles données par les professionnels. Il ne s'agissait en aucun cas d'avoir une vision « statistique » des éléments mis à jour mais bien de recueillir un panel d'informations pour identifier les points qui ressortaient prioritairement du point de vue des personnes, d'illustrer les axes de travail à poursuivre. Les aspects non mentionnés ne sont pour autant pas à exclure au regard du nombre de focus groupes qui ont pu être réalisés au cours de l'étude.

Plusieurs structures avaient proposé d'accueillir ces rencontres: Jane Pannier, Saint Jean de Dieu, le Sleep In, l'UHU, les LHSS de Fontainieu, HAS, L'EMPP avec le Marabout et les Nomades Célestes, ASUD. Quatre focus groupes avaient été retenus initialement, nous en avons réalisé 5, des publics devant être considérés dans leur spécificité.

Le choix pour réaliser les focus groupes s'est appuyé sur les structures qui étaient volontaires en première intention, le croisement avec les publics relevant des dispositifs d'hébergement inclus dans l'étude :

- Le CHRS Hospitalité Pour les Femmes a été sollicité car il apparaissait dans la base Sahib avec le dispositif des ALT qui entraînait aussi dans les critères du public à l'étude. Cependant, il s'est révélé qu'un seul lit était intégré dans ce dispositif ; par ailleurs, si la structure était intéressée par la réalisation d'un focus groupe, les contraintes de temps n'ont pas permis de le réaliser. L'équipe reste cependant intéressée pour organiser de tels temps avec les résidents.
- Les focus groupes n'ont pas permis de travailler avec des jeunes (voir profils) et donc les problématiques ayant émergé peuvent ne pas concerner ce public.

La plupart des focus groupes n'ont pas recherché la mixité afin de pouvoir aborder des questions spécifiques si elles pouvaient émerger autour de la santé des femmes. Un groupe de femmes a été alors constitué au CHRS de Jane Pannier. Le seul groupe mixte a été réalisé avec le Marabout.

Un premier guide avait été construit pour la première réunion ; il a été adapté par la suite (voir en annexe).

Des conditions ont été requises pour organiser les focus groupe afin de garantir au mieux leur déroulé et les suites à donner potentiellement. Ces conditions n'étaient pas très contraignantes mais il était nécessaire d'avoir :

- ⇒ Un engagement dans la préparation et co-animation du focus groupe.
- ⇒ Une suite assurée au regard des éléments qui pouvaient émerger dans les discussions sur des situations individuelles tout spécialement.
- ⇒ Une organisation permettant de choisir le jour le plus adapté, l'heure, un espace convivial, de réunir des personnes relativement à l'aise en groupe.
- ⇒ Un nombre de personnes allant de 6 à 12 maximum. Un nombre inférieur à 6 personnes ne permet pas de créer de dynamique suffisante le plus souvent.
- ⇒ Un débriefing est fait dans la suite du temps collectif entre les intervenants.

Les partenaires de chaque structure ont accompagné les focus groupes. La coordinatrice de l'atelier santé ville Marseille centre a appuyé également 2 des 5 sessions.

Chaque session a duré entre 1h30 et 2 heures. Contrairement aux recommandations méthodologiques habituelles, l'enregistrement n'a pas été réalisé sauf sur deux sites (mais non exploitables pour des raisons techniques et d'environnement) ; avec une plus forte proximité avec les personnes, ces enregistrements pourraient se faire ; sans nul doute, la richesse des discussions pourrait apporter un matériel non négligeable si les pratiques des focus groupes pouvaient être généralisées.

Un premier focus groupe a été réalisé au CHRS Jane Pannier le 30 novembre de 17h à 19h. Les conditions étaient bonnes. L'Université du Citoyen ayant travaillé avec les femmes du CHRS lors d'ateliers autour des droits de la santé, le contexte était propice.

Cependant, l'animation de ce type de focus groupe n'est pas simple pour créer une dynamique dès la première réunion ; des situations ou des discussions peuvent toucher des points sensibles et mettre à jour des émotions comme ce fut le cas, les difficultés de compréhensions réciproques (langues parlées de par et d'autre) ont pu affecter la dynamique.

6 femmes ont participé au focus groupe. Moyenne d'âge : 49 ans (écarts : 28 à 75 ans)

Quelques caractéristiques :

Age	Pays d'origine	Temps à Jane Pannier	Dispositif spécifique
55	France	1 an	CHU
28	Kurdistan	2 mois	CHU ex LHSS
58	Algérie	8 mois	CHU
41	Mongolie	2 mois	CHU
39	Algérie	9 mois	CHU
75	Algérie	6 mois	CHU

Le deuxième focus groupe s'est déroulé pendant un repas communautaire aux Nomades Célestes le 16 février, entre 14h et 15h 30.

Les conditions ont été facilitées avec Noura Payan coordinatrice de l'équipe mobile de psychiatrie AP-HM et Hermann Handlhuber, animateur de prévention par ailleurs. Seulement 3 personnes ont participé, dont H. Handlhuber au titre de travailleur pair. Le déroulé a été de loin le plus complexe, avec peu de dynamique. Le risque de tomber dans un groupe de parole ou l'entretien en tête à tête a été évité. Les commentaires de ce focus groupe ont été pris avec les précautions d'usage au regard de son déroulement.

Age	Pays d'origine	Temps Hébergement	Dispositif spécifique
37	Algérie	--	Marabout 6 mois puis foyer puis appartement depuis 8 mois
33	Algérie	--	Rue/hébergé chez un tiers
56	Autriche	--	Marabout 2 ans puis appartement

Le troisième focus groupe a pris place au sein des Lits Halte Soins de Santé de Fontainieu le 18 février entre 10h 30 et 12h 30, avec Madame Leporini assistante sociale de la structure. Huit hommes âgés entre 43 et 80 ans ont participé à la discussion. Il a permis de réunir un public d'hommes plus âgés. La dynamique a été bonne, les questions d'ordre personnel ayant émergé devaient être reprises par la suite (aspects administratifs).

Age	Pays d'origine	Temps à Fontainieu	Dispositif spécifique
63	France	5 semaines	LHSS
79	France	6 mois	LHSS
75	France	4 mois	LHSS
69	France	2 mois	LHSS
80	Tunisie	3 mois	LHSS
54	France	6 mois1/2	LHSS
60	France	2 mois	LHSS
43	France	1 mois	LHSS

Le quatrième focus groupe s'est déroulé le 18 février également, dans les locaux du Marabout, après le repas communautaire, entre 13h 30 et 15h. Cinq personnes ont accepté de participer à la discussion. Le public était mixte de façon spontanée ce qui n'a pas posé de problème particulier mais la présence continue de tous n'a pu être assurée.

Le déroulé des sessions aux Nomades Célestes et au Marabout, montre les limites de l'exercice ; il est ainsi important de pouvoir créer des liens sans doute interpersonnels avant de réaliser des focus groupes avec les personnes dans ces cas là. Il s'agit d'une des limites de l'étude.

Age	Pays d'origine	Temps au Marabout	Dispositif spécifique
27	France	Appartement	Ex Marabout (1 an)
42	Congo	Marabout depuis 1 ½ an	--
37	Kurdistan	Marabout (3 ans)	--
40	France	Appartement	Ex Marabout (1an)
72	Portugal	Marabout (3 ans)	--

Le dernier focus groupe a été organisé avec l'association HAS le 23 février, entre 10h 30 et 12h 30. L'animateur de prévention, travailleur pair et l'infirmière de la structure ont également facilité l'interface avec les personnes dont le profil était le suivant :

Age	Pays d'origine	Temps à HAS	Dispositif spécifique
51 ans	France	6 mois	ACT
48 ans	France	18 mois	ACT
58 ans	France	14 mois	Prytanes
56 ans	France	6 mois	ACT
30 ans	Maroc	nd	Marabout ⁶

Au total 27 personnes ont participé aux focus groupes, dont 9 femmes. La moyenne d'âge est de 52 ans avec des écarts allant de 27 ans à 80 ans. Neuf (9) pays d'origine ont été représentés.

Les éléments recueillis sont donc à attribuer à ces profils. Globalement les préparations ont été bonnes, tous les focus groupes ont été préparés en amont pour expliquer la méthode brièvement, organiser le déroulé. Pour les acteurs qui avaient déjà participé ou animé ce type de groupe, l'exercice n'a pas été difficile et a permis de soutenir la dynamique. Le focus groupe aux Nomades Célestes n'a pas été intégré au même titre que les autres dans les analyses au regard de la dynamique (et non du profil des personnes).

⁶ Pour mémoire HAS est la structure assurant la gestion administrative du Marabout.

Les sessions ont permis d'aborder une série d'atouts ou de facilités rencontrés dans l'expérience vécue des soins ; la prévention n'a pu être abordée que dans un seul focus groupe, celui de Jane Pannier. Il faut sans doute retenir à ce titre le travail préalable réalisé par l'Université du Citoyen d'une part, le fait qu'il réunissait des femmes d'autre part.

Les difficultés rencontrées étaient assez classiques mais propres aussi aux parcours des personnes qui ont vécu des parcours complexes. Les propos étant globalement très en cohérence avec ce que les professionnels ont mis en avant dans les groupes de travail. Néanmoins des difficultés ont été pointées soit de façon très récurrente, révélant alors des zones prioritaires à travailler (droits, hébergement, modalités de coopération), soit de façon assez spécifique, non soulignées dans les groupes de travail (agents d'accueil dans les hôpitaux par exemple) et venant alors compléter le matériel mis à la discussion avec les professionnels.

Dans deux focus groupes, des points spécifiques mis à la discussion et concernant des situations personnelles ont été notés pour y donner une suite concrète par les référents des structures.

L'analyse des commentaires émis a tenu compte du déroulé des groupes; certains commentaires n'ont pas été retenus car avaient trait de façon très spécifique à la situation des personnes concernées. La méthode pour l'exploitation des focus groupes a d'abord permis de retracer toutes les idées clés qui avait émergé avec une organisation selon des catégories ayant surgi spontanément. Ces catégories ont été mises en regard de celles élaborées à partir des groupes de travail avec les professionnels et confrontées au cadre théorique. Les éléments de compréhension contextuelle ont été donnés selon les cas de figure.

La restitution aux personnes ayant participé aux focus groupes a été organisée le 12 juillet. Treize (13) personnes ont participé entre professionnels des structures concernées et usagers ou médiateurs. Les usagers ou médiateurs étaient au nombre de 7 seulement (HAS, Nomades Célestes, EMPP) au regard des 27 personnes vues lors des focus groupes mais il était important de réaliser ce temps qui démontre une fois encore la pertinence de ces espaces. Lors de cette restitution, diverses structures ont été nommées pour la réalisation de focus groupes ce qui permettrait d'élargir le panel des opinions au regard de l'accès aux soins. Ces temps où les usagers peuvent réellement s'exprimer sont à promouvoir. Reste que des conditions optimales sont à assurer pour que les professionnels qui peuvent y participer aussi – lien ou médiation - laissent de façon effective cet espace aux usagers.

L'étude n'a pas permis d'approcher des problématiques par type de public surtout concernant les enfants et les personnes sortant de prison. Néanmoins, il apparaîtrait pertinent de mieux cerner ultérieurement les problématiques d'accès aux soins sur ces publics.

III. SYNTHÈSE SUR LES ÉLÉMENTS DE CONNAISSANCE AU TERME DE LA PHASE EXPLORATOIRE

III.1. Éléments de cadrage

Les données régionales (sources : synthèse des PDAHI, juin 2010 : 9 ; Panorama des régions, INSEE, édition 2010 170-173, les cahiers du DROS⁷, décembre 2010) montrent un *dynamisme démographique régional fort, un taux de pauvreté de la population élevé*, 718 000 personnes pauvres en PACA selon l'INSEE, la moitié des personnes pauvres vit avec moins de 880€ par mois, soit le plus faible niveau de vie de France. Tous les départements de la région, à l'exception des Hautes-Alpes, figurent parmi les 15 départements métropolitains où l'intensité de la pauvreté est la plus forte ; les Bouches du Rhône sont au premier rang de ce classement, suivies du Vaucluse. Par ailleurs, ces mêmes ménages se heurtent à l'insuffisance du parc locatif : 39% des personnes pauvres et 26% des personnes modestes vivent dans des logements trop petits selon l'INSEE. *La part des logements précaires augmente de façon importante surtout du fait d'un plus grand recours aux hôtels et pensions ainsi qu'à l'hébergement dans la famille ou chez des amis.*

La région Paca compte 4.864.015 habitants (source INSEE recensement de la population 2007), soit 7,7% de la population française. La projection d'évolution de la population entre 2006 et 2011 est de 3,7% pour la région et 2,6% pour la France métropolitaine.

La région se caractérise par une très forte précarité constatée par les données suivantes :

Elle est la 4^{ème} région de France pour le **taux de chômage** au 4^{ème} trimestre 2009 (11,2%), après le Languedoc-Roussillon (13,3 %), le Nord-Pas-de-Calais (13,2%) et la Picardie (11,4%). Les départements les plus touchés sont les Bouches-du-Rhône (12%), le Var (11,7%), le Vaucluse (11,2%) et les Alpes-de-Haute-Provence (10,4%). Selon l'INSEE, le taux d'activité des 15-64 ans est faible (68,6% contre 71,3% au niveau national) en raison du plus faible taux d'activité des femmes.

La situation de l'emploi montre à la fois un fort dynamisme et des taux de chômage qui restent durablement supérieurs à la moyenne nationale mais tendent à se réduire.

La crise économique de 2008 a néanmoins bouleversé le panorama : « *En 2008, la crise économique a fortement impacté l'économie régionale comme l'économie nationale : les créations d'emploi salarié se sont interrompues dès le 2^e trimestre et le chômage a brutalement augmenté au 4^e. La dégradation a été forte dans l'industrie et dans la construction où l'emploi salarié a reculé après cinq années de hausse. Dans le tertiaire, la baisse a été plus modérée qu'au niveau national* » (INSEE, Panorama des régions : 170).

Au 31 décembre 2009, selon les données de la CNAMTS, la région comptait près de 530 000 bénéficiaires de la CMU pour 5 824 000 au niveau national (soit 9% des bénéficiaires, pour 7,7% de la population).

Selon les données de la CNAF sur les minima sociaux, la population de bénéficiaires du RSA au 31 décembre 2009 représente 9,5% des bénéficiaires au plan national, soit 162 186 personnes. Il y a 68 549 bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés, soit 8% des 851 316 au niveau national et celle des bénéficiaires de l'APL (aide personnalisée au logement) est de 165 564 personnes pour 2.516.425 au plan national.

La région « Provence-Alpes Côte d'Azur » est la 3^{ème} région pour le PIB par habitant mais se distingue par de très grands écarts de revenus. Cette donnée est essentielle à prendre en compte dans la réduction des inégalités de santé.

⁷ Dispositif Régional d'Observation Sociale.

Des tendances négatives dans le temps

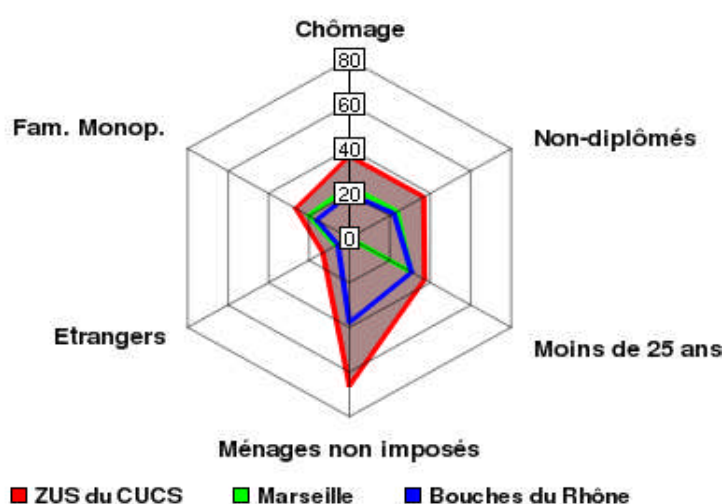
Les données disponibles marquent une tendance négative dans le temps au niveau régional, avec une aggravation de la précarité: après deux années consécutives de baisse, le nombre d'allocataires de minima sociaux repart à la hausse en 2010, le chômage atteint plus de 11% (avec 1.8 point de plus en 2010 par rapport à 2008, ampleur jugée inédite depuis les années 80) et les statistiques associatives montrent la précarisation grandissante de leurs publics (Les cahiers du DROS, N° 9, décembre 2010 : 1)

Des disparités territoriales infra régionales et infra communales...et qui touchent les enfants....

Les disparités territoriales mettent en avant les **Bouches-du-Rhône qui concentrent 48,5% de la population pauvre de la région**, un habitant sur cinq vit dans un foyer à bas revenu (source bas revenus CAF au 31/12/2005). De même, ce département concentrait, fin 2005, 54,3% des bénéficiaires de la CMU-C de la région avec sur certains territoires de proximité un taux très largement supérieur au taux métropolitain (6,8%) : Marseille (16,4), Avignon (10,5), Martigues (9,2), Toulon-Hyères (8,9) et Arles (8,7). Ces cinq territoires regroupaient 64,9% des bénéficiaires de la CMU-C de la région pour un poids démographique général de 42,3% (source INSEE projections 2006)- (source : Note de la DDASS 13 du 9 octobre 2008, l'accès aux soins des personnes les plus démunies).

La ville de Marseille comporte **839 043 habitants selon les données du recensement de 2006** et s'étend sur une superficie de 24 062 ha. La ville comporte 16 arrondissements et 12 ZUS.

Profil Général de la ville de Marseille, 1999



Source : SIG du C.I.V.

	ZUS du CUCS	CUCS Marseille	ZUS département	ZUS Région
Chômage (1999)	36.7%	23.2%	35.0%	33.5%
Non-diplômés (1999)	36.8%	23.7%	36.4%	36.5%
Moins de 25 ans	37.2%	30.2%	36.9%	37.1%
Etrangers	13.1%	6.8%	12.9%	14.6%
Familles monoparentales (1999)	26.5%	20.2%	25.9%	25.4%
Locatifs HLM (1999)	40.6%	17.7%	44.7%	45.6%
Ménages non imposés sur le revenu (2005)	60.2%	n.d.	58.2%	27.9%
Bénéficiaires de la CMU complémentaire (2006)	34.2%	19.2%	31.6%	29.8%

Sources : INSEE, RGP 1999 / DGI 2004 (données fiscales) / Min. de l'intérieur (2005), Ministère de l'Education nationale (2004), CNAM (2006)

Ces données générales mettent en évidence des écarts plutôt favorables à la ville de Marseille en regard du département et de la région (Contrat Urbain de Cohésion Sociale 2007 – 2009⁸) mais les données sont pour certaines anciennes et masquent les effets de la crise depuis 2008, les moyennes cachent de fortes disparités entre les arrondissements avec une situation moins favorable pour les arrondissements du nord de la ville, la situation ne pouvant cependant être résumée à un clivage nord – sud⁹. Ces données ne tiennent pas compte non plus du nombre de personnes qui devraient bénéficier de droits comme la CMU, CMU-C, (ou encore une mutuelle) et qui n'y ont pas accès pour diverses raisons.

Les données sur la santé issues du Contrat urbain de Cohésion Sociale (2007 – 2009)¹⁰ font état d'un diagnostic réalisé pour Marseille en 2004 par l'Observatoire Régional de la Santé avec quelques traits marquants :

- Une ville dont la situation économique plus difficile que la moyenne nationale
- Une population qui diminue et qui vieillit (18% des plus de 65 ans)
- Marseille présente une sous-mortalité par rapport à la France bien qu'inférieure à celle de la plupart des grandes villes. Par contre il existe une surmortalité à Marseille par rapport au département et à la région : sida, accidents de circulation, taux de suicide élevé chez les jeunes, fort recours aux IVG sont énoncées comme des priorités à ce titre.
- Les indicateurs sanitaires montrent des disparités avec une situation moins favorable pour les arrondissements du nord de la ville.
- L'offre de soins est jugée très satisfaisante pour la médecine de ville, le taux d'équipement en soins de courte durée est supérieur aux moyennes nationales. Le long séjour et la pédopsychiatrie apparaissent déficitaires de même que l'accueil des personnes âgées et des adultes handicapées. Nous reviendrons sur ces questions pour les personnes incluses dans l'étude.

La réactualisation des éléments de contexte dans le cadre de l'élaboration du Plan Local de Santé Publique (PLSP) de Marseille-centre, porté par l'Atelier Santé Ville, mentionne que la situation de paupérisation s'aggrave au regard du premier diagnostic mené en 2005. Ces informations ont été confirmées tout au long de l'étude et les données plus récentes disponibles.

Les acteurs impliqués dans l'étude notent ainsi de façon récurrente des situations de précarité grandissante, voire de « misère », touchant les adultes et les enfants. Les professionnels ou bénévoles avec lesquels nous avons eu des entretiens (CCAS, professionnels du secteur social ou médico-social, éducatif, de l'hébergement, bénévoles des associations caritatives, etc.) sont de plus en plus souvent confrontés à des situations qui, épisodiques il y a encore quelques années semblent se multiplier, avec une mise en tension d'un secteur médicosocial, lui-même en situation de fragilité, et des situations plus complexes et plus nombreuses à assumer. Le problème de la faim, de plus en plus fréquente dont souffrent les personnes en situation de précarité a été souligné lors de la restitution aux usagers. Ce point est extrêmement préoccupant, souvent caché, ce que nous rapportons à la dignité ou lu d'une autre façon, à la honte que cela imprime dans les parcours des personnes.

Ceci nous a amené à regarder de plus près les données concernant les enfants. Les données du DROS¹¹ attestent d'une évolution alarmante :

Si le taux d'enfants vivant dans des familles à bas revenus atteint 28,5% au niveau régional, les Bouches-du-Rhône affichent un taux de 31% et Marseille un taux de 44%¹². Ces taux qui ne sont que des moyennes, masquent aussi nombre de situations non recensées.

⁸ CUCS 9339, 2007- 2009 : 11-13 ; 65 - 70

⁹ ORS PACA, diagnostic réalisé en 2004

¹⁰ CUCS 9339, 2007- 2009 : 11-13 ; 65 - 70

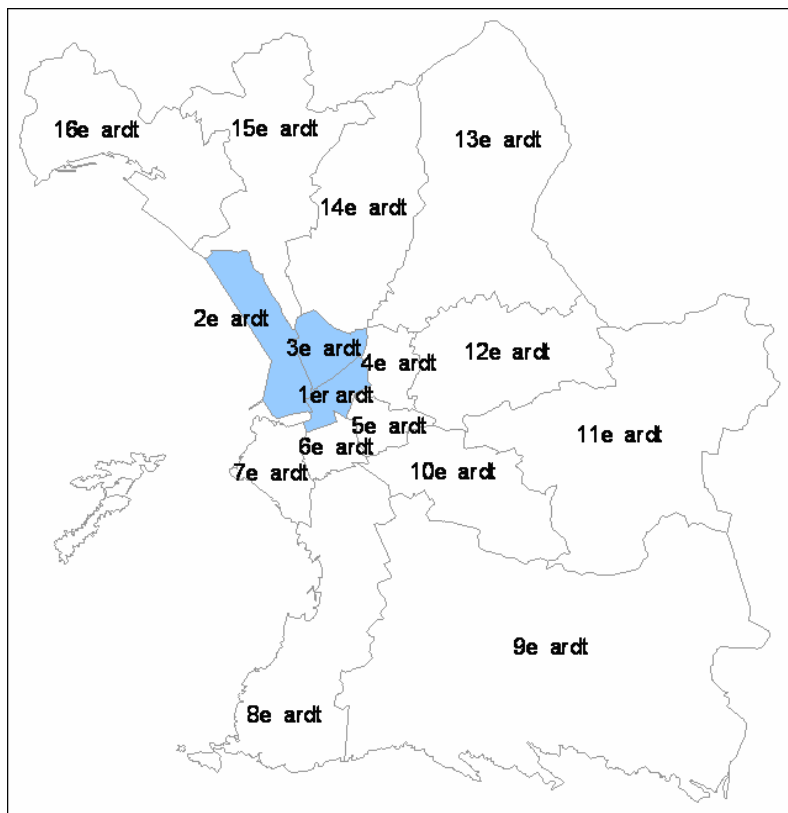
¹¹ Pauvreté : les enfants aussi sont concernés, DROS, N°8, juin 2010.

¹² A Port-de-Bouc, ce taux est de 63% selon la même source.

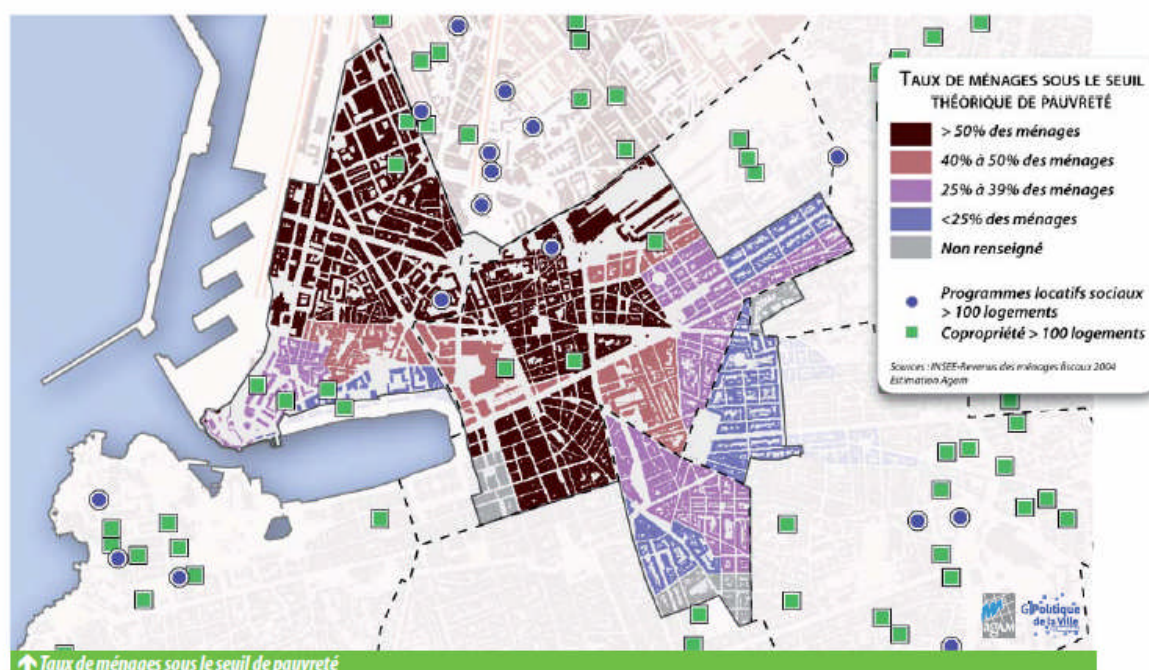
Le secteur de l'hébergement et du logement souligné au niveau régional est en tension sur Marseille et suit des tendances négatives au regard de l'évolution du contexte de précarité, d'autant que les données officielles ne représentent qu'une partie de la réalité puisque les acteurs de terrain, face aux non –réponses, peuvent être amenés à ne plus faire remonter les besoins, gérant au mieux les situations à résoudre et comme ils peuvent.

Les données relatives au territoire de Marseille Centre méritent une attention particulière dans le cadre de l'étude :

Les 3 arrondissements de la ville (1^{er}, 2^e et 3^e) représentant le territoire de référence de l'ASV comptent 111 237 habitants au recensement 2006 dont 65 421 en ZUS soit presque 60% de la population totale.



Les travaux réalisés par l'Observatoire des quartiers dans le cadre du CUCS de Marseille mettent en évidence l'importance de la précarité monétaire sur le centre ville (principalement 1^{er} et 2^{ème} arrondissements), mais aussi des disparités importantes entre des quartiers proches.



Source : AGAM / GIP Politique de la Ville – CUCS de Marseille – Observatoire des quartiers / Etat initial, mai 2009 – Centre ville.

Les quartiers St-Lazare – St-Mauront – Belle de Mai (site expérimental par ailleurs¹³), notamment, qui accueillent 18 794 ménages en 2005, affichent la plus forte précarité du CUCS : des revenus médians 2 fois moindre que ceux de Marseille (6 777 € en 2005), 41% de bénéficiaires du la CMUC (28% sur le CUCS en 2006), 47% des allocataires percevant des minima sociaux (contre 40% en 2006 à l'échelle du CUCS), etc.

Au-delà de ces données globales, les personnes les plus vulnérables, dont les populations sans abri cumulent un certains nombre de facteurs défavorables, marquant leur état de santé et les modes de recours aux soins mais aussi à la prévention (comme les dépistages).

Une région et une commune engagées dans la réduction des inégalités de santé...

La région et la ville de Marseille sont engagées dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé et la ville est membre d'un certain nombre de réseaux : réseau ville OMS santé, ville PNNS¹⁴, membre du réseau santé mentale avec un Conseil d'Orientation en Santé Mentale (COSM), ancrage de la démarche atelier santé ville, etc. Par ailleurs, la ville a toujours été impliquée dans la réduction des risques avec un certain nombre d'innovations et de modes opératoires extrêmement pertinents qui sont tout à fait en phase d'un point de vue théorique avec les stratégies recommandées dans le champ de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

¹³ Expérimentation d'un programme territorial de promotion de la santé des enfants et des familles démunies 2008-2011 : « La santé à Saint-Mauront Belle de Mai on s'y met tous ».

¹⁴ En lien avec le Plan National Nutrition Santé qui constitue un des axes transversaux à décliner dans toutes les régions en France métropolitaine.

Les données concernant les personnes sans domicile fixe, sans qu'une définition consensuelle soit possible, donnent au niveau national un chiffre d'environ 100 000.

Selon le rapport d'évaluation des EMP en 2008 (Coruble G., Lavit M., 2008 : 5)

« Le rapport 2007-2008 de l'ONPES indique que l'enquête¹⁵ réalisée par l'Insee du 15 janvier au 15 février 2001, auprès de personnes fréquentant les centres d'hébergement et les lieux de distribution de repas chauds, et diverses enquêtes complémentaires permettent d'estimer à 93 000 les personnes ayant fréquenté au moins une fois, au cours d'une semaine de janvier 2001, les services d'hébergement ou de distribution de repas chauds.

L'Insee estime plus précisément à 86 000 la population des personnes sans domicile, parmi lesquelles 63 500 adultes et 16 000 enfants de moins de 18 ans, ainsi que 6 500 personnes hébergées dans des centres pour demandeurs d'asile. »

Le nombre de personnes sans-abri est évalué à environ 15 à 20 000 en région PACA par MdM et entre 2 000 et 5 000 à Marseille, (à rapprocher des places disponibles en CHRS, soit 1 150 pour l'hiver 2009-2010 sur la commune de Marseille – sur un total de 1981 dans le département - selon les informations du PLSP de Marseille (PLSP Marseille-centre 2010-2012 : 39).

Ces personnes se concentreraient sur Marseille centre ville et les quartiers Nord, mais les squats et habitats précaires sont sans doute plus dispersés y compris aux marges de la ville.

Les informations d'ordre quantitatif concernant les personnes incluses dans l'étude seront développées plus loin.

III.2. Le contexte réglementaire

Depuis la loi de lutte contre les exclusions de juillet 1998, les dispositifs réglementaires ont largement évolué afin de mieux prendre en compte les situations de pauvreté et d'exclusion sociale dans l'accès aux droits (CMU, CMU-C, AME, plus récemment l'Aide à la Complémentaire Santé – ACS-) et à la santé. Pourtant les efforts restent à consolider au regard d'autres pays européens tout spécialement et ce, dans un contexte où l'accès aux droits est actuellement revisité en France faisant craindre un net recul dans l'accès à la prévention et aux soins (dont les dernières décisions concernant l'AME)¹⁶. Lois, circulaires et dispositifs (dont la veille sociale, l'hébergement d'urgence..) aux côtés de l'action du secteur associatif se sont multipliés.

III.2.1. Quelques aspects à préciser

La loi du 2 juillet 2002 entre autres, vient confirmer la mise en place d'un dispositif de veille sociale et souligne l'importance de l'accompagnement individuel qui prend un relief tout particulier autour des questions de santé.

Le rapport Chambaud¹⁷ de 2007 note cependant que les dispositions sont parfois difficilement appliquées, parfois complexes quand par exemple les articulations entre l'Etat, financeur de nombreux dispositifs ou structures, et les départements chargés de la programmation et des différents plans (plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées – PDALPD), schéma d'accueil, de l'hébergement et de l'insertion, (SAHI) ne sont pas articulés de façon opérante.

Le rapport souligne aussi la nécessité d'appliquer le droit opposable au logement – loi DALO 2007 - 290 du 5 mars 2007- (Chambaud, 2007 : 26). Cette loi amène par ailleurs la nécessité de travailler sur les sources statistiques pour quantifier les situations, mieux les connaître d'un point de vue qualitatif. Le même auteur relève qu'en ce qui concerne les **collectivités locales**, elles sont impliquées à différents titres autour des personnes sans domicile potentiellement : gestionnaires de structures d'accueil, gestion du 115, organisation des maraudes, financeur de structures d'accueil de jour, fournisseur de place lors des plans hivernaux ou périodes de canicules (Chambaud, 2007 : 36). Elles rencontrent aussi des difficultés pour connaître les publics, leurs besoins même si la loi du 5 mars

¹⁵ La définition de « sans-domicile » retenue pour l'enquête recouvrait les personnes qui ont passé la nuit un jour donné dans un lieu non prévu pour l'habitation, ainsi que celles qui sont prises en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation.

¹⁶ Voir dossier de la Société française de santé publique au sujet de l'AME (www.sfsp.fr), évolutions en cours concernant la CMU- C et ce qu'elle couvrirait ou non désormais.

¹⁷ Chambaud L., La coordination de l'observation statistique des personnes sans abri, rapport définitif, IGAS, août 2007.

2007 demande que les centres sociaux – outre la domiciliation selon agrément du Préfet – réalisent une analyse des besoins sociaux. La recommandation du rapport Chambaud, demandait à ce titre qu'un volet « personnes sans domicile » puisse être identifié afin d'améliorer la connaissance et donc soutenir les évolutions dans les modes de prises en charge des personnes sans domicile¹⁸. **De nombreuses structures publiques ou associations** concourent à la prise en charge des personnes sans domicile sur un territoire donné avec une préoccupation récurrente de pouvoir mieux coordonner à la fois l'observation et la veille, mais aussi les pratiques des acteurs.

Les observations du rapport Chambaud prennent sens également pour la ville de Marseille, l'étude ayant été confrontée de façon récurrente à des données partielles, dispersées ne pouvant être croisées, ce qui entraîne des difficultés pour les décideurs et les acteurs, pour mieux cerner les besoins. Les réflexions en cours – observation et modes opératoires - autour du 115 et du SIAO, de la récente commission de prévention des expulsions locatives – CCAPEX -, du CCAS tout spécialement sont au cœur même de ces défis à relever et devant pouvoir s'articuler mettant à profit justement cette période de changements.

III.2.2. Le dispositif d'urgence (veille sociale) à Marseille

Le dispositif d'urgence comprend :

- Le 115, numéro unique et gratuit d'accueil téléphonique 7J/7, 24H/24
- le SAMU social
- les équipes mobiles de jour et de nuit
- les Centres d'Hébergement d'Urgence
- des lieux d'accueil de jour ou de nuit
- la coordination du dispositif a désormais vocation à être assurée par le SIAO (Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation)

III.2.2.1. Le 115

Le 115 est le premier maillon de la chaîne de l'urgence sociale. Il a pour rôle d'accueillir, d'informer et d'orienter toute personne en situation d'urgence, directement ou sur signalement. Il fait partie, comme le Samu social, des dispositifs de veille sociale mis en place dans le cadre de la loi de lutte contre l'exclusion du 27 juillet 1998. Sa mission primordiale est la **mise à l'abri**.

Chaque appel fait l'objet d'une évaluation : les écoutants tentent de faire un diagnostic du parcours résidentiel, « *souvent difficile à réaliser par téléphone* », reconnaît le responsable du 115. La réponse peut être une simple information ; s'il s'agit d'un besoin d'hébergement, une orientation vers une structure est proposée. Celle-ci n'est effective qu'à partir de 16h30, en fonction des places disponibles.

Les personnes isolées peuvent être orientées – pour une période de 1 à 3 jours - vers :

- l'UHU La Madrague ville (hommes et femmes)
- l'Accueil de nuit Saint-Jean de Dieu (hommes)
- des lits en surcapacité (places 115) répartis entre 9 structures d'hébergement.

Les familles sont hébergées en hôtel.

Si un transport est nécessaire, le 115 passe le relai au Samu social, partenaire clé du dispositif.

Le 115 est géré par l'association SARA-GHU, ensemblier d'insertion.

¹⁸ A noter que sur Marseille, le CCAS va se doter en 2011 d'un logiciel. Il y a là une opportunité à saisir qui pourrait permettre de renforcer l'observation des personnes à la rue ou selon leur statut au regard du logement même si ce critère est limitant (voir rapport sur les personnes sans chez soi) et que d'autres structures assurent des domiciliations.

Le responsable du service relève les difficultés récurrentes liées à la gestion des signalements, à l'origine de tensions entre le SAMU Social et les pompiers notamment : s'agit-il d'une urgence sociale ou médicale ? La personne est-elle en demande ? Il est fréquent que les particuliers à l'origine des signalements ne souhaitent pas s'entretenir avec la personne signalée pour répondre à ces questions.

Par ailleurs, le responsable du 115 propose une fois par mois une réunion des équipes mobiles de jour et de nuit, professionnelles et bénévoles. Ces réunions favorisent à la fois l'interconnaissance et les échanges d'informations ; un thème particulier est développé à l'occasion de chaque réunion. Ces rencontres semblent appréciées par les acteurs, dans un contexte où la veille sociale ne remplit plus le même rôle de coordination qu'elle jouait avant la création des ARS, comme on le verra plus loin.

III.2.2.2. Le SAMU Social

Le SAMU Social possède à Marseille la particularité d'être municipal. En 1996 fut créée par la Ville de Marseille une Direction de la Solidarité et de la lutte contre l'exclusion, dynamique qui s'est poursuivie en avril 2001 de la délégation du SAMU Social et en mai 2006 à l'intégration du SAMU Social à la Délégation de la Solidarité, de l'Intégration et de la lutte contre l'exclusion. Depuis le 8 février 2010, la nouvelle organisation des services municipaux crée au sein de la Délégation Générale Education, Culture et Solidarité, une Direction de l'Action Sociale et de la Solidarité au sein de laquelle l'action sociale de la municipalité en faveur des personnes les plus démunies est mise en œuvre par la Division de la Solidarité et de l'Urgence. Cette division comporte deux services : le SAMU Social et le Service de l'Intégration et de la Solidarité¹⁹.

Le service comprend 52 agents, qui participent tous les jours de l'année de 7 heures à 1h30 à la prise en charge, à l'assistance et au transport des personnes en errance vers les centres d'accueil et d'hébergement. Il assure également – en partenariat avec des structures d'accueil - des transports de personnes sans domicile vers ou depuis des lieux de soins ou d'examens.

Partenaire privilégié du 115 pour le transport des personnes vers les hébergements d'urgence, le SAMU Social développe par ailleurs des partenariats avec différentes associations : coopération étroite avec le SAMU social de la Croix Rouge, qui partage désormais les mêmes locaux, partenariat avec l'Armée du Salut et l'ADJ Marceau pour offrir aux personnes refusant tout hébergement la possibilité de prendre un repas chaud. Les repas sont préparés par l'Armée du Salut, transportés par le SAMU SOCIAL à l'ADJ Marceau. Les personnes sont accompagnées à l'ADJ par le SAMU social et raccompagnée après le repas. Le SAMU social entretient par ailleurs des liens étroits avec l'UHU de la Madrague ville, autre structure municipale et principal lieu d'orientation par le 115.

Rappelons que c'est le directeur du SAMU Social qui a alerté les élus sur la recrudescence des difficultés de santé des sans domicile à Marseille, constat à l'origine de la présente étude.

III.2.2.3. Les hébergements d'urgence

L'UHU la Madrague Ville située dans le 15^{ème} arrondissement, est la plus importante unité d'accueil d'urgence sur Marseille, avec 334 places, auxquelles s'ajoutent 30 places supplémentaires en hiver (plan grands froids) et si nécessaire (froid extrême) 100 places de mise à l'abri en gymnase. La structure dispose en outre de 32 places de stabilisation permettant à des personnes de rester en journée si leur état de santé le nécessite. Hommes et femmes de plus de 18 ans (sauf si familles) sont accueillis sans exigence au regard du statut administratif.

Le nombre de personnes hébergées pour l'année 2009 a été de 3 438 personnes différentes dont 2000 « primo hébergées », ce qui représente le chiffre impressionnant de 75 256 nuitées pour 2009 d'après les données transmises par le directeur²⁰. Le nombre de personnes accueillies varie selon l'année avec des pics en janvier et février ainsi que novembre à décembre. Les fluctuations dans l'année reflètent non seulement les flux populationnels mais aussi le nombre de places disponibles

¹⁹ Source : SAMU social de Marseille, bilan 2009.

²⁰ Rencontre avec Mr Chalopin le 6 juillet 2011 lors de la phase exploratoire de l'étude pour identifier les problèmes de santé du point de vue de cette structure.

(plan hivernal ou non). La structure refuse toujours des personnes hiver comme été nous dira le docteur Gallo, médecin généraliste intervenant dans la structure.

Le Samu Social²¹ a une équipe logistique qui intervient à l'UHU (d'après les organigrammes qui nous ont été communiqués).

Le site est organisé en différents espaces avec une entrée qui se présente comme un sas pour « contenir les violences », un portique électronique ayant pour fonction de détecter les objets métalliques. A gauche de l'entrée se trouve le chenil. Il existe une bagagerie. Un petit centre de santé de premier recours y était intégré avec un médecin généraliste donnant des consultations entre 18h et 20h les jours de semaine. L'hébergement est collectif avec des algécos répartis sur le site, hébergeant 6 à 10 personnes. Un algéco est réservé aux personnes dites « grands précaires » (problèmes d'hygiène évoqués). Une partie des personnes (environ 50) représente des « habitués » ; Les personnes dites « grands marginaux » hébergées sont au nombre environ de 35 et environ 70 personnes hébergées sont d'origine maghrébine, soit 30% de la population en été. Les algécos pour les femmes sont situés près du poste de surveillance au regard de violences. Elles sont en nombre croissant semble-t-il (environ 30/250 en période d'été). La proportion de personnes jeunes d'une part et plus âgée d'autre part augmente depuis plusieurs années. Les problèmes de santé évoqués ont été repris avec le Dr Gallo, médecin du centre à ce moment là. Quatre décès ont été constatés en 2009 en quelques mois – cause non connue lors de la visite, alors qu'habituellement, la structure dénombre 2 décès par an. Cinquante pour cent (50%) seulement des personnes hébergées ont des droits ouverts, posant des difficultés d'accès à des traitements ou examens complémentaires. La structure est en lien avec les accueils de jour et en ce qui concerne la santé avec les équipes mobiles de psychiatrie, la PASS de La Conception, Edouard Toulouse, les Lits Halte Soins de Santé de Fontainieu. Les pompiers y interviennent si besoin.

Le centre de santé a été fermé récemment suite aux difficultés financières rencontrées par la structure, des difficultés liées au manque de formation des professionnels avaient aussi été mentionnées. La situation financière générale de la structure a par ailleurs été mentionnée dans le comité de suivi de février.

Différents commentaires ont été faits à plusieurs reprises au regard de violences sur le site. Certains propos très marquants ont été rapportés lors de la phase finale de l'étude (« zone de non droit », viols mentionnés), nous amènent à une extrême vigilance concernant cette structure, indépendamment des problèmes financiers qu'elle connaît. Cette question des violences dépasse le cadre de cette étude, mais demande à être clarifiée par les décideurs. Rappelons que les grandes unités d'hébergement d'urgence sont propices à des dysfonctionnements multiples et l'on recommande aujourd'hui de les restructurer ou de les fermer.

L'autre unité importante à Marseille pour l'accueil de nuit est l'Œuvre Hospitalière Saint-Jean de Dieu, située dans le 2^{ème} arrondissement. Cette structure réservée aux hommes isolés dispose de 242 places, auxquelles s'ajoutent 32 places de stabilisation. Elle dispose d'un bagagerie et d'un service de soins infirmiers.

Le dispositif d'urgence peut également orienter les demandeurs vers les lits 115 - au nombre d'une quinzaine (chiffres variant selon les sources) - répartis dans 9 CHRS.

La ville de Marseille dispose par ailleurs d'un nombre de places conséquent en CHRS. 28 CHRS sont répertoriés dans la base de données SAHIB (voir liste en annexe), totalisant selon cette même source environ 1600 places, mais là encore les chiffres varient selon les sources²².

Les CHRS sont des établissements gérés par des associations ou par des collectivités territoriales. Actuellement le terme CHRS renvoie à un statut juridique attribué à certains établissements sociaux et médico-sociaux. Aujourd'hui, les CHRS recouvrent souvent des publics spécifiques (femmes, avec ou sans enfants, jeunes de moins de 26 ans, sortants de prisons..) et les services portés sont différenciés. Certains ont des LHSS, comme le Centre Jane Pannier. Au sein de certains d'entre eux se développent des pratiques innovantes, comme les interventions de l'Université du Citoyen soutenues

²¹ Au sein du Service de la solidarité et de la lutte contre les exclusions

²² Les données de la DDCS transmises par le responsable du 115 totalisent sur Marseille 1973 places.

par l'ASV dans 7 CHRS au total depuis 2005. Ces interventions sont tournées vers la promotion de la santé, selon des modalités d'empowerment. Des problématiques très diverses peuvent y être abordées : alimentation, violences policières, organisation de sorties (lien social), sport (comment avoir accès aux salles de sport)...

La synthèse régionale des PDAHI (Plan Départemental de l'Aide à l'Hébergement et à l'Insertion) de juin 2010 mentionne 4 axes de travail autour de :

→ L'augmentation de l'offre de logements sur les territoires depuis l'hébergement d'urgence jusqu'au logement autonome en évitant les discriminations et les ruptures,

→ Une adaptation du dispositif d'hébergement touchant particulièrement les CHRS (synthèse régionales des PDAHI : 13) :

1) Au plan géographique, encourager l'adaptation ou le redéploiement lorsque cela est possible et avec l'accord des gestionnaires, des capacités existantes pour les différents types d'hébergement vers les territoires prioritaires.

2) Au plan des locaux, en poursuivant les opérations d'humanisation et en développant les formules d'hébergement éclaté chaque fois que possible

3) Développer à partir des CHRS des formules de logement de transition sans remettre en cause leur activité principale d'insertion

4) Accompagner les CHRS vers la mise en place de plates-formes de services²³

5) Mettre en place, selon les instructions du niveau national, le référentiel coût/prestations

6) Inciter au regroupement, à la mutualisation et au travail en commun des CHRS

7) Favoriser l'exercice des droits et l'expression des usagers dans les instances : qualité du projet d'accueil et d'accompagnement des personnes et adaptation aux besoins exprimés.

8) favoriser l'assouplissement des règles de gestion des structures sur les publics accueillis.

→ Le renforcement des orientations

→ Le renforcement du dispositif régional territorialisé de veille avec le souhait de :

1) mettre en place un dispositif régional territorialisé d'observation de l'hébergement et du logement des personnes concernées par le PDAHI appuyé sur les SIAO départementaux

2) développer l'expression des usagers

- hébergés à partir des conseils de la vie sociale

- selon des formules à promouvoir hors hébergement

3) mettre en place un dispositif interdépartemental de suivi des PDAHI, intégré au Comité Régional de l'Habitat, comportant outre les services de l'Etat et des collectivités publiques, des acteurs de l'hébergement et du logement

4) mettre à disposition des départements des indicateurs permettant le suivi et l'évaluation des actions programmées

5) permettre le partage entre les départements des solutions innovantes

- en évaluant leur caractère reproductible

- en mettant en place un fonds d'expérimentation

La situation autour des Bouches-du-Rhône met en évidence selon le même rapport (ibid. : 15) :

²³ Ceci rejoint l'idée d'approche intégrée qui sera soulignée par les usagers et les professionnels comme un atout et une nécessité.

- un département en avance sur la connaissance de l'offre (logiciel SAHIB) et la mise en place d'une plate forme d'accueil et d'orientation préfiguratrice du SIAO
- un dispositif d'hébergement globalement suffisant, si les places financées par subvention peuvent être maintenues, mais engorgé et à réaménager
- un accompagnement vers et dans le logement insuffisant
- un déficit d'offre de logement autonome social voire très social et adapté aux besoins (manque de grands logements à partir du T3)

Les priorités du PDAHI sont :

- la mobilisation de l'offre avec la création du SIAO et une meilleure utilisation des outils de connaissance des besoins (développement de l'observation sociale)
- le développement de la coordination et de la mutualisation des moyens (CPOM, GCSMS)
- l'accélération de la sortie des ménages hébergés en capacité d'occuper un logement autonome par le développement de formules d'accompagnement (notamment par les AVDL)
- le dispositif de logement adapté : les résidences sociales qui constituent une étape-clé des parcours résidentiels et un maillon essentiel entre l'hébergement et le logement pérenne doit être renforcé, et les places financées ; le programme de création de maison-relais doit être poursuivi.

III.2.2.4. Les accueils de jour

Quatre Accueils de jour sont répertoriés en tant que tels²⁴ à Marseille :

- l'ADJ Marceau et l'ADJ Consolat, gérés par la même association (ADJ), qui porte également une action de rue (équipe mobile)
- l'Accueil de jour Béthanie (Secours Catholique)
- l'Accueil de jour Crimée, porté par l'association SARA – GHU, destiné plus particulièrement au public jeune.

Ces structures offrent des services très diversifiés : domiciliation, accompagnement social, douches et hygiène, lavage des vêtements, ateliers (cuisine, jeux de société, sport, peinture...).

Les accueils de jours constituent un élément important du dispositif, notamment pour les personnes vivant dans la rue.

III.2.2.5. Les équipes mobiles de jour et de nuit

Des équipes mobiles de jour et de nuit viennent compléter le dispositif d'urgence.

Equipes mobiles de jour	Equipes mobiles de nuit
ADJ MARCEAU / CONSOLAT	SAMU SOCIAL CROIX ROUGE
SAMU SOCIAL CROIX ROUGE	SAMU SOCIAL VILLE
SAMU SOCIAL VILLE	Médecins du Monde – Equipe SDF
NOUVELLE AUBE (squats)	RESTOS DU CŒUR
Médecins du Monde – Equipe SDF	SECOURS CATHOLIQUE
EMLPP (équipe Hop. Edouard Toulouse)	AUTRES REGARDS
EMPP (équipe AP HM)	ADDAP (Serv. Centre Educ. de nuit)

²⁴ Mais il convient d'ajouter que de nombreuses autres associations – notamment caritatives – remplissent une fonction d'accueil.

Bus 31 / 32	
ASUD	
AUTRES REGARDS	
ADDAP (Educateurs de rue)	

Certaines de ces équipes mobiles dédient leur action à des publics spécifiques, tels Autres regards (personnes se prostituant), ASUD et le Bus 31/32 (usagers de produits psycho-actifs), ADDAP (jeunes mineurs). A l'exception du SAMU social de la ville, qui fonctionne jusqu'à 1h30 du matin, les maraudes de nuit sont essentiellement réalisées par des bénévoles ; les équipes mobiles de jours sont au contraire constituées de professionnels, ce qui pose inévitablement des problèmes de liaisons entre jour et nuit. C'est ce qui a amené depuis peu le SAMU social de la Croix-Rouge à expérimenter des maraudes de jour, ce qui leur permet d'une part de répondre à cette question de la liaison jour/nuit et d'autre part de faire la connaissance des acteurs professionnels intervenant le jour.

Le coordinateur de l'urgence sociale (115) tente un minimum de coordination des maraudes de nuit : il existe un planning des maraudes effectuées selon les jours de la semaine par la Croix-Rouge, les Restos du Cœur et le Secours Catholique. La coordination territoriale, s'appuyant sur une véritable cartographie des pratiques, reste cependant un chantier à travailler ; il en est de même de la coordination jour-nuit, initiée par l'expérience de la Croix-Rouge, qui demande à être développée.

On notera qu'un nombre significatif d'acteurs professionnels et bénévoles des équipes mobiles a participé aux groupes de travail organisés dans le cadre de cette étude, démontrant ainsi leur sensibilisation aux questions d'accès aux soins.

III.2.2. 6. Coordination de la veille sociale et mise en place du SIAO

En théorie, la coordination territoriale consiste en la mise en relation des différents partenaires de la veille sociale : ARS et DRJSCS et leurs délégations territoriales, Conseils Généraux, communes, et tous les acteurs de l'urgence (les gestionnaires du 115, les CHRS, les associations caritatives et associations proposant des possibilités d'accueil de nuit ou de jour), mais aussi les établissements de santé, le 15 (SAMU), les pompiers, la police, la gendarmerie...

Une telle coordination doit permettre :

- Aux partenaires de se rencontrer et clarifier les rôles de chacun
- De recenser toutes les actions sur le territoire
- De faire l'état des lieux de l'offre, des manques et des besoins
- D'améliorer le fonctionnement de l'ensemble des dispositifs
- D'observer l'évolution de la population accueillie

L'efficacité du dispositif dépend donc du **travail en réseau** des partenaires et de **l'information régulière** de tous les acteurs et de tous les publics qui peuvent à un moment ou à un autre faire appel au 115.

D'après le témoignage des acteurs, les réunions de la veille sociale sur Marseille remplissaient en partie ce rôle jusqu'à la création de l'ARS, en permettant notamment des liens entre les problématiques sanitaires et l'hébergement. Depuis la mise en place de l'ARS, cette dimension de la coordination aurait disparu, les réunions de la veille sociale se trouvant entièrement centrées sur l'hébergement. L'une de nos préconisations – répondant à une demande forte des acteurs – sera de retrouver, voire d'amplifier cette fonction de coordination de l'urgence sociale et d'y intégrer la santé dans les priorités.

On notera que la circulaire D10006928 du 8 avril 2010, relative au **Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO)** attribue cette fonction à l'opérateur du SIAO de chaque département. En effet, l'annexe 1 de la circulaire intitulée « Objectifs, missions et principes de mise en œuvre des SIAO » précise au paragraphe « **4.1.3 – Coordonner les acteurs de la veille sociale** :

- *l'opérateur [du SIAO] organise régulièrement des rencontres entre acteurs de la veille sociale afin de favoriser la coopération entre tous, la recherche collective de solutions face aux difficultés rencontrées.*
- *l'opérateur travaille avec l'Etat à la définition des secteurs couverts par les équipes mobiles, et veille à ce que l'ensemble du territoire soit « maillé » par une équipe « référent ». Il favorise le lien entre les équipes mobiles psychiatrie précarité, équipes mobiles sociale et services de médecine »*

Bien que les missions premières du SIAO portent sur la régulation des orientations, la coordination des acteurs locaux et l'observation autour de l'hébergement et du logement, on soulignera avec intérêt que le texte précisant les missions du SIAO **fait explicitement le lien avec la dimension sanitaire**. Ceci impliquera une bonne articulation entre DDCS et DT13.

Dans les Bouches du Rhône, le SIAO a été confié par l'Etat à un groupement de trois partenaires : SARA-GHU, Hospitalité pour les Femme (HPF) et le CAUIPA (collectifs Aixois). A noter qu'une réflexion avait été entamée localement depuis deux ans, à partir d'un double constat :

- le manque de lisibilité sur l'entrée dans les structures d'hébergement
- l'obligation pour les personnes en demande d'hébergement de répéter plusieurs fois l'exposé de leur situation

Ces constats avaient conduit à un projet de Plateforme d'Accueil et d'Orientation préfigurant le SIAO 13.

Le fonctionnement du SIAO 13 est ainsi décrit par l'animatrice du dispositif sur Marseille²⁵ :

Etape 1 : les acteurs de l'accueil (accueils de jour, SAO, lieux d'hébergement, Conseil général, CCAS, etc.)

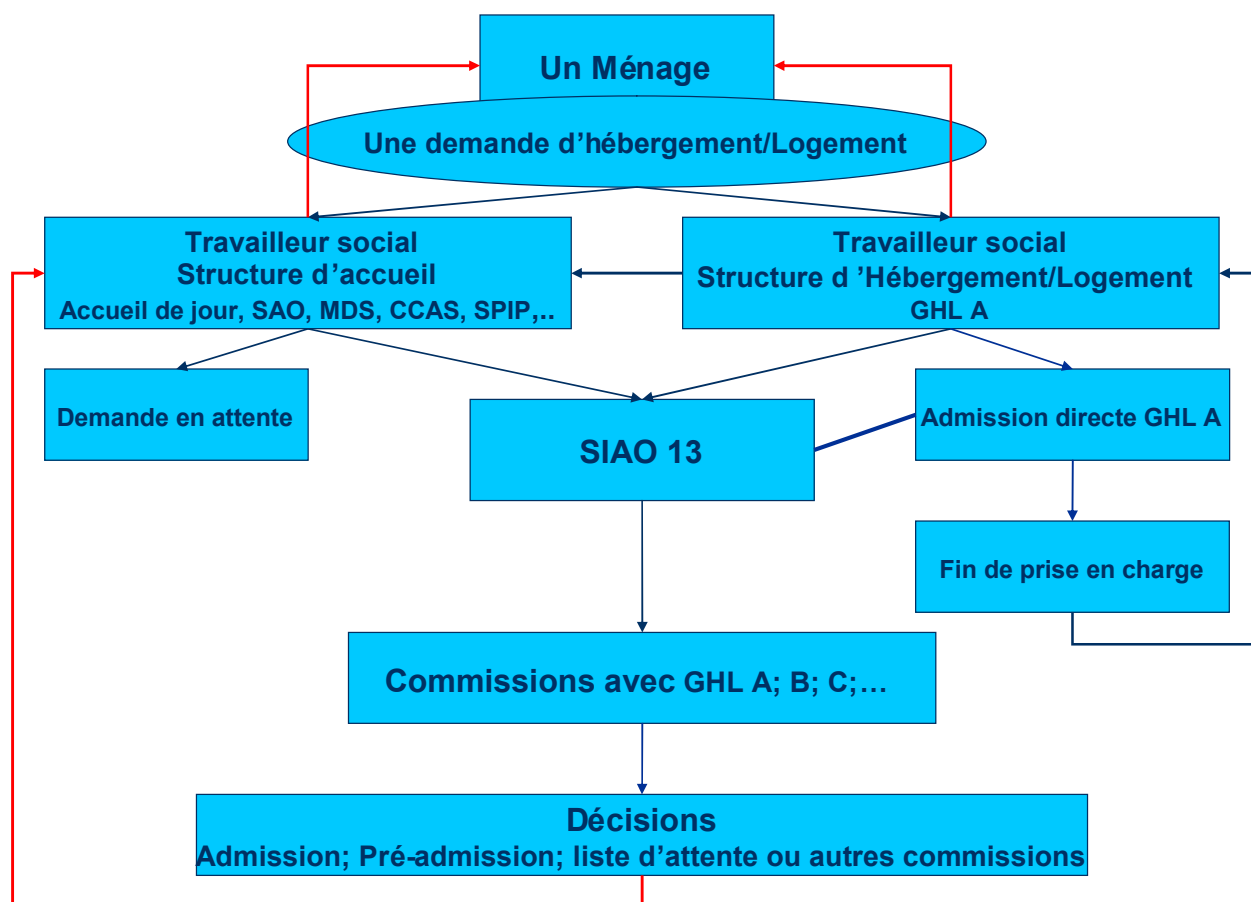
- réalisent un entretien social et entendent la demande d'hébergement / logement
- saisissent les informations recueillies sur le logiciel Progdis – SIAO 13 (logiciel Progdis 115 adapté aux fonctions du SIAO, choisi dans le département des Bouches du Rhône pour la gestion du SIAO) :
 - fiche personne
 - préconisations d'hébergement adapté (préconisation de 3 structures adaptées)
 - envoi de la demande au SIAO 13
 - suivi de l'état de la demande

Etape 2 : les animateurs du SIAO

- rassemblent les demandes d'hébergement / Logement et recensent les places disponibles
- organisent les commissions afin de coordonner l'offre et la demande d'hébergement
- favorisent l'observation et l'évaluation de l'entrée dans le dispositif AHI

²⁵ Lydie BRODIER, rencontrée le 23 février 2011.

Le fonctionnement du dispositif est résumé par le schéma ci-dessous²⁶ :



En ce qui concerne la fonction de coordination de la veille sociale, le SIAO 13 en est au stade de la prise de contact avec les partenaires.

²⁶ Source : SIAO 13

III.2.3. Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), Lits Halte Soins de Santé (LHSS), structures psychiatriques/CMP, Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) : clés de voûte dans l'ensemble des dispositifs de réduction des inégalités de santé...Une évolution à penser régulièrement

Les (PASS²⁷), les LHSS respectivement mis en place en 1999 et 2006²⁸, ont permis de mettre en œuvre des modalités d'accueil et de prises en charge médico-sociales que le système de droit commun ne permettait pas auparavant. Une expérimentation est en cours avec les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)²⁹. Les EMPP ont été promues à partir de 2005³⁰.

III.2.3.1. Les PASS préconisent la création dans les hôpitaux une prise en charge médico-sociale adaptée aux patients en situation de précarité. Elles doivent améliorer la prise en charge hospitalière et faciliter la continuité en aval aussi bien sur le volet médical que social. La prévention est également citée dans les textes réglementaires. Si les PASS peuvent difficilement être à l'initiative d'actions de prévention, elles peuvent néanmoins s'inscrire dans les actions développées sur leur territoire³¹.

D'un point de vue organisationnel, les PASS sont intégrées dans les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (Praps) avec des crédits provenant, avant la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS), de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et du ministère de la santé (Direction de l'hospitalisation et de l'Organisation des Soins –DHOS-). Depuis la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) de juillet 2009³², la gouvernance des hôpitaux a également changé, avec un conseil de surveillance qui élit son président et vient donc remplacer l'ancien conseil d'administration où le Maire était Président de fait. Le Directeur Général de l'ARS participe aux séances avec voix consultative. Il peut mettre toute question à l'ordre du jour.

Historiquement, les PASS se sont développées de façon hétérogène sur le territoire français, aussi bien concernant les patients qu'elles reçoivent (avec ou sans droit potentiels par exemple) que du point de vue des modes organisationnels. La plupart des PASS sont intégrées dans les hôpitaux mais on relève aussi l'existence de PASS mobiles qui restent cependant peu investies³³: « S'appuyant sur la loi de lutte contre les exclusions, la DHOS recommandait la création d'unités mobiles (ou PASS mobiles). L'IGAS mentionne que seulement 4 unités mobiles (à Valenciennes, Lyon, Toulouse et Bondy³⁴) ont été mises en place sur les 8 prévues à l'origine. Il s'agissait de développer des dispositifs complémentaires aux PASS « fixes » installées au sein des établissements afin d'aller à la rencontre des personnes très marginalisées ou très isolées géographiquement.

Quelques remarques utiles dans le cadre de l'étude :

➔ Le personnel permettant l'accueil, les domiciliations, l'ouverture des droits et leur suivi met en scène l'organisation interne des hôpitaux (à commencer par les agents d'accueil) mais aussi externe

²⁷ Circulaire DH/AF1 n° 05960 du 25 mai 1999 relative à la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

²⁸ Circulaire N° DGAS/SD1A/2006/47 du 7 février 2007 relative à l'appel à projet national en vue de la création de structures dénommées « lits halte soins de santé ».

²⁹ Arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité, (LAM).

³⁰ Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

³¹ Des projets concrets peuvent ainsi être menés conjointement entre les PASS et le secteur médicosocial, l'hébergement tout spécialement.

³² Loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

³³ Girard V., Estecahandy P., Chauvin P., *La santé des personnes sans chez soi, plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*, Novembre 2009 : 75-76.

³⁴ Comme l'Homnibus en Seine-Saint-Denis, qui avait 3500 consultations annuelles. Le dispositif a été arrêté il y a environ 1 an (départs de professionnels impliqués, turn-over, etc...). Tout le personnel était salarié de l'hôpital Jean Verdier de Bondy : médecin, infirmière, psychologue, assistante sociale, animateur. Travail préventif, dépistages, soins étaient réalisés en ambulatoire, dans des foyers pour travailleurs migrants, etc. L'arrêt du dispositif n'est semble-t-il pas en lien avec un manque de pertinence.....

(CCAS, assurance maladie, préfecture, structures d'hébergement et secteur médicosocial, associations caritatives, etc.) et des procédures viennent clarifier cette organisation.

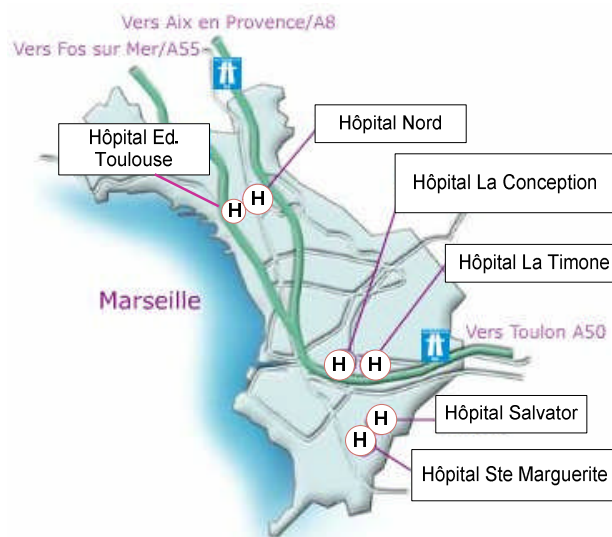
→ Des recommandations de la DHOS³⁵ ont été produites en 2008 dans un document intitulé « *Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS, recommandations et indicateurs* ». Ces éléments doivent permettre de constituer un tableau de bord pour suivre les évolutions sur chacun des sites.

→ Le fonctionnement des PASS dépend de la politique institutionnelle qui se traduit dans le *projet d'établissement*. Le rattachement des PASS à un service clairement identifié est un gage de fonctionnement et d'intégration à l'ensemble des services hospitaliers même si cette condition est nécessaire mais non suffisante. La politique de l'établissement doit être en accord avec les objectifs de l'Agence Régionale de Santé.

Des 34 PASS existantes en région PACA, **4 sont identifiées à Marseille**. Elles se sont mises en place suite à la loi contre les exclusions. La seule PASS intégrée –cellule médicosociale – est celle de l'hôpital de La Conception. Elle a été organisée à partir de juillet 2007, à la suite des pressions conjuguées de l'Etat et du secteur associatif³⁶, d'un directeur de l'AP-HM qui a pu mobiliser ses ressources pour mettre en œuvre les PASS (extrait d'entretien).

Les PASS sur la ville relèvent soit de l'AP-HM, soit plus récemment de l'hôpital Edouard Toulouse (établissement de psychiatrie publique situé dans le 15^e arrondissement) qui conjugue désormais 3 modalités d'accueil et de prise en charge : le plateau hospitalier, la PASS Psy et une équipe mobile de liaison (EMLPP).

→ Les 4 PASS de l'AP-HM étaient localisées à Hôpital de La Conception, de La Timone, de l'hôpital Nord, de Sainte-Marguerite. La PASS psy d'Edouard Toulouse est à proximité de l'hôpital nord (convention établie par ailleurs) :



Des changements récents ont cours actuellement (extrait d'entretien avec Mr Stingre, directeur adjoint, Hôpital La Conception, AP-HM):

- A ce jour, les urgences SUD (dont celles de Ste Marguerite) ont disparu, la PASS aussi. Ces changements s'inscrivent dans le cadre du projet d'établissement 2004-2009.

³⁵ DHOS, mai 2008 (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/organiser_une_pass.pdf).

³⁶ Médecins Sans Frontière en 2005, puis Médecins du Monde (extrait d'entretien).

- La seule PASS **intégrée – cellule médicosociale** - de l'AP-HM est celle de l'hôpital de La Conception à ce jour.

- Il existe un projet autour de la PASS Nord afin de renforcer la dimension intégrée « médicosociale » sur ce territoire. Ce projet doit être concrétisé en 2011 mais il est soumis au recrutement des ressources humaines nécessaires (entre autre médecin et agent d'accueil).

Il existe des avancées à relever actuellement même si la situation reste à renforcer (PLSP Marseille-centre, 2010 - 2012 : 8) : la PASS de La Conception pour sa première année de fonctionnement reçoit 200 patients. Les autres PASS voit une augmentation de 15% de leur file active.

La PASS Psy de l'hôpital Edouard Toulouse est opérationnelle depuis juin 2010. La PASS Psy permet de croiser les approches somatiques, psychiatriques et sociales. Elle a la particularité d'intégrer un médecin généraliste dans l'équipe Elle est adossée au pôle somatique du service du Dr Cornet de l'hôpital – intégration prévue dans le futur -. Une convention existe par ailleurs avec l'hôpital Nord de l'AP-HM. La PASS Psy au sein de l'hôpital Edouard Toulouse s'inscrit en complémentarité avec des dispositifs qui sont plus orientées « rue » (EMPP) ou qui jouent leur rôle d'équipe de liaison en intra hospitalier ou dans les structures d'hébergement ou d'accueil de jour (EMLPP). Au –delà des questions d'organisation (maillage en interne et externe) la PASS a vu sa file active doubler pour atteindre 50 personnes en décembre (extrait d'entretien – Dr Martin).

On notera que les deux PASS, La Conception et la PASS PSY, énoncent des axes de travail autour de la prévention : dépistages en particulier, vaccins signalés pour la PASS PSY.

Accès aux soins dentaires pour les personnes en situation de précarité :

→ Un centre odontologique est opérant à l'hôpital Nord en lien avec la faculté

→ Communément appelée PASS dentaire, ce qui s'avère erroné, le centre odontologique Gaston Berger permet de recevoir des patients en semaine ayant besoin de soins. La formalisation avec l'AP-HM s'est concrétisée depuis peu. Ce centre est accessible pour tous les patients orientés par les PASS (à 20mn à pied de la Timone). Il relève de la Timone au regard de l'ouverture des droits pour les personnes qui ne sont pas suivies par ailleurs car le centre sera intégré physiquement à terme à La Timone et ce, dans le cadre plus général de la ré-organisation des structures de l'AP-HM.

Une première évaluation des PASS existantes en 2008...

L'évaluation des PASS en région³⁷ souligne un certain nombre de recommandations reprises par le groupe de travail « accès aux soins » de la démarche atelier santé ville (ASV) des 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} arrondissements de Marseille :

- Renforcement de la visibilité de l'ensemble des PASS,
- Développement des partenariats et formalisation de ces derniers
- Harmonisation des critères d'inclusion,
- Mise en place et harmonisation du recueil de données,
- Formation des personnels à l'accueil et à la prise en charge des publics en situation précaire – même si la majorité des établissements ont mis en place de telles formations.

Il semble tout particulièrement pertinent dans le cas des PASS de Marseille

- d'impliquer la direction de l'AP- HM
- de former les personnels aux questions de droits auxquels ont accès les personnes et peut être de les soutenir comme cela est fait pour les médecins généralistes et d'appliquer ces droits
- de former aux liens entre santé, soins et processus de précarisation
- de soutenir tout spécialement la PASS de la Conception pour définir des conditions de travail optimales en intra hospitalier. De fait la PASS aujourd'hui semble dans un dilemme : se rendre

³⁷ Coruble G., (DASS Bouches-du-Rhône) Clément L., (DRASS PACA) Organisation des Permanences d'Accès aux Soins de Santé en Provence, Alpes, Côte d'Azur, résultats de l'enquête régionale 2008.

plus visible oui, mais pour proposer quoi au regard des capacités de résolutions de problèmes ?

- d'inclure dans les marges de progrès un maillage intra –hospitalier.

Le programme régional prévoit en outre³⁸:

- d'organiser une rencontre régionale des PASS, en particulier pour valoriser ce dispositif et les personnels qui y travaillent, et les inscrire dans la dynamique du Plan régional de santé publique,
- de faire évoluer les PASS selon les recommandations définies par la DHOS
- de renforcer les équipes (temps médicaux et infirmier en particulier)
- d'inciter les acteurs des PASS à travailler en réseau
- de favoriser les échanges de pratiques au niveau départemental et renforcer les compétences des équipes

Un comité de pilotage régional a été proposé pour améliorer l'organisation des PASS et proposer des outils internes aux PASS (fiche de suivi ou de liaison, protocoles).

Les avancées existent sur Marseille, des difficultés se rencontrent sur différents aspects, nous nous y arrêtons dans le chapitre dédié aux déterminants de l'accès aux droits, aux soins et à la prévention. *La révision du projet d'établissement 2010 - 2014 de l'Hôpital de La Conception où se trouve la PASS médicosociale n'a pas permis d'identifier la thématique « précarité » ni les PASS au sein des priorités institutionnelles*³⁹

III.2.3.2. Les Lits Halte Soins de Santé (LHSS)⁴⁰ constituent des espaces alternatifs à l'hospitalisation depuis 2006 et dans la suite des « lits infirmiers » installés à partir de 1993. L'objectif des LHSS était de donner un cadre juridique et financier pour assurer une qualité de prise en charge et de suivi des publics concernés. Il s'agit de procurer des soins à des personnes sans domicile fixe atteintes de problèmes de santé ne nécessitant pas d'hospitalisation et pour prévenir des complications ou de renoncement aux soins. *Les LHSS accueillent des personnes quelle que soit leur situation administrative.*

En 2008, il existait 351 LHSS répartis dans 39 départements sur 95 ; 9 lits en moyenne étaient ouverts avec des écarts de 1 à 50 lits selon le département⁴¹. Pour 2011, il restait 188 lits à créer sur le territoire. Entre 2006 et 2010, on compte la création de 104 lits sur la région PACA, sachant qu'aucune autorisation n'a été donnée en 2010.

Le nombre de places sur Marseille en 2010 étaient de 45 repartis sur 2 sites, 40 au CHRS de Fontainieu et de 5 au CHRS de Jane Pannier.

L'évaluation nationale des LHSS réalisée en 2009⁴² a orienté ce type d'accueil vers des « lits d'accueil médicalisés », les LAM⁴³. Les constats mentionnés dans l'arrêté de 2009 réaffirmaient l'utilité des LHSS tout en soulignant que

- 35 à 40% des lits étaient utilisés de façon chronique par une population extrêmement marginale, avec des pathologies lourdes qu'aucune structure ne prenait en charge. Les LHSS sont prévus eux, pour une durée de séjour de 2 mois en principe.
- L'âge des bénéficiaires montrait que presque 16% pourrait prétendre à une maison de retraite (plus de 60 ans et hors critère LHSS) et les personnes de moins de 35 ans augmentaient. Nous

³⁸ Note de la ville de Marseille du 9 octobre 2008, accès aux soins des personnes les plus démunies

³⁹ AP – HM, Projet d'Etablissement 2008-2012, Projet d'Etablissement 2004-2009, Projet d'Etablissement 2010 – 2014. « une ambition pour l'avenir ».

⁴⁰ Etablissements médico-sociaux qui relèvent de l'article 312-1 du code de l'action sociale et des familles. ; Circulaire N° DGS/SD1A/2006/47 du 7 février 2006.

⁴¹ Fnars, supplément Gazette, N° 62, mai 2008 : 4

⁴² DGAS, Rapport de stage, évaluation du dispositif « Lits Halte Soins Santé », Frery Sébastien juin 2009. Eléments accessibles sur le site www.cnle.gouv.fr

⁴³ Arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité.

verrons que sur Marseille la même problématique se pose : A Fontainieu en 2009, les personnes de plus de 60 ans représentent 26,5% mais certaines d'entre elles présentent des pathologies lourdes et les orientations sont complexes au regard des structures existantes⁴⁴.

- Presque 30% de la population accueillie dans les LHSS au niveau national a des pathologies de longue durée ne relevant pas des LHSS.
- 36% des personnes se trouvent sans solution à leur sortie dans l'ensemble du dispositif et se retrouvent à la rue.

L'évaluation conclue à une dérive des objectifs avec des difficultés en amont et en aval.

Les LAM sont donc mis en place à titre expérimental sur une durée de 3 ans pour permettre, en l'absence de domicile et d'impossibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, à des « *personnes atteintes de pathologies chroniques de pronostic plus ou moins sombre de recevoir des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adapté* » (préambule de l'arrêté). Les LAM peuvent ou non s'appuyer sur des structures médicosociales existantes, sont ouvertes tout au long de l'année et 24h/24 avec une présence de professionnels de santé et appel au 15 pour les urgences. Un nombre de 6 à 25 lits par site est possible. Là encore on précise que la prise en charge est indépendante du statut administratif de la personne, et la durée de séjour est fonction de l'état de la personne. Les frais sont pris en charge par la structure pour les personnes ne disposant d'aucune couverture sociale.

Si les LAM ne peuvent répondre seuls à la complexité que révèle l'évaluation des LHSS, ils représentent une alternative intéressante, tout en considérant que la question des maisons de retraite adaptées ou les logements en aval des hospitalisations tout spécifiquement constituent un enjeu tout aussi important. Marseille n'est pas considérée par cette expérimentation qui reste à suivre.

III.2.3.3. Dans le champ de la santé mentale, les services de psychiatrie adultes, **les CMP**, les équipes mobiles de psychiatrie précarité (EMPP) sont autant de structures ou modalités essentielles à prendre en compte en ambulatoire. Elles doivent être replacées dans la complexité actuelle du champ psychiatrique. Si le territoire de Marseille bénéficie du taux de lits d'hospitalisation complète le plus haut de la région (2,04 lits pour 1000 habitants pour une moyenne régionale de 1,35)⁴⁵, il ne constitue qu'un indicateur médiocre pour apprécier le champ dans son aspect fonctionnel.

Les CMP offrent une des réponses possibles dans le champ de la psychiatrie et de la précarité. Par ailleurs, des initiatives intéressantes impliquant les CMP ont été mises en place depuis quelques années sur Marseille et des projets sont en cours.

Quatorze (14) CMP sont répartis sur Marseille selon la sectorisation psychiatrique et donc en interface selon les cas sur plusieurs arrondissements.

Les CMP, tout en ayant été pensés comme des structures de premier recours, dans la proximité sont confrontés à de multiples défis : augmentation de la précarité et difficultés de la prise en charge des pathologies psychiatriques en ambulatoire aussi bien d'un point de vue quantitatif que qualitatif, problématiques plus complexes (interrelations psychiatrie et rue, incarcérations - entrées et sorties inadaptées et sources de ruptures pour nombre de personnes), modes opératoires souvent en décalage, nécessité de faire évoluer les pratiques, etc. Par ailleurs, pour les publics dits « hors secteur » comme les personnes n'ayant pas de domicile, les orientations dans le réseau sont difficiles et ont un impact sur la longueur des prises en charge que doit assurer l'équipe mobile de liaison (voir infra).

Il existe actuellement autour de certains CMP des réunions mensuelles réunissant les acteurs du territoire concernés pour reprendre un certain nombre de situations complexes et y trouver des solutions. Il s'agit d'un des espaces de coopération sur la ville en plus des réunions « psychiatrie / précarité » organisées dans le service du Dr Morcellet à Edouard Toulouse. Cet espace a souvent été cité lors des entretiens menés au titre de l'étude.

⁴⁴ Extrait du rapport d'activité 2009.

⁴⁵ ARH PACA, Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) 2006-2011, avril 2006.

Un autre projet se réfléchit actuellement qui associe 7 CMP. Les acteurs de l'AP-HM, le Centre hospitalier spécialisée Edouard Toulouse et Valvert construisent un « *projet d'accueil et de soins ambulatoires pour les personnes en errance, sans chez soi chronique, vivant avec des troubles psychiatriques sévères sur l'agglomération marseillaise* »⁴⁶, maillant des prises en charge bas seuil, une fédération des CMP avec pour objet particulier de désengorger ceux inscrits sur certains territoires, une articulation avec les équipes mobiles de psychiatrie et un réseau de partenaires large.

Ce projet serait un réel levier en intégrant la dimension des soins somatiques en ambulatoire et en veillant comme il a pu être mentionné lors de la restitution du 17 juin 2011 avec les acteurs locaux, à des soins de qualité. *Le sujet a été de nouveau abordé lors de la restitution du 12 juillet ; il suscite un vif intérêt. Il mérite d'être débattu aussi avec les usagers, les médiateurs.*

Les dispositifs mobiles de cette nature doivent être conçus et maintenus dans une dynamique permanente d'ajustement.

III.2.3.4. Les Equipes Mobiles de Psychiatrie – Précarité (EMPP)

La fonction de proximité est unanimement reconnue comme un des éléments essentiels à la prise en charge des personnes sans chez soi. Les équipes mobiles qui existent aujourd'hui ont des statuts différents mais toutes assurent cette fonction de lien entre les personnes et les institutions sanitaires et sociales dans les grandes agglomérations.

Il existe 2 EMPP sur Marseille mises en place en 2007 et suite aux orientations données par la circulaire de 2005. Elles sont des fonctions complémentaires au-delà de ce qui les réunit.

Le rapport d'évaluation de 2008⁴⁷ donne un tableau de synthèse suivant pour les deux équipes de Marseille (il en existe deux autres dans les Bouches du Rhône).

	AP-HM/MdM	CH Edouard Toulouse
Type établissement	CHU	CHS
Sce rattachement	Pr Naudin	Pôle accueil Urgence et Crises Dr Giraud du Poyet
Responsable(s) de l'équipe	Dr Vincent Girard	Dr Pierre Morcellet
Statut équipe	UF intersectorielle	intersectorielle
Date début activité	Novembre 2007	Janvier 2007 (le début réel d'activité de cette équipe remonte à 1998)
Lits intersectoriels	5	/
Financement inclus dans le COM	NC	non
Missions de l'équipe reprises dans projet médical de l'établissement	NC	oui

⁴⁶ Document de travail 17 février 2011

⁴⁷ Coruble G., Lavit M., Zaïdan S., Les équipes spécialisées en psychiatrie des Bouches du Rhône, rapport de l'évaluation effectuée en 2008, DDASS 13 : 3

Moyens Humains en 2007

ETP financés 2007	AP-HM/MdM		CH Edouard Toulouse⁴⁸	
	ETP financés	occupation réelle	ETP financés	occupation réelle
Médecin psychiatre	1	1	0,3	0,3
Cadre infirmier	0	0,1	0	0,1
IDE	1	1	2	1,4*
Secrétaire	0	0,1	0,5	0,25**
Assistante sociale	0	0	0	0
Psychologue	0	0	2	2
Autre (précisez) Médecin généraliste				
Autre (précisez) Chef de service				
Educateur spécialisé	0,5	1		
Médiateur de santé communautaire	2	1,5		
Total	4,5	4,7	4,8	4,05

* la deuxième IDE a pris ses fonctions le 1/08/07 à 0,9 ETP

** la secrétaire a pris ses fonctions le 1/07/07 à mi-temps.

Toutes les équipes ont une dimension intersectorielle. Les équipes des deux centres hospitaliers ont une expérience déjà ancienne d'intervention dans le champ santé mentale précarité. Dans le service du Pr Naudin, 5 lits intersectoriels ont été réservés pour les personnes en grande précarité présentant des troubles psychiatriques et faciliter ainsi les hospitalisations rapides et adaptées.

« Aucune équipe n'a de local d'accueil hormis celle de l'AP-HM / MdM qui a fait des locaux de l'association Marabout (46 rue Curial) une base logistique et un local d'accueil pour certaines personnes rencontrées dans la rue. Cette équipe a le projet de mettre en place une unité mobile d'accueil et de consultation ».

Les EMPP constituent une alternative essentielle pour faire le lien ville-hôpital, pour maintenir la cohérence dans le parcours de vie de la personne au regard du soin, pour également assurer un rôle de médiation et donc de formation dans les structures où les équipes interviennent.

Si l'équipe du centre hospitalier d'Edouard Toulouse, équipe de liaison – EMLPP – intervient plutôt dans les structures qui accueillent ou hébergent les personnes (CHRS, LHSS, maison relais de l'Armée du salut, Accueils de jour – ADJ-, etc..), celle de l'AP-HM intervient dans la rue plus spécifiquement. Cette répartition n'est pas étanche : si une personne est bien connue d'une des deux équipes, elle assurera le suivi de la personne. Elles sont toutes deux très attachées au lien à conserver « à tout prix » avec les personnes suivies.

La répartition se fait donc entre les 2 EMPP, l'information circule (une dizaine de personnes sont vues par les deux équipes). La PASS Psy du CH E. Toulouse vient compléter aujourd'hui le dispositif de façon intéressante et doit trouver ses marques et faire repérer par les autres acteurs du champ médicosocial sa singularité au regard des 2 EMPP.

On remarquera que la composition des 2 équipes diffère au sens où l'EMPP est une entité en soi quasiment alors que l'EMLPP ne comporte pas d'assistante sociale par exemple. Le lien avec les CMP est aussi différent. L'EMPP intègre par ailleurs dans son équipe des médiateurs, travailleurs pairs, dont

⁴⁸ A ce jour, il y a 2 ETP d'infirmières mais le temps du médecin coordonnateur n'a pas augmenté.

le statut est reconnu par l'AP-HM. C'est une dimension spécifique de cette équipe de rue qui n'est pas sans rappeler la logique inhérente au mouvement de la réduction des risques et du travail de proximité des équipes dans le champ des addictions et que Marseille porte depuis des années.

Le lien avec la maison relais du Marabout doit être évoqué ici. Sans reprendre l'historique de ce lieu novateur, notons qu'il est en interface via l'EMPP avec les services hospitaliers, qu'il a la particularité de permettre d'amorcer ou de consolider le soin dans une relation de confiance étroite avec l'équipe multidisciplinaire.

Les équipes sont appréciées par l'ensemble des acteurs rencontrés pendant l'étude d'autant qu'elles interviennent dans leur mode de fonctionnement de façon réactive ; les deux équipes semblent saturées à ce jour au regard de la complexité des situations à gérer, des solutions d'aval qui ne sont pas suffisamment opérantes (dont la problématique qui touche les CMP).

Suite à l'évaluation réalisée en 2008, une série de recommandations avaient été formulées au regard des équipes mobiles (Coruble G., Lavit M., 2008 : 1):

« La plus value des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie (EMPP) à l'amélioration de la prise en charge des personnes en grande précarité et présentant des troubles psychiatriques est très clairement établie au terme de cette évaluation. Ces équipes ont radicalement modifié la situation qui prévalait jusqu'alors.

Mais il reste encore à résoudre plusieurs problèmes pour que ce public puisse bénéficier d'un parcours de soins, réalisant une prise en charge globale et continue, équivalent à ce qu'il est pour la population générale.

Schématiquement, les EMPP agissent sur trois points principaux :

Aller vers les publics là où ils vivent

Soutenir les équipes sociales

Formaliser les collaborations avec les équipes de leur établissement de rattachement et avec les autres établissements de santé.

Plusieurs données et/ou témoignages montrent que Les EMPP ont développé un ensemble d'actions efficaces sur les deux premiers points »

Les marges de progrès sont centrées autour de différents axes et détaillées en annexe : visibilité, accroissement de l'activité, développement de projets thérapeutiques partagés, soutien du rôle de médiation intra-hospitalier, développement de collaborations avec d'autres structures de soins, renforcement de la documentation des interventions, articulation des efforts concernant l'aide et maintien dans le logement.

Les initiatives en psychiatrie sont à inclure dans la dynamique plus générale du Conseil d'Orientation en Santé Mentale (COSM) sur la ville de Marseille.

Deux dispositifs autour de la gestion de situations complexes en lien avec la santé mentale ont fait l'objet d'un appui méthodologique récent avec F. Bertolotto, sociologue, pour le compte de la ville de Marseille. Le rapport⁴⁹ donne des éclairages intéressants. Une cellule d'orientation interne en lien avec les troubles de voisinage met en perspective la problématique santé mentale / cadre de vie – salubrité. Sur le premier arrondissement, un réseau santé mentale et logement mobilise de nombreux partenaires. *Le travail d'accompagnement conclut à la pertinence des deux dispositifs et formule une série de recommandations dont la présente étude peut se saisir et offrir par là même un espace de mise en cohérence.*

La dynamique autour de la psychiatrie est porteuse d'innovations (qui sont loin d'être nommées de façon exhaustive dans ce rapport bien entendu), que les questions et réflexions afférentes aux liens complexes entre précarité et psychiatrie devraient pouvoir engager un mouvement sans doute plus

⁴⁹ BERTOLOTTI F., Evaluation des dispositifs de gestion des situations complexes liées à un problème de santé mentale pour le compte de la Direction de la Santé Publique de la Ville de Marseille Rapport final, Octobre 2010.

élargi, celui de la santé et de la précarité. Les conditions restent à créer pour cela, l'étude s'y est attardée.

Enfin, pour conclure ce chapitre autour des structures particulièrement impliquées dans l'accès à la prévention et aux soins des personnes concernées par l'étude, il nous reste à mentionner le rôle important du secteur caritatif, le centre de soins (CASO) de Médecins du Monde (3^{ème} arrondissement) qui a réalisé 10 442 consultations médicales et entretiens sociaux selon le rapport de 2009 et de la consultation pour les personnes démunies via le partenariat de la Croix Rouge et de L'hôpital Saint-Joseph (5^{ème} arrondissement), toutes deux mentionnées dans les focus groupes et groupes de travail mis en place pendant l'étude.

III.3. Les priorités régionales en matière de lutte contre les inégalités

L'année 2010 était l'année européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. L'année 2011 réaffirme la lutte contre les inégalités de santé à travers tout spécialement des orientations des politiques de santé et de la cohésion sociale du national au local.

Le paysage français connaît des bouleversements en termes d'organisation: au-delà des enjeux de ré-organisation interne des différentes structures, il s'agit de maintenir mais aussi de renforcer les interfaces entre les institutions pour maintenir le cap autour de la réduction des inégalités de santé dans le contexte économique et social complexe décrit antérieurement.

Politique de santé dite de droit commun et politique de la ville sont au cœur des enjeux de cohérence et de transversalité énoncés de façon récurrente.

Au niveau local, c'est la démarche atelier santé ville (ASV) tout spécialement qui se situe à l'interface de ces politiques. L'étude pour rappel est ancrée sur la dynamique de l'ASV de Marseille Centre et du Contrat Local de Santé⁵⁰.

III.3.1. Les Agences Régionales de Santé sont mises en place depuis le premier avril 2010, refondant le paysage institutionnel. Elles visent entre autres à améliorer les interfaces entre la promotion de la santé (qui reste à mieux afficher), la prévention et le soin, le médico-social, optimiser les ressources et renforcer l'efficacité du système de santé. Ces changements incluent les interfaces avec la Cohésion Sociale aussi bien au niveau régional que départemental.

Les enjeux affichés de l'ARS PACA :

- Amélioration de la santé des habitants de la région à travers le développement de la prévention et l'amélioration de la qualité des prises en charge sanitaires et médicosociales,
- Réduction des inégalités de santé,
- Efficacité du système de santé à travers l'amélioration des pratiques médicales et médicosociales ainsi que la collaboration avec nos partenaires.

Tout spécialement en PACA, l'ARS s'engage sur 3 changements⁵¹ :

- **Un service public régional de santé unifié : interlocuteur régional**, l'ARS garantira aux professionnels de santé des procédures plus simples (guichet unique pour les aides à l'installation par exemple) et aux patients un égal accès aux soins et une meilleure coordination sur le terrain entre les professionnels et les établissements de santé et médicosociaux.
- **Des compétences réunies dans une même structure, autorisant une approche globale de la santé**, une plus grande cohérence des réponses et des parcours pour les patients et personnes en situation de perte d'autonomie. Le champ d'intervention de l'ARS

⁵⁰ Contrat Local de Santé pour la période 2009 – 2011.

⁵¹ Dossier de presse de l'ARS, avril 2010.

est, en effet, large : santé publique dont la prévention, la promotion de la santé et la veille et la sécurité sanitaire, organisation de l'offre de soins, y compris vi-à - vis du secteur médico-social.

- **Un renforcement de l'ancrage territorial des politiques de santé** pour mieux adapter les réponses aux spécificités et besoins locaux, améliorer la répartition territoriale de l'offre de soins et lutter contre les inégalités territoriales de santé.
L'ARS dispose de nouveaux outils, de leviers et marges financières qui renforcent sa capacité d'agir, à la fois sur les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social, ainsi que sur le secteur de la prévention, pour apporter des réponses globales aux besoins des personnes.

Toutes les régions ont affiné leurs diagnostics⁵² pour élaborer le **Plan Régional de Santé**. Celui-ci comporte un plan stratégique, trois schémas (schéma régional de prévention, schéma régional de l'organisation des soins, schéma régional de l'organisation médico-sociale) et des programmes régionaux ou infra régionaux (dont le Praps, le PRIAC⁵³, des programmes territoriaux – avec contractualisations potentielles sous forme de contrat locaux de santé, les CLS).

Le Plan Régional de Santé⁵⁴ s'appuie pour partie sur la base des grandes orientations du Programme Régional de Santé Publique (PRSP) 2005 – 2009 dont les actions actuellement mises en œuvre constituent l'ancrage autour duquel réfléchir dans le cadre de l'étude menée.

Le PRSP affichait 3 axes de travail, parmi lesquels « réduire les inégalités d'accès à la prévention et aux soins d'ordre géographique, social, culturel et économique ». Des 20 programmes constitutifs du PRSP, le 19^{ème} répond au PRAPS qui se décline en 3 objectifs impliquant tout spécialement les personnes sans abri (**PRAPS III, 2008 – 2010**).

Objectif I : Favoriser l'accès aux droits et aux soins des publics en situation de précarité.

Dans le cadre de cet objectif, un groupe de travail « Difficultés d'accès aux soins » a été créé avec la participation de l'URCAM, l'URML et la CPCAM13. La constitution de ce groupe répond à une demande forte de la Conférence Régionale de Santé, qui a fait du problème des refus de soins une priorité suite aux résultats des campagnes de « testing » de Médecins du Monde. Il prépare actuellement des documents d'information destinés aux professionnels ainsi qu'aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME.

Objectif II : Améliorer l'accès à la prise en charge de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques pour les publics en errance ou pris en charge dans les structures d'hébergement et d'accueil d'urgence.

Objectif III : Contribuer à la réduction des inégalités de santé :

- *en renforçant l'autonomie des familles démunies et en les rendant actrices de leur santé*
- *en développant des programmes de promotion de la santé et des actions d'éducation pour la santé en direction des enfants, des jeunes et des familles dans les quartiers et territoires vulnérables.*

Une partie des objectifs est d'ores et déjà inscrite dans les déclinaisons opérationnelles de l'Atelier santé ville (ASV) des 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} arrondissements de Marseille.

L'ARS aujourd'hui et plus précisément la **Direction de la Santé Publique et de la Santé Environnementale** affiche des missions, précise les enjeux régionaux, fixe des principes d'actions et

⁵² Observatoire régional, PACA, Etats de santé et inégalités en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, septembre 2010.

⁵³ Concerne les personnes âgées, handicapées.

⁵⁴ ARS PACA, PSRS – Concertation « domaines stratégiques, objectifs généraux, objectifs spécifiques » Conférence régionale de la santé et de l'autonomie du 01/12/2010

des objectifs ainsi que son mode d'organisation⁵⁵. On retiendra quelques points autour de principes d'action valables pour l'ensemble du PRS :

- Promouvoir l'égalité de santé dès les premiers âges de la vie
- Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques
- Développer des actions de santé capables de rendre chacun acteur de sa santé

Cinq lignes de forces transversales sont énoncées pour la déclinaison des principes d'action :

- Renforcer l'accessibilité du système de santé, en priorité aux populations qui en sont le plus éloignées, notamment les plus pauvres,
- S'inscrire dans une démarche intégrée allant de la prévention à l'accompagnement
- Associer les usagers, en prenant appui sur les instances de la démocratie sanitaire, et en favorisant les actions de santé communautaires
- S'engager dans des actions partenariales, interministérielles et territoriales
- S'assurer systématiquement de l'efficacité et de l'efficacités des actions.

Ces énoncés sont tout spécialement importants dans le registre des stratégies pour la réduction des inégalités de santé sociales et territoriales et constituent des atouts pour consolider les projets ou actions mis en œuvre concernant les populations intégrées dans l'étude.

L'organisation de l'ARS est actuellement stabilisée⁵⁶: plusieurs directions seront au cœur des enjeux à travailler dans la présente étude afin de mettre en œuvre de façon opérante les pistes d'amélioration qui seront évoquées. Le fonctionnement en « mode ARS » devra traduire la volonté de transversalité depuis la prévention ou promotion de la santé jusqu'aux soins. Les articulations avec les missions relevant de la Cohésion Sociale mais aussi d'autres directions dans leurs déclinaisons régionales ou départementales, celles qui relèvent des divers dispositifs territorialisés, les missions relevant des compétences des conseils généraux, etc. sont aussi essentielles.

III.3.2. La Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

Les orientations nationales de la Cohésion Sociale, via son agence l'ACSé⁵⁷ réaffirment la place de la santé dans la politique de la ville et les Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS), parfois de façon un peu ambiguë.

Néanmoins, les orientations stratégiques du CUCS légitiment la démarche ASV, (volet santé du CUCS), pour contribuer à réduire les inégalités de santé sur certains territoires. Les stratégies préconisent à la fois une forte articulation avec les politiques de droit commun et des articulations opérantes avec les autres volets du CUCS : éducation et dispositif de réussite éducative, habitat, citoyenneté/accès aux droits...

Les partenariats au niveau national sont renforcés avec l'INCa (Institut National du cancer), l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) et les IREPS (Instances régionales en éducation et promotion de la santé, soit le CRES PACA), le CNFPT (Centre National de la Fonction Publique Territoriale). La réflexion au niveau national s'engage plus autour des programmes en faveur des *personnes vieillissantes*.

De nouveaux ateliers santé ville sont programmés. De son côté, le Comité Interministériel des Villes (CIV) du 18 février 2011 qui visait à rappeler les orientations pour 2011 de la politique de la ville, mentionne que les ASV sont confortés, les articulations avec les ARS passeront tout spécialement par les Contrats Locaux de Santé.

Les métiers de la médiation sociale sont par ailleurs plus valorisés.

⁵⁵ ARS PACA, Présentation de la Direction de la Santé Publique et de la Santé Environnementale (DSPE) ARS PACA, CRSA 27/10/210.

⁵⁶ <http://www.ars.paca.sante.fr/Organigramme.85129.0.html>

⁵⁷ ACSé, Programme des interventions de l'ACSé pour 2011, adopté par le Conseil d'Administration le 20 décembre 2010.

Ces orientations constituent également des points d'appui dans le cadre de l'étude d'autant que Marseille a été la première ville à signer un Contrat Local de Santé.

Dans le même mouvement des réformes actuelles, l'ACSé s'organise donc au niveau régional et départemental. La **Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale** porte les missions suivantes⁵⁸ :

- *en matière d'inclusion sociale et d'accompagnement des publics les plus vulnérables (missions développées au plan régional par la partie sociale des DRASS).*
- *en matière de promotion du lien social (la promotion de la citoyenneté, la vie associative, la promotion et l'accompagnement du bénévolat et du volontariat, le sport, l'action éducative hors temps scolaire, au profit des jeunes) et du développement personnel (l'autonomie des jeunes, la promotion de l'éducation populaire) qui constituent les cœurs de métiers des DRJS (et des DDJS) aujourd'hui ;*
- *en matière de lutte contre les discriminations, de promotion de l'égalité des chances (notamment pour les personnes immigrées ainsi que pour les personnes handicapées) et de cohésion territoriale dans les territoires de la politique de la ville (attributions des directions régionales de l'établissement public ACSé).*

Le document fixant les stratégies et priorités du CUCS pour 2007 – 2009, conforte l'ASV, signale la réduction des inégalités d'accès aux soins comme une des thématiques prioritaires. L'ancrage avec les politiques nationales, régionales, départementales⁵⁹ est rappelé ainsi que la nécessaire interface avec les autres volets du CUCS. Il existe donc une forte volonté de cohérence et le souhait de renforcer les pratiques partenariales et intersectorielles.

La démarche ASV à Marseille a été lancée sur plusieurs arrondissements de la ville de Marseille dès 2001, suite à la circulaire du 13 juin 2000. Les ASV ont vu leur mission affirmée par la suite avec la loi d'orientation pour la ville en 2003. Ancrée sur les territoires, la démarche ASV bénéficie d'un soutien ville-Etat et s'est fortement structurée sur Marseille et le département.

La démarche reste un des socles pour développer avec d'autres partenaires le réseau santé précarité évoqué dans le cahier des charges de l'étude.

On note alors une dynamique importante, des acquis et limites présentés à diverses occasions⁶⁰.

⁵⁸ DRJSCS, Une Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale en Provence Alpes Côte d'Azur : Pourquoi ? Comment ? Séminaire du 8 octobre 2009 ? CREPS d'Aix en Provence.

⁵⁹ Sont cités à ce titre dans le CUCS, les plans nationaux et régionaux issus de la loi de santé publique de 2004, le plan départemental d'insertion, le plan MILDT, le plan VIH, sida et les réseaux d'éducation prioritaires.

⁶⁰ On citera à ce titre le séminaire de rencontre nationale des ASV tenu à Bordeaux les 6,7 et 8 octobre 2008 : « Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriale de santé ».

Les principaux acquis

Une démarche en cohérence avec les politiques du niveau national, régional et départemental

- Une démarche souple ayant pu être travaillée à la fois de façon transversale et en même temps ajustée aux territoires concernés
- Une animation et un pilotage régulier avec un portage et des soutiens méthodologiques forts (coordonnateurs, Ville, via la DSP, Etat, Université du citoyen – impliquée auprès des habitants -, Cap Méditerranée...), des outils modélisables
- Une large palette d'opérateurs pour soutenir la démarche : OREP, CODES, CCAS, observatoire communal
- Un noyau dur (Collectivités territoriales (Villes, Conseil Général des Bouches-du-Rhône, Conseil Régional), Etat, Assurance Maladie), des partenaires des secteurs éducatif, médicosocial, professionnels libéraux
- Des projets novateurs sont à relever : autour de la santé mentale, autour de la promotion de la santé des enfants pauvres. Ils marquent un intérêt et une dynamique propice à créer de nouvelles dynamiques
- Enfin, une ville, des élus et des professionnels fortement engagés : adhérente au GRSP avant la réforme, au réseau ville OMS, ville active PNNS, écomaires, etc.

Les limites partagées

- Certains paradoxes autour de l'importance de la santé comme thématique transversale se traduisent par des cloisonnements entre services et acteurs
- Une culture autour du concept de promotion de la santé et de santé publique encore à renforcer,
- Des écueils rencontrés avec les structures de droit commun autour de l'accès aux soins tout spécialement (l'exemple des PASS, des limites avec l'URCAM, etc.)
- Enfin, un travail continu nécessaire pour réduire l'inégalité des engagements institutionnels.

D'autres éléments (points forts ou limites/ points d'attention) relèvent de l'évolution de la démarche ASV au fil des évolutions réglementaires en cours actuellement. Les acteurs ont toujours pris soin par ailleurs de signaler la vigilance à avoir pour maintenir ces acquis et travailler sur les limites.

La démarche ASV sur Marseille : 1 démarche, 4 coordinateurs, 1 thématique transversale :

Les coordinateurs sont affectés autour des territoires prioritaires de Marseille Centre (1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} arrondissement, 111 917 habitants) et de Marseille Nord⁶¹ (13^{ème}, 14^{ème}, 15^{ème} et 16^{ème} arrondissements, 248 260 habitants) pour une population globale avoisinant les 360 000 habitants. Un ASV est thématique, centré sur la santé mentale. Son territoire concerne les quartiers en CUCS de la ville et il vient épauler les deux autres ASV sur la thématique santé mentale.

Les ASV comptent de nombreux points forts sur Marseille et ont fait l'objet de diverses présentations. Ils ont tout d'abord inscrit leur démarche en partant de diagnostics de santé territoriaux à partir de statistiques disponibles, de besoins exprimés par les acteurs du champ sanitaire et social, éducatif, des populations (entre autres, les résidents de foyers).

Les axes de travail de l'ensemble de la démarche ASV sur Marseille comportent à ce jour

3 axes communs :

1. accès aux soins
2. santé mentale
3. animation de la démarche

⁶¹ Sur ce territoire, il y a 2 coordinateurs.

2 axes spécifiques :

1. éducation pour la santé
2. santé et cadre de vie.

Chaque axe est assorti d'objectifs opérationnels avec une feuille de route précise pour les coordinateurs.

L'ASV de Marseille Centre (octobre 2002) est centré sur 3 arrondissements représentant 111 237 habitants au recensement 2006 dont 65 421 en ZUS soit presque 6% de la population totale.

Une démarche diagnostique a été menée par Gres Médiation Santé puis le coordonateur ASV et la mise en place d'un plan local de santé publique a été validée par le comité de pilotage dès 2004. Les axes de travail déclinés sur la période 2007 – 2009 comportaient un axe prioritaire : l'accès aux soins, avec 3 publics principaux (les personnes en situation de grande précarité, les personnes bénéficiant de la CMU-C et de l'AME ainsi que les assurés sociaux sans mutuelle, les professionnels de santé libéraux).

Dans le cadre de l'ASV centre, un groupe accès aux soins, réunissant déjà de nombreux acteurs institutionnels et associatifs travaille déjà à l'idée d'un réseau santé – précarité dont l'objectif énoncé est : « *Assurer une réelle continuité des soins et favoriser l'accès aux droits et aux soins des publics en situation de précarité : en particulier les personnes dont les freins à l'accès aux soins méritent un accompagnement bénéficiant de modes de prise en charge adaptés* » (Cahier des charges).

De l'historique de la démarche et des principales problématiques rencontrées par les professionnels d'une part et les habitants d'autres part, on retiendra les éléments suivants (extrait de la fiche Action N° AS09, (source : www.crpv-paca.org/2.../ASV/.../ficheAS09_diag_act_ste_precaire.pdf) :

- En 2003-2004, le diagnostic mis en œuvre par l'Atelier Santé Ville *Marseille Centre* a permis de croiser les données de la « littérature grise », des statistiques sur la santé et la précarité (Marseille, bilan de Santé ORS 2004, indices de précarité du Contrat de Ville, 2002), avec les problématiques perçues par des professionnels sanitaires et sociaux, acteurs de proximité, et par certaines catégories d'habitants (résidents des CHRS). En 2005, un groupe de travail sur l'Accès aux Soins a permis de préciser les constats concernant cette thématique.
- Depuis octobre 2005, l'ASV *Marseille Centre* a créé et animé un groupe partenarial associant l'ensemble des structures sanitaires et sociales, qu'elles soient publiques ou associatives, afin d'échanger sur le thème de la prise en charge médicale des publics précaires et des freins à leur accès à la prévention ou aux soins, ou à la continuité de ces soins (voir Fiche-action AS08).
- De ces échanges ressort un besoin de renforcement du maillage entre les secteurs sanitaires et sociaux. Parallèlement, lors de l'élaboration de réponses à ces problèmes de santé, un acteur est apparu comme incontournable : le « médecin de ville », ou médecin généraliste libéral. Or les médecins libéraux, bien qu'invités à participer aux groupes de travail, ne se sont que très peu associés au diagnostic des ASV (seulement deux médecins de généralistes ont participé aux travaux des ASV de façon ponctuelle). Avant d'envisager des réponses concrètes aux difficultés d'accès aux soins, il convient donc de compléter le diagnostic des ASV sur l'Accès aux soins en interrogeant ces médecins de ville sur leur perception des problèmes et sur leurs besoins, en terme d'accès aux soins et de prise en charge de la précarité dans les parcours de santé.

Ce point a été travaillé depuis et des actions concrètes ont été engagées comme souligné dans la commande de l'étude.

Les problématiques repérées par les professionnels :

- liens trop distendus entre les acteurs, lisibilité insuffisante des autres intervenants et de leur rôle dans la santé des précaires, complémentarité insuffisante entre eux.

- inquiétudes concernant des refus de soins envers les personnes titulaires de la CMU et de l'AME ainsi que les demandeurs de séjour au titre d'étranger malade, les personnes séropositives, les personnes toxicomanes.
- méconnaissance et complexité perçue par les médecins libéraux du système de remboursement des actes couverts par la CMU.
- file active qui s'allonge chez les médecins qui acceptent les personnes titulaires de la CMU ou de l'AME.
- les hôpitaux et centre de santé mutualistes sont sur-sollicités par des personnes qui souhaitent raccourcir les délais d'ouverture de leurs droits ou les délais pour les soins (notamment services des urgences les PASS des hôpitaux).
- en conséquence également, les personnes arrivent sans le système de soins avec des surinfections ou une aggravation de pathologie qui auraient pu être prévenues ou soignée en amont.
- sollicitations des médecins libéraux par les pouvoirs publics pour promouvoir l'accès au dépistage de « populations cibles » concernant certaines pathologies comme le cancer colorectal, le mélanome, la tuberculose. Par exemple, l'incidence de la tuberculose est de 3 à 4 fois supérieure à la moyenne nationale dans le centre-ville (moyenne nationale en 2003 : 10,2 pour 100.000 habitants). Bien que faisant partie de la liste des maladies à déclarations obligatoires (D.O.) la tuberculose ne fait pas systématiquement objet d'une D.O. par les médecins de ville (D.O. estimée dans 65% des cas).
- enfin, les acteurs sanitaires et sociaux qui ont participé aux travaux des ASV, sont en demande d'un positionnement de la part des médecins libéraux avant d'aller plus avant dans la démarche de programmation.

Les problématiques repérées par les habitants :

- refus de soins ou dépassements d'honoraires de la part de certains médecins libéraux entraînant les patients à sur-utiliser les urgences des hôpitaux, et à compter sur le bouche à oreille pour trouver des praticiens libéraux qui acceptent de les soigner.
- méconnaissance de leurs droits par certains patients, notamment : 1) recours en cas de refus de soins ; 2) parmi des populations particulièrement vulnérables comme les primo-arrivants, méconnaissance des droits et barrières culturelles et linguistiques. Problèmes de langue et besoins de traduction.
- inadéquation de l'offre à la problématique de personnes en errance ou en réinsertion sociale.

L'ASV tout en travaillant sur d'autres axes énonçait déjà à l'époque la question d'un réseau pluridisciplinaire pour apporter des réponses en meilleure adéquation avec les publics en situation de précarité (voir infra).

Il est important de souligner sur le 3^{ème} arrondissement, la mise en œuvre d'un projet expérimental sur 3 années (2008 – 2011) qui vise à réduire les inégalités sociales de santé des enfants et des familles démunies de deux quartiers de Marseille, Saint-Mauront et Belle-de-Mai⁶². Ce projet a été retenu par le Haut Commissariat aux solidarités actives contre la pauvreté dans le cadre de l'appel à projets Expérimentation Sociale de 2008. Il vise à travers les déterminants de la santé à modifier ces inégalités avec la mobilisation des populations et dans les trois principaux lieux de vie de l'enfant : l'école, l'environnement familial et son quartier.

Concernant l'accès aux soins, des moyens importants sont développés autour du projet Saint Mauront Belle de Mai avec un partenariat important dont le GRSP, la Ville de Marseille, le Conseil Général, la DDASS, la DRASS, l'inspection Académique, la DRDFE, CPCAM, CAF, GIP politique de la ville Marseille, AP-HM, le secteur associatif, etc....Une équipe universitaire est en outre chargée de l'évaluation.

⁶² Présentation de Mr Carbonnel à EHESP, 15 février 2009.

Il existe aussi dans le cadre de l'étude, des interfaces étroites autour de l'accès aux droits, avec des constats partagés.

La ville de Marseille a donc mis en œuvre 5 projets pilotes « territoire de santé ARS » : un axe thématique est privilégié : l'accès aux soins parmi les 8 thèmes retenus.

Le contrat local de santé vient formaliser les engagements de la commune et de l'Etat.

Le Plan Local de Santé Publique énoncé dans le CUCS met l'accent sur 5 priorités autour de la santé dans une vision de promotion de la santé⁶³ :

- 1 - Promouvoir l'éducation à la santé
- 2 - Améliorer l'état de santé des personnes en situation de précarité et réduire les inégalités en matière d'accès aux soins
- 3 - Favoriser les approches multi partenariales entre les professionnels sanitaires, sociaux, éducatifs et judiciaires sur le thème "santé mentale, souffrance psychique et précarité"
- 4 - Contribuer à améliorer la qualité du cadre de vie
- 5 - Favoriser la cohérence et la continuité des actions dans le domaine de la santé

Les diagnostics partagés et leur mise à jour ont permis d'assembler les groupes de travail thématiques et l'organisation de l'animation de la démarche pour co-construire avec les partenaires les Plans Locaux de Santé.

Le Plan Local de Santé Publique de Marseille centre 2010 – 2012 fait un bilan du plan antérieur 2007 – 2009, actualise le diagnostic réalisé initialement et propose une synthèse du nouveau PLSP.

Sur la période 2007-2009, 4 axes de travail ont été développés (accès aux soins, éducation pour la santé, santé mentale, animation du PLSP), 25 actions dont 16 reconduites sur la période 2010 -2012. L'ASV privilégie les pratiques partenariales, les soutiens d'ordre méthodologique, la veille quant aux données autour de la santé et l'accès aux soins.

L'analyse de la stratégie au regard de « l'accès aux soins » autour de la cohérence, pertinence et efficacité des actions permet de relever les points suivants et des avancées malgré des défis importants à relever : *« parvenir à agir localement sur les déterminants des inégalités sociales et territoriales de santé n'est pourtant pas aisé, car une partie importante des causes sont structurelles et nationales, renforcée au centre-ville par la forte concentration de situation de précarité : taux record en France métropolitaine concernant la CMU-C et le RSA, familles primo-arrivantes, grands marginaux et personnes ayant des pratiques à risques, personnes à la rue ou sans domicile fixe, personnes isolées, souffrant d'un handicap psychique, résidents de CHRS »* (PLSP, Marseille centre, 2010-2012 : 7).

Les avancées, supports dans le cadre de l'étude concernant :

- L'information / sensibilisation aux droits des personnes concernées, *de professionnels libéraux (des médecins généralistes du 3^{ème} arrondissement sont par ailleurs prêts à s'impliquer dans des actions de prévention), d'acteurs socio-éducatifs, de premier accueil, est réalisée avec une mise à jour annuelle pour ces derniers des évolutions réglementaires.*
- Les délais d'ouverture des droits ont été réduits en 2007, mais ils réaugmentent en 2009, sans doute pour partie du fait des évolutions réglementaires. *L'étude a confirmé ces difficultés pour les publics concernés.*
- Charte autour des droits et devoirs pour les professionnels recevant des personnes bénéficiant de la CMU-C, plateforme téléphonique pour les médecins rencontrant des difficultés autour des

⁶³ « La Promotion de la santé est un processus qui permet aux populations d'améliorer leur propre santé en leur donnant les moyens d'un plus grand contrôle sur celle-ci » (WHO, Ottawa, 1986). « La promotion de la santé est le changement planifié des conditions de vie et des modes de vie relatifs à la santé via une gamme de stratégie individuelles et environnementales » (Source : O'Neill M., Gagnon, F., Dallaire, C. 2006).

droits de leurs patients, sont en cours d'implantation plus poussée. Un support audiovisuel a été réalisé concernant les difficultés d'accès aux soins.

- Les actions dans les écoles autour de la promotion de la santé ont été développées avec des difficultés quant à leur pérennisation.
- Les bilans de santé pour les jeunes reçus par la mission locale sont facilités par une convention entre la mission locale et le CESAM13 (centre d'examen de santé). De façon plus large, la santé semble mieux inscrite dans le parcours d'insertion professionnelle grâce à la sensibilisation des professionnels.
- Les actions dans 7 CHRS ont été réalisées avec l'expertise de l'Université du Citoyen et renforcent les compétences psychosociales des personnes hébergées. *Ce champ étant essentiel dans le recours aux soins.*
- Le lien avec les Chefs de projet CUCS permet une meilleure coordination et veille autour des questions de santé (par exemple le saturnisme).
- Le CODES et l'Assurance Maladie peuvent collaborer sur des actions de prévention
- L'AP-HM s'engage à renforcer le fonctionnement des 4 PASS.

Les « après-midi de l'ASV » constituent un espace reconnu pour réguler l'information, rendre plus lisibles les fonctionnements de certains services en particulier dans le champ de la santé mentale et permettent de favoriser une culture mieux partagée entre différents acteurs institutionnels, associatifs, autour de l'accès aux soins. *Cet espace a souvent été nommé dans les entretiens et est apprécié fortement.*

Le travail de notoriété réalisé, a permis en outre :

- de ramener le taux de dépistage bucco-dentaire au niveau national
- de rendre plus facile le dépistage de la tuberculose et du saturnisme.

Le PLSP fait par ailleurs état des évolutions institutionnelles ou associatives intéressantes entre 2007 et 2009 (PLSP, 2010-2012 : 27) ; ces éléments ont été intégrés chaque fois que possible l'analyse autour des offres et modes de coopérations entre les acteurs :

	Opportunités	Contraintes
Ressources associatives	<ul style="list-style-type: none"> o Emergence d'un réseau « accueil santé précarité ». o Création de 40 Lits Halte Soins Santé (LHSS) à Fontainieu et de 5 lits à Jane Pannier. o Création fin 2007 d'un réseau "santé- nutrition", qui n'a pas été financé en 2009. o Création de collaborations entre des équipements sociaux entre ville et des acteurs spécialisés en prévention santé (CoDES 13, Imaje Santé et MFPF 13). o Plus grande ouverture de la Mission Locale, depuis 2009, à la problématique de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> o Difficultés financières de certaines associations spécialistes en santé : le CoDES des Bouches du Rhône, Imaje Santé et dans une moindre mesure le MFPF 13. o Pertes de financements PRSP en 2009 pour des promoteurs de petite taille, notamment les équipements sociaux.
Ressources institutionnelles	<ul style="list-style-type: none"> o Ouverture d'une PASS médico-sociale depuis l'été 2007 à la Conception, doublement de ses consultations de médecine générale en décembre 2009, et renforcement par une PASS pour les consultations dentaires. o Financement d'une « PASS psy » fin 2009. o Financement d'une seconde équipe mobile psychiatrie précarité, portée par MDM et l'AP-HM, en complément de l'équipe de l'hôpital Edouard Toulouse. o Développement du volet santé du CUCS. o Montée en charge des projets ANRU au centre-ville 	<ul style="list-style-type: none"> o Modifications chaque année des procédures d'appel à projet du PRSP et globalement, perte de financements PRSP en 2009 pour les petites structures et les petits projets. o Mise en sommeil du CDCAES depuis 2008, faute de correspondant de l'Education Nationale (Comité départemental de coordination des actions d'éducation pour la santé, copiloté par la DDASS et l'Inspection d'Académie).

	(ZUS Centre Nord et St Mauront en 2009). <ul style="list-style-type: none"> ○ Projet de santé communautaire « La Santé à St Mauront Belle de Mai, on s'y met tous », cofinancé par le Haut Commissariat aux Solidarités Actives. ○ Préfiguration en 2009 d'un Contrat Local de Santé. ○ Création d'un ASV Santé Mentale. 	
--	---	--

Une fiche de synthèse reprenant les axes de travail pour 2010-2012 est disponible en annexe.

Le PLSP est très ambitieux. Les efforts de l'ASV de Marseille Centre portent actuellement surtout [sur](#) l'axe « réduire les inégalités en matière d'accès aux soins », « la promotion de la santé des jeunes de 5 à 25 ans ». Une articulation avec l'ASV thématique « santé mentale » se fait par ailleurs.

Plus précisément, l'ASV de Marseille Centre fait porter les priorités autour de l'accès aux droits (couverture maladie, mutuelles, un volet spécifique d'accès aux droits des personnes migrantes vieillissantes est développé), l'accès aux dépistages et aux soins pour les enfants (bucco-dentaire, saturnisme), accès aux soins des jeunes en lien avec les missions locales, suivi du projet de la plateforme téléphonique avec les médecins généralistes pour faciliter les réponses concernant les droits.

L'animation du PLSP constitue le dernier axe de travail dans le document de référence, sachant que l'animation de l'ensemble de la démarche traverse l'ensemble des thématiques au regard de la nature même de la démarche ASV.

La coordinatrice est impliquée aussi tout spécialement dans le projet expérimental de Saint-Mauront Belle de Mai (environ 20% de son temps de travail). Là aussi l'objectif du projet est bien de contribuer à réduire les inégalités de santé, des enfants et des familles, avec une approche par déterminants (accès aux droits, dépistages et soins, parentalité, logement, etc.).

Les priorités portées sont donc à considérer dans l'étude et les suites à donner pour éviter de disperser la démarche même s'il faut considérer des ajustements.

Il nous semble particulièrement important par ailleurs de considérer :

- Les interfaces avec le projet Saint-Mauront Belle de Mai et les suites qui seront données à la fin de la période expérimentale,
- Les recommandations qui avaient été formulées pour la CAF et qui pose les questions de santé – précarité et travail social, premier accueil, etc.
- Les actions menées par l'Université du Citoyen dans les CHRS et dont l'évaluation⁶⁴ menée est tout à fait engageante; une capitalisation est actuellement en cours. Les liens par ailleurs avec le CODES et autres associations peuvent ainsi se développer autour de la prévention.

Les interfaces entre les axes de travail de l'ASV Marseille Centre sont étroites avec l'étude. Ceci dit, les territoires des personnes incluses dans l'étude dépassent celui de l'ASV de Marseille Centre, les tranches d'âge des publics peuvent être un peu différents et certaines problématiques peuvent amener à réfléchir sur le périmètre de la démarche dans le futur. Ces éléments sont à prendre en compte dans les suites à donner à l'étude d'un point de vue organisationnel.

⁶⁴ ECOVHA, Rapport d'évaluation, « Atelier Santé et Citoyenneté » dans les CHRS de la ville de Marseille centre, Université du Citoyen, ASV de Marseille-centre, juin 2007

IV. LA OU LES POPULATIONS SANS DOMICILE FIXE

IV.1. Les questions d'ordre quantitatif et les évolutions observées

La question autour du nombre de personnes sans domicile fixe est intimement liée aux capacités d'observation et à la définition donnée aux populations sans domicile fixe ; nous évoquerons cet aspect dans le paragraphe suivant.

Un bref tour d'horizon sur la question des données quantitatives nous amène à des appréciations très variables mais permettant de cerner quelque peu la situation sur Marseille.

a) Le dernier recensement de l'INSEE réalisé en 2001 dénombrait 86 500 personnes ayant dormi la nuit précédente dans un service d'hébergement ou dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune...).

b) Les données sur Marseille selon différentes sources estiment la population sans domicile entre 1 500 et 5000 (source : Coruble G., Lavit M., Zaïdan S., Les équipes spécialisées en psychiatrie des Bouches du Rhône, rapport de l'évaluation effectuée en 2008, DDASS 13)

c) Les données de Médecins du Monde (MdM) nationales et marseillaises concernant les personnes sans domicile donnent une autre approximation. Mais ces *données reflètent uniquement les publics captés dans les consultations des centres de soins de l'association: elles constituent uniquement des éléments d'orientation.*

La définition adoptée par MdM est celle de personnes vivant dans la rue ou hébergées quelques jours dans les centres d'hébergement d'urgence. Selon cette définition, les tendances suivantes se dégagent :

- Une augmentation significative des personnes sans domicile au niveau national entre 2008 et 2009 et 2009/2010
- La part des personnes sdf dans la file active des centres de soins de MdM augmente au niveau national : en 2008 cette part était de 11,9%. En 2009, la part des personnes Sdf était de 13,6% pour un effectif de 2654 personnes (MDM, rapport 2010 : 129)
- Sur Marseille, la part des personnes sdf dans la file active du CASO est stable ou diminue (entre 2008 et 2009 on passe de 14,2 à 13,9%⁶⁵)
- Concernant les moins de 18 ans, il existe une augmentation significative aussi bien au niveau national (7% pour les données de 2009) que local avec une part atteignant 9,8% de l'ensemble des personnes sdf sur Marseille concernant les données de 2009 contre 6,4% pour l'année antérieure).
- Concernant les personnes sdf de plus de 60 ans, la part des personnes sdf diminue aussi bien au niveau national (4, 7% en 2008 et 3,8% en 2009) que local (8,4% en 2008 et 5,1 en 2009).

⁶⁵ Extrait de données, MdM, coordination mission France, 2010.

Les données sociales de la PASS La Conception donnent des éléments concordants. Les rapports d'activité sur 2007 et 2008, 2009 des PASS AP-HM permettent d'identifier quelques données sociales au regard des personnes sans domicile fixes⁶⁶

	File active	Sans revenu (%)	Droits ouverts (%)	Sdf (%)	Héberg. Précaire (%)
2006	3241	nd	Nd	nd	nd
2007	2076	49.13	71.00	29.50	42.30
2008	2394	74.60	91.60	26.44	54.40
2009	2518	70.8%	77.8	41.06	40.50

** sont considérées en hébergement précaire les personnes hébergées chez un tiers, en hôtel, dans un meublé, caravane...

→ La part des personnes sdf (SRS, foyers d'hébergement d'urgence, CHRS) est aussi en augmentation

→ Les tranches d'âge (rapports d'activité global des PASS; présentation faite au copil du 15 décembre 2010) qui sont en augmentation sont celles des jeunes entre 16 et 24 ans si on considère les données médicosociales (le tableau ci-dessus ne reprend que les données médicales). Ce point est également cohérent avec les constats disponibles et les données de MdM. Par ailleurs, les PAEJ notent également une forte augmentation des jeunes dans leurs files actives, en désinsertion ou en errance (comité de suivi du 1 février 2011).

Les données brutes et la part des personnes de plus de 60 ans montrent une augmentation entre 2008 et 2009 (13%, selon le rapport d'activité PASS, 2009).

e) Quant aux entretiens menés lors de la phase exploratoire, ils rendent compte de la difficulté à avoir une vision globale sur le territoire.

En effet, 3 interlocuteurs de Marseille sur 8 expriment le sentiment que la population SDF augmente depuis plusieurs années ; une définition consensuelle des personnes sans domicile fixe ne ressort pas.

Ceci concernerait les jeunes, les personnes âgées, les femmes. Les travailleurs pauvres sont cités par les interlocuteurs rencontrés du Samu Social et la problématique des travailleurs précaires de l'Etang de Berre par Médecins du Monde.

Une structure mentionne ne jamais refuser de personnes par manque de places, alors que pour une autre, c'est l'inverse, mentionnant une dégradation importante en centre ville. Cette remarque met en scène néanmoins deux problématiques distinctes : adéquation « capacité d'accueil et demande » d'une part, problématique des personnes ne souhaitant aucun hébergement d'autre part qui peut interférer sur l'adéquation capacité d'hébergement – besoin/demande

Les variations notées dans les profils :

Une structure mentionne l'apparition de nouvelles populations comme des groupes de populations italiennes ou espagnoles, que les acteurs rapportent à la crise économique des pays respectifs ; ces flux sont sporadiques.

Pour d'autres acteurs, la population hébergée reste stable en proportion français/étrangers (par exemple 70% de français et 30% de personnes étrangères).

Une structure mentionne le rajeunissement de la population hébergée de façon globale alors qu'une autre structure fait le même constat mais surtout l'été.

⁶⁶ Les données médicales donnent d'autres éléments de repères, elles portent sur une file active plus restreinte.

L'accroissement du nombre de personnes âgées est noté par 2 interlocuteurs ; pour l'un, il s'agit de plus de 65 ans, notamment des femmes seules, expulsées de leur logement, accueillies par dérogation dans l'attente d'une solution en maison de retraite. Pour l'autre interlocuteur, les personnes âgées sont plus nombreuses ; ce constat fait partie des arguments pour orienter par ailleurs la dite structure, UHU La Madrague, au regard de ce vieillissement. Notons à ce sujet que globalement la population de Marseille vieillit dans son ensemble selon les données disponibles.

A l'UHU, ce sont les tranches d'âge jeunes d'une part et âgées d'autre part qui augmentent. Un pool d'habitues est présent (environ 165), les autres populations sont plus fluctuantes. Les profils des personnes représentent une palette large, avec une proportion importante de personnes dites en très grande précarité d'après nos interlocuteurs.

Pour d'autres acteurs, comme l'équipe mobile de psychiatrie (V. Girard), le suivi est assuré pour une file active de 128 personnes, 50 suivis réguliers par semaine sont réalisés... Les besoins sont certainement supérieurs mais la file active est le reflet de la capacité opératoire actuelle de l'EMP et non de la réalité des besoins ne serait ce qu'en termes quantitatifs.

La question des enfants n'est pas mentionnée ; les populations Roms ne sont citées que par Médecins du Monde.

On notera par ailleurs dans le PLSP que « *le nombre de personnes isolées et des personnes migrantes vieillissantes demeure une problématique essentielle et croissante sur le Grand centre ville* » (PLSP, 2010-2012 : 41). Les données plus précises ne sont pas mentionnées.

On dispose au total de très peu d'éléments permettant d'objectiver l'évolution autour des questions quantitatives et des profils des personnes sans domicile fixe. Il existe une difficulté logique à avoir une vision globale et les acteurs sont plus à même de percevoir les tendances en lien avec les caractéristiques de leur structure (demandeurs d'asile et PASS, femmes et J. Pannier, personnes en difficulté avec les produits psycho-actifs et LHSS/ Sleep'in, etc.).

Les seules données plus globales sont accessibles via la base de Médecins du Monde, reflétant là aussi le recrutement du CASO de Marseille tout spécialement.

Ces constats viennent renforcer l'idée d'un recensement dont les choix méthodologiques sont à clarifier (dernier recensement INSEE en 2001).

Le 115 note une augmentation des personnes âgées en errance (élément énoncé lors de la réunion mensuelle avec l'équipe Morcellet et à laquelle D. Febvrel a pu assister)

Les files actives de l'ADJ Marceau et Consolat sont impressionnantes. Avec une nette augmentation des personnes âgées

Le Sleep In, de par son activité note à l'inverse un rajeunissement de son public

Concernant les personnes âgées, deux phénomènes se conjuguent : vieillissement des publics connus et arrivées de personnes âgées dans la rue ou les structures.

Les expulsions sont également notées comme un phénomène récent et en augmentation.

L'INSEE et l'INED ne reproduiront leur opération de recensement concernant les « sdf » qu'en 2012 ; mais l'INED contacté à ce sujet précise que les résultats ne seront publiés qu'au niveau national, à l'exception de l'Ile de France – avec précautions.⁶⁷

⁶⁷ Par ailleurs dans le cadre du recensement général de la population réalisé en février 2011, l'INSEE a mobilisé un certain nombre de structures (Samu Social, hébergement d'urgence, accueils de jour...) afin de prendre en compte la population sans domicile. Certains de ces acteurs mobilisés n'ont finalement pas été contactés (témoignage recueilli lors du dernier groupe de travail) et les chiffres publiés par la presse locale semblent sujet à caution. Les résultats officiels doivent être publiés par l'INSEE dans un an.

IV.2. Au sujet des définitions de la population sans domicile fixe

Les entretiens n'ont pas permis de cerner une définition des personnes sans domicile. MdM retient une catégorie qui englobe les personnes vivant dans les rue et celles vivant dans les hébergements d'urgence (excluant donc les séjours plus long dans les CHRS par exemple). Cette définition est intéressante pour l'étude mais sans doute trop restreinte.

Nous apporterons ici des éclairages autour des différents types de définitions pour faciliter la prise de décisions quant au public à considérer lors de la deuxième phase de l'étude.

La définition donnée autour des personnes sans domicile fixe n'est pas neutre : elle comporte des implications en terme de système de veille, de connaissance de la population, de ses besoins et donc de l'ajustement des pratiques et services proposés par les institutions ou associations⁶⁸.

Le nombre et le profil des personnes « sans abri » est extrêmement variable selon la définition adoptée et selon les sources (INED, INSEE...). Ainsi, la fondation Abbé Pierre estime en 2009 un chiffre allant de 100 000 à 3 498 800 selon des catégories variables au regard du logement (in : Girard et coll. : 1)

Les portes d'entrée utilisées sont variables dans la littérature et les critères dépendent aussi des acteurs de terrain, bien souvent en relation avec la palette de services qu'ils peuvent ou non offrir et à qui.

La population de personnes sans domicile fixe recouvre des groupes populationnels hétérogènes et dont les besoins sont à différencier: familles, mineurs, traveller's, travailleurs pauvres, personnes présentant des troubles psychiatriques, personnes étrangères, sortants de prisons, « grands clochards », etc.

Les populations sont parfois fixées sur un territoire, d'autres sont de passage (parfois d'un quartier à l'autre), d'autres ne restent pas. Les variations saisonnières sont aussi à prendre en compte d'une part en raison de la logique des ouvertures ou fermetures des structures selon les périodes de l'année ; d'autre part en fonction de travailleurs saisonniers ou encore de personnes qui vont vers le sud à partir du printemps. Un interlocuteur nous mentionnait lors des entretiens que des personnes restent plutôt fixées dans un quartier, ce qui peut faciliter leur repérage, d'autres passent d'un quartier à l'autre mais peuvent être perdues de vue : il existe sans doute un pool de personnes que tout le monde connaît sur Marseille et pour lesquelles des démarches similaires sont sans doute engagées. *L'analyse territoriale des flux de populations constitue un champ important à prendre en compte, à coupler aux parcours des personnes, aux structures ambulatoires et hospitalières couvrant les champs de la promotion de la santé, de la prévention, du médicosocial et du soin. Les limites de l'étude (temps et financement) n'ont pas permis de travailler ce champ auquel la géographie de la santé permettrait d'apporter un regard tout à fait pertinent.*

A côté des études statistiques, tout le corpus d'études ethnographiques ou sociologiques s'est surtout attaché « de façon implicite » selon Marpsat⁶⁹, aux publics visibles sur l'espace public.

La littérature mentionne que la question est non seulement méthodologique mais aussi éthique (« quel sens donner à l'observation ? ») et sur les approches méthodologiques : (quel(s) public(s) et quelle(s) structures sont concernés dans une étude ? Maryse Marpsat note ainsi que les problématiques étudiées en France, Italie et Royaume Uni montrent que la façon de nommer le phénomène et d'en appréhender la construction sociale, de donner ou non une définition légale, recouvre dans ces 3 pays, 3 problématiques différentes et influence les politiques publiques, la place de l'observation et des chercheurs, enfin la place et le rôle du secteur associatif. La définition adoptée

⁶⁸ Chambaud Laurent, la coordination de l'observatoire statistique des personnes sans abri, rapport définitif, rapport n° RM 2007-076P, octobre 2007, 126 p.

⁶⁹ Marpsat M., Les définitions des sans-domiciles en Europe : convergences et divergences, in : Courrier des statistiques N° 126, janvier – avril 2009 : 49 - 58

limite par ailleurs au logement la problématique des personnes ou à l'inverse, ouvre sur une approche multidimensionnelle des problèmes rencontrée par les personnes concernées (op.cit : 54).

Quelles catégories utiliser dans le cadre de l'étude ?

La première catégorisation est centrée sur le logement et décline des sous-catégories par type de logements. Cette catégorisation donne un nombre impressionnant de personnes (Fondation Abbé Pierre) de 3 498 800 personnes en France en 2009.

Sans-domicile-fixe ¹	100 000
Personnes privées de domicile personnel	493 500
- dont résidence principale en chambre d'hôtel ²	50 000
- dont habitat de fortune : cabane, construction provisoire... ²	41 400
- dont personnes vivant à l'année en camping ou en mobile home... ³	100 000
- dont personnes hébergées chez des tiers faute d'autres solutions qui vivent dans des conditions de logement très difficiles ⁴	150 000
- dont personnes en structures d'hébergement et d'insertion : CHRS, CADA, places en hôtel pour demandeurs d'asile, accueil d'urgence (hors CHU), résidences sociales*, ALT ⁵	152 100
Personnes vivant dans des conditions de logement très difficiles** : logements inconfortables, de mauvaise qualité et logements en surpeuplement accentué (hors double compte) ⁶	2 044 000
Personnes en situation d'occupation précaire :	861 300
- dont locataires ou sous-locataires d'un meublé ⁷	640 300
- dont personnes occupant un logement sans droit ni titre suite à une décision de justice prononçant l'expulsion ^{8***} (88 400 ménages)	≈ 221 000
NOMBRE TOTAL DE PERSONNES CONNAISSANT UNE PROBLÉMATIQUE FORTE DE MAL-LOGEMENT	3 498 800

Cette définition a l'avantage de poser le logement comme déterminant majeur et d'en déduire le nombre de personnes qui peuvent avoir potentiellement des problèmes de santé ou d'accès à la prévention et aux soins du fait de leur situation précaire de logement. Mais les difficultés surgissent pour établir des priorités quand on veut commencer à s'attaquer aux problèmes de santé et d'accès aux soins. Si l'objet de cette classification, qui montre les efforts massifs à réaliser en France est légitime, et sans aucun doute à réaffirmer, elle reste peu opérante pour l'objet de l'étude.

Une autre catégorisation (Source : European commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG : Measurement of Homelessness at European Union Level, january, 2007: 66) est présentée – et recommandée - dans le rapport Chambaud (La coordination de l'observation statistique des personnes sans abri, rapport définitif, IGAS, aout 2007 : 6).

Elle serait peut être plus opérante ; permettrait sans doute de réaliser des choix pour la présente étude au sein des 6 catégories proposées (par exemple se limiter aux deux ou trois premières en affinant les critères si besoin).

- Elle n'exclut pas de proposer une autre définition si une étude de cohorte se met en place concernant les problèmes de santé comme nous le préconiserons
- Elle introduit par contre un biais pour le recensement
- Elle n'est peut être pas satisfaisante pour aborder la problématique dans sa globalité
- Elle masque le trait commun aux personnes : l'expérience de la rue sur laquelle se base la dernière conférence de consensus et le rapport « la santé des personnes sans chez soi »

Catégories opérationnelles	Lieu de vie	Définition
Personnes dormant dehors	Espace public/ espaces à la rue	<i>Vivant dans la rue ou des espaces publics sans aucun abri pouvant être défini comme un logement</i>
Personnes en hébergement d'urgence	Refuges de nuit	<i>Personnes sans lieu habituel de résidence changeant fréquemment de type de logement</i>
Personnes occupant des hébergements pour les sans domicile	Foyers pour sans domicile Logement temporaire Logement de transition avec soutien social Abri pour femmes battues	<i>La période d'occupation de ces lieux est de moins d'un an</i>
Personnes vivant en institutions	Etablissements de santé Institutions carcérales	<i>Séjour prolongé dû à un manque de logement Pas de logement disponible avant la sortie</i>
Personnes occupant des logements non classiques suite à un manque de logements	Caravane Constructions non classiques Structures temporaires	<i>L'hébergement est utilisé suite à un manque de logement et n'est pas le lieu habituel de résidence de la personne</i>
Personnes sans domicile vivant à titre temporaire dans un logement classique avec de la famille et des amis (suite à l'absence d'un logement)	Logement classique, mais n'étant pas le lieu habituel de résidence de la personne	<i>L'hébergement est utilisé suite à un manque de logement et n'est pas le lieu habituel de résidence de la personne</i>

Une troisième catégorisation, établie par la FEANTSA⁷⁰, retient 7 domaines théoriques du sans – abrisme et de l'exclusion liée au logement

Elle met en évidence - à l'inverse de la classification précédente - la question du lien social de façon explicite (Marpsat : 56). Cette fonction du lien social, facteur protecteur dans le champ de la santé et tout spécialement de la santé mentale, nous semble pertinente dans le cadre de la présente étude. En même temps, cette grille doit être croisée avec la première pour définir ce que recouvre la notion de logement précaire et inadéquat.

⁷⁰ FEANTSA : Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri, (www.feantsa.org/code/fr/hp.asp)

Tableau – Sept domaines théoriques du sans-abrisme et de l'exclusion liée au logement

Catégorie conceptuelle	Sphère physique	Sphère juridique		Sphère sociale
Sans-abrisme	1 Sans-abri	Pas d'habitation (sans-toit)	Pas d'espace dont la jouissance est exclusive et attitrée	Pas d'espace privé et sûr où entretenir des relations sociales
	2 Sans-logement	Dispose pour vivre d'un endroit adapté au logement	Pas d'espace dont la jouissance est exclusive et attitrée	Pas d'espace privé et sûr où entretenir des relations sociales
	3 Logement précaire et inadéquat	Dispose d'un endroit pour vivre (ni pérenne ni adapté au logement)	Pas de sécurité du logement	Dispose d'un espace où entretenir des relations sociales
	4 Logement inadéquat et isolement social dans un logement occupé légalement	Habitation inadéquate (inadaptée au logement)	Contrat de location et/ou sécurité du logement	Pas d'espace privé et sûr où entretenir des relations sociales
Exclusion liée au logement	5 Logement inadéquat (mais pérenne)	Habitation inadéquate (inadaptée au logement)	Contrat de location et/ou sécurité du logement	Dispose d'un espace où entretenir des relations sociales
	6 Logement précaire (mais adéquat)	Dispose d'un endroit pour vivre	Pas de sécurité du logement	Dispose d'un espace où entretenir des relations sociales
	7 Isolement social dans un logement pérenne et adéquat	Dispose d'un endroit pour vivre	Contrat de location et/ou sécurité du logement	Pas d'espace privé et sûr où entretenir des relations sociales

Enfin, dans leur récent rapport l'équipe de Vincent Girard⁷¹ a adopté la terminologie des personnes « sans chez soi » qui permet de sortir d'une définition administrative (sans domicile) mettant en exergue qu'à partir de l'expérience des personnes sans abri auditionnées, « *c'est l'absence d'un lieu à soi, où l'intimité et la sécurité soient garanties et qui s'inscrive dans un espace urbain délimité et privé : c'est-à-dire un « chez soi ».* Il s'agit donc bien plus d'un habitat à soi que d'un simple abri contre le vent et la pluie. La question du « chez soi » renvoie à la citoyenneté (notamment au respect des droits fondamentaux et constitutionnels) et à l'accomplissement d'une vie pleine et entière, et pas seulement à la protection contre les intempéries ou à des logiques de survie », Girard et coll. : 1).

Cette définition met en avant l'expérience de la rue en lien avec la citoyenneté et la notion de survie en lien étroit avec le rapport à soi, au corps, à la santé, à la prévention et aux soins. Elle met par ailleurs en avant la notion d'empowerment qui régit les pratiques des acteurs en contact avec les personnes concernées.

La définition des sans chez soi ouvre un spectre extrêmement intéressant du point de vue du regard que l'on porte sur les personnes – logiques assistancielles ou pas- et donc, des logiques politiques, administratives, des pratiques de terrain mises en œuvre.

Dans le cadre de l'étude, la définition devrait être réaffirmée pour les valeurs qu'elle porte. Il nous semble important de se dégager des définitions qui réduisent les personnes SDF à la somme de leurs déficits supposés ou leurs excès de consommation » (ORS Midi Pyrénées, Les personnes sans logis, leur « parole » : 7).

⁷¹ Girard V., Estecahandy P., Chauvin P., La santé des personnes sans chez soi, Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen, rapport remis à Madame Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports, novembre 2009

Au regard des informations disponibles, il nous semble important de **rapporter la définition de la population des « SDF » aux objectifs poursuivis à travers les questions posées :**

- Un recensement général est destiné en principe à nourrir une politique publique ; il devrait dans ce cas prendre pour référence la population « sans chez soi »
- En ce qui concerne le public concerné par la présente étude-action, nous avons proposé de cibler les populations proposées dans le cahier des charges : **personnes vivant dans la rue à un moment donné et personnes sans abri bénéficiaires des lieux d'hébergement suivants : CHRS, CHU, conventionnés ALT, LHSS.** Cette proposition a été retenue par le comité de suivi.

IV.3. Estimation de la population concernée par l'étude

Afin de quantifier la population concernée par l'étude, comme le prévoyait le cahier des charges, nous avons donc proposé - et ce principe a été retenu par le comité de suivi - de tenter une estimation statistique en rapprochant les bases de données existantes (cf. chapitre méthodologie).

Compte-tenu des difficultés administratives et déontologiques liées à la communication de fichiers nominatifs, nous avons demandé aux acteurs de nous transmettre des listings comprenant le prénom des personnes, la première lettre du nom de famille et la date de naissance. Cinq bases de données ainsi formatées nous ont été communiquées.

- **Les bases de données fournies (chiffres année 2010)**

Structure	Effectif	Public
ADJ	4970	H / F
Saint Jean de Dieu	2028	H
LHSS Fontainieu	263	H / F
EMPP AP-HM	198	H / F
UHU La Roseraie	260	H / F 18- 26 ans
Total	7719	

- **Précisions méthodologiques**

Afin d'éliminer le plus grand nombre possible de doublons, une méthode très rigoureuse a été mise en œuvre :

1. tous les fichiers sont convertis au format Excel (certains fichiers ayant été fournis sous .pdf et .word)
2. les fichiers sont « nettoyés » : suppression de tous les accents, signes de ponctuation, espaces...
3. les 5 fichiers sont fusionnés (ce qui donne un effectif total de 7719 – cf. ci-dessus)
4. on attribue un identifiant à chaque individu, en fusionnant sous Excel nom + prénom + date de naissance, au moyen de la formule = (nom&prénom&naissance). Exemple : Pierre D né le 1/03/1925 – En appliquant la formule =(D&pierre&01/03/1925), le logiciel attribue à cette personne l'identifiant « Dpierre9192 » :

Nom	Prénom	Naissance	Identifiant
D	pierre	01/03/1925	Dpierre9192

5. le fichier est ensuite trié selon la colonne identifiant et le dédoublonnage effectué sur la base de cet identifiant. L'opération a permis d'éliminer 1202 doublons, issus pour une très grande part des fichiers ADJ et Saint-Jean de Dieu.

Fiabilité du dédoublonnage : la date de naissance est la variable sur laquelle repose principalement la méthode. Pour 184 personnes – soit 2.8% du fichier -, la date de naissance n'est pas renseignée. On a donc au moins cette marge d'erreur. S'ajoutent les erreurs possibles de saisie ; certaines peuvent être repérées facilement : c'est le cas lorsque la date d'enregistrement a été saisie comme date de naissance (exemple 01/03/2010). Ces cas sont assimilés à « date de naissance non renseignée » et donc intégrés dans les 2,8% cités ci-dessus. Dans l'autre sens, la limite est la probabilité pour que des personnes aient le même prénom, la même initiale de nom de famille et soient nées le même jour. Cette probabilité n'est pas mesurable.

Rapport entre la population ainsi estimée et la population objet de l'étude : les fichiers transmis par l'accueil de nuit St-Jean de Dieu, les LHSS Fontainier, l'EMPP AP-HM et l'UHU La Roseraie relèvent tous a priori de la population de l'étude. La question se pose pour l'ADJ. La directrice de l'association estime que 10% au plus de la population enregistrée dans le fichier transmis dispose d'un hébergement stable (en CHRS, chez un tiers ou en hôtel au mois). En appliquant cette correction, on arrive à un **effectif final estimé d'environ 6 000 personnes**, soit 6000 personnes différentes recensées au cours de l'année 2010 par les 5 structures contributrices. Des interrogations subsistent sur l'écart entre ce chiffre et la réalité, compte-tenu :

- d'une part que l'analyse ne porte que sur 5 bases de données (il manque notamment les données de l'UHU La Madrague, principale structure d'hébergement de Marseille en nombre de places)
- d'autre part que certaines personnes échappent vraisemblablement à tout recensement

Il s'agit donc bien d'une estimation, qui devra être utilement rapprochée du recensement de l'INSEE lorsque ses résultats seront connus (en sachant qu'un recensement un jour donné – méthode mise en œuvre en 2001 qui devrait être reconduite par l'INSEE en 2012 – n'est pas directement comparable à un recensement sur une année).

• Exploitation

Fichier obtenu après élimination des doublons

Effectif	Dont Hommes	Dont femmes
6517	6002	515
100%	92%	8%

Nous ne disposons que de 2 variables : le sexe et l'âge. L'exploitation statistique du fichier se limitera donc à ces deux aspects.

Répartition par sexe et âge

Compte-tenu que la variable « date de naissance » n'est pas renseignée ou pas exploitable pour 184 personnes, les résultats ci-dessous portent sur 6333 personnes, soit 97% de l'effectif total.

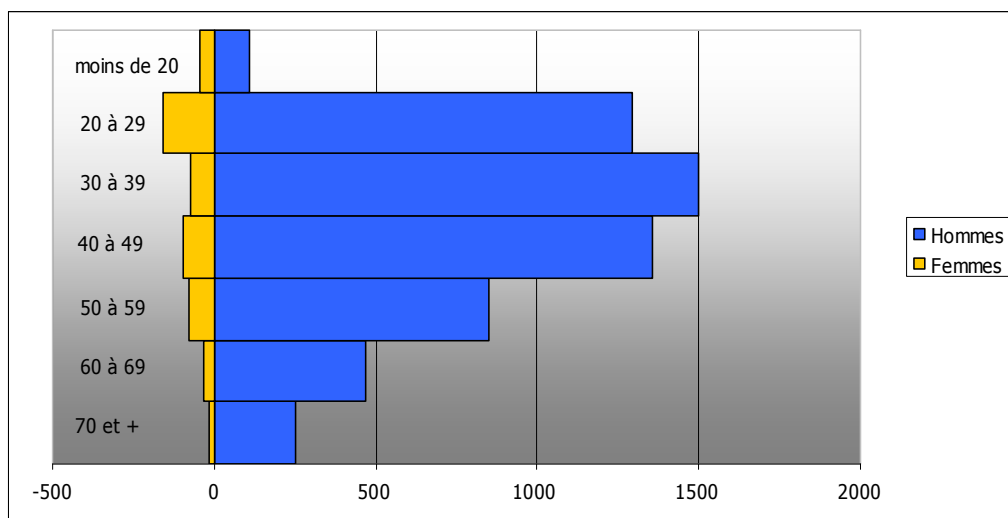
La moyenne d'âge au total est de **41 ans** ; 41,2 ans pour les hommes et 38 ans pour les femmes.

Le croisement de la répartition par sexe et par âge donne les résultats suivants, en effectifs puis en pourcentages :

Sexe/Âge	Moins de 20	De 20 à 29	De 30 à 39	De 40 à 49	De 50 à 59	De 60 à 69	70 et plus	TOTAL
F	44	157	74	96	78	31	17	497
M	110	1295	1500	1359	850	470	252	5836
TOTAL	154	1452	1574	1455	928	501	269	6333

Sexe/Âge	Moins de 20	De 20 à 29	De 30 à 39	De 40 à 49	De 50 à 59	De 60 à 69	70 et plus	TOTAL
F	8,90%	31,60%	14,90%	19,30%	15,70%	6,20%	3,40%	100%
M	1,90%	22,20%	25,70%	23,30%	14,60%	8,10%	4,30%	100%
TOTAL	2,40%	22,90%	24,90%	23,00%	14,70%	7,90%	4,20%	100%

Ce qui donne par la pyramide d'âges ci-dessous :

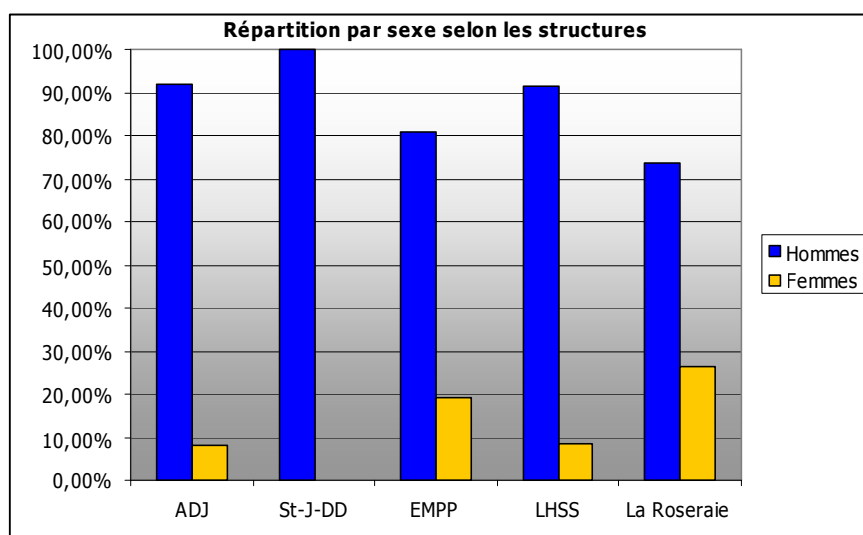


On observe une proportion nettement plus importante de jeunes parmi les femmes (40% de moins de 30 ans) que chez les hommes (24% de moins de 30 ans). La classe d'âge la plus représentée chez les femmes est celle des 20-29 ans et chez les hommes celle des 30-39 ans ; mais la population des hommes se répartit plus que celle des femmes entre les différentes classes d'âge. Enfin, la proportion de 60 ans et plus est de 9,6% chez les femmes et de 12,4% chez les hommes.

Comparaison entre structures

La proportion de femmes dans les effectifs varie de façon assez importante selon les structures : proche de la moyenne de la population observée (8%) chez l'ADJ et les LHSS, elle atteint près de 20% de la file active de l'EMPP – AP-HM et 26% de la population accueillie par l'UHU La Roseraie.

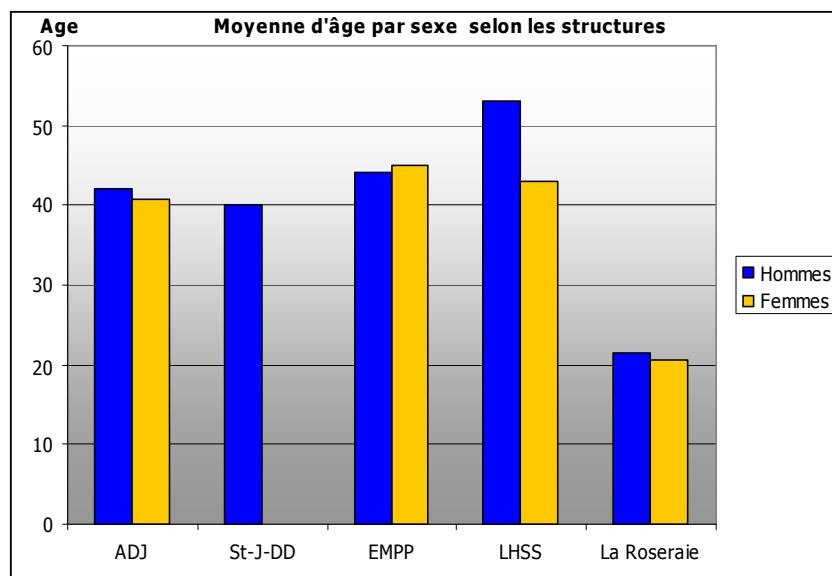
	Hommes	Femmes	Total
ADJ	92,10%	7,90%	100,00%
St-J-DD	100%	0%	100,00%
EMPP – AP-HM	80,70%	19,30%	100,00%
LHSS	91,60%	8,40%	100,00%
La Roseraie	73,50%	26,50%	100,00%

**Répartition par âge** selon les structures :

- le cas de l'UHU La Roseraie est spécifique, puisque cette structure est dédiée à l'accueil de jeunes de 18 à 26 ans.
- les moyennes d'âge de l'ADJ et de l'accueil de nuit St-Jean de Dieu sont très proches, celles de l'EMPP sont un peu plus élevées, notamment chez les femmes (45 ans).
- l'âge moyen des personnes accueillies par les LHSS de Fontainieu est en revanche nettement plus élevé, principalement du fait des hommes, âgés de 53 ans en moyenne.

Tableau des moyennes d'âge par structure

	Pop. totale	Hommes	Femmes
ADJ	42,1	42,2	40,8
St-J-DD	40	40	
EMPP – AP-HM	44	44	45
LHSS	52	53	43
La Roseraie	21	21,5	20,5



Au final il apparaît que la méthodologie mise en œuvre ici à titre expérimental permet une approche quantitative intéressante de la population concernée par l'étude. Il serait donc possible de la reproduire régulièrement, idéalement en été et en hiver, en l'élargissant aux autres bases de données pertinentes (notamment celle de l'UHU, qui a fait ici défaut).

V. LES QUESTIONS DE SANTE

V.1. Les données de mortalité et de morbidité

Cette partie a été documentée lors de la phase exploratoire au travers de données de la littérature, de l'analyse qui a pu être faite à partir des données disponibles des LHSS de Fontainieu, du Sleep In et de Médecins du Monde (base nationale et rapport d'activité de MdM Marseille).

De façon générale, les données recueillies sont hétérogènes, ciblant des publics différents selon les études. Cependant, les aperçus pour cerner la situation sont intéressants, à la fois pour les informations disponibles malgré leurs limites, à la fois pour avoir une lecture en creux⁷².

Les entretiens menés en phase exploratoire ont permis d'approcher les problèmes de santé et d'en repérer les dynamiques temporelles mais ceci reste difficile à objectiver.

Les problèmes de santé n'ont pas été creusés après la phase exploratoire en accord avec le comité de suivi, car les moyens dont nous disposions ne permettaient pas d'apporter une réelle plus value sur le sujet et au-delà de ce qui est présenté dans ce chapitre. Des études spécifiques peuvent être mises en place à partir des files actives de différentes équipes en intégrant aussi les services d'urgence. Un protocole commun devrait alors être structuré, refléter les champs d'intérêts croisés des acteurs, explorer les zones d'ombre identifiées dans ce chapitre et tenir compte des variations saisonnières.

La mortalité des personnes sans abri :

Cette mortalité ne représente que la pointe de l'iceberg des problématiques de santé des personnes sans abri.

En France, les données sont excessivement parcellaires. D'après le rapport autour de la santé des personnes sans chez soi (Girard V., et coll., 2009), le collectif des Morts de la Rue, créé en 2002 a pu recenser entre février et octobre 2005, 112 décès avec une moyenne d'âge de 49 ans.

→ Vingt et une de ces morts était due à des violences, faisant par ailleurs trop souvent l'objet d'amalgame entre maladie mentale – violences/meurtres *Ces questions sont mal cernées de façon générale même si elles font désormais partie de l'univers classique ; les violences faites aux femmes sont rendues invisibles dans les informations révisées.*

A Marseille, l'enquête réalisée par l'équipe mobile de Médecins du Monde⁷³, fait aussi le constat des difficultés d'accès à des données fiables.

Concernant la mortalité, les études tendent à montrer des taux de mortalité 4 fois plus élevés qu'en population générale avec des variations selon les sous groupes de population considérés.

Les définitions du public à considérer étant complexes, l'équipe a retenu la définition des personnes « sans chez soi », les personnes :

- -vivant dans la rue
- -vivant dans les squats
- -vivant dans des logements indignes ou insalubres
- -vivant dans les foyers
- -vivant dans les hôtels meublés des quartiers précaires
- -vivant en prison
- -ayant leur adresse à l'hôpital, dans les accueils de jour ou des associations

Le public est donc plus large que celui de l'étude

⁷² Une étude récente financée par la Fondation de France devrait permettre d'avoir une vision plus précise autour de la morbidité et de la mortalité des personnes en grande précarité et sur certains aspects pour le moins.

⁷³ Mortalité des sans abri à Marseille, premières données et premières analyses, Médecins du Monde, Equipe mobile santé mentale communautaire, janvier 2009.

Le choix des dossiers a fait retenir 44 personnes (37 hommes et 7 femmes) dans cette étude autour de la mortalité.

La moyenne d'âge de décès pour les 7 femmes s'élève à 41 ans, celle des hommes à 56 ans.

Ces données viennent en résonance avec les données habituellement connues autour de la moyenne d'âge de décès, soit 56 ans pour les femmes et 41 ans pour les hommes⁷⁴

D'un point de vue qualitatif, les informations données autour de la survenue du décès montrent que 30 des 44 décès sont survenus avant l'admission à l'hôpital ou en post urgence et marque l'aboutissement tragique d'une série d'obstacles dans le recours aux soins. Pour le reste des cas 5 décès ont été observés dans les services et 9 après la sortie, dans les jours, semaines ou mois, suivants.

Les motifs d'hospitalisation et les causes de décès recouvrent les pathologies connues par ailleurs (voir infra) soit par ordre décroissant : les pathologies digestives, pulmonaires, psychiatriques, ORL, cardiaques et pathologie infectieuses.

Une donnée concernant les suicides vient préciser le champ de ce qui est connu en matière de santé mentale : 7 suicides ont été constatés.

L'étude souligne alors les liens entre « personnes sans chez soi », personnes dites usagères de produits psychoactifs et pathologies psychiatriques sévères. Ce constat est d'ailleurs énoncé dans le rapport de Girard V. et coll. (2009) qui rappelle à ce titre les études internationales sur le sujet.

Deux interlocuteurs rencontrés lors de la phase exploratoire ont permis de repérer

- 35 décès avec couverture sociale mal connue, retard aux soins, et pour certains cancers dépistés tardivement.
- 5 décès sont mentionnés par ailleurs, surprenant les personnes concernées car « si l'on constate environ 2 décès par an, 5 ont été constatés entre décembre et mars ». Nous n'avons pas eu plus d'informations à ce sujet.

Ces informations montrent la difficulté à suivre les personnes dans leur parcours et le manque de visibilité autour de personnes qui « glissent » entre la rue, les structures de ville, les hébergements, l'hôpital et dont personne ne partage la vision globale.

Il s'agirait de voir si l'analyse de ces 40 décès pourrait être une piste de travail collectif intéressante et faisable au regard du retraçage que cela implique.

A l'inverse, tout décès devrait être mieux documenté à l'avenir.

La morbidité des personnes sans domicile

La perception de l'état de santé....

Les données depuis les années 1995 montrent une sur-représentation de la population s'estimant en mauvaise santé avec des chiffres 5 fois plus élevés qu'en population générale.

Les problématiques repérées....

L'analyse des informations autour des problèmes de santé et mises à disposition ne permet de faire que des rapprochements, il faut donc rester très prudent.

Les informations reflètent pour partie l'activité propre des structures, leurs pratiques, les limites pour établir un diagnostic dans la rue (lieux fixe ou maraudes), les capacités diagnostiques avec l'aide d'examen complémentaires, le manque de retour pour les patients adressés dans le droit commun)⁷⁵, etc.

⁷⁴ L'inversion hommes/ femmes pour Marseille peut être attribué à la composition de l'échantillon.

⁷⁵ A ce propos MdM paris a engagé une étude avec une cohorte de 100 personnes, conventionnement avec la PASS pour renforcer la connaissance sur l'état de santé des personnes.

Dans les données les plus récentes, on notera celles du Samu Social⁷⁶ de Paris et celles issues de l'observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde⁷⁷ qui donnent des éléments de convergence :

Les données du SAMU social de Paris montrent ainsi par ordre de fréquence :

Problèmes d'addictions :	16%
Pathologies dermatologiques :	16 %
Pathologies traumatiques :	8%
Pathologies cardiovasculaires :	9 %
Pathologies rhumatologiques :	7 %
Pathologies psychiatriques :	6%

Un pourcentage élevé de l'ordre de 5% a nécessité un transfert vers les urgences

Les données de Médecins du Monde (national et Marseille)⁷⁸:

Les consultations établies en 2008 et faisant l'objet d'un codage systématique concernaient 24 685 personnes, dont 12% étaient des personnes sans domicile, c'est-à-dire vivant à la rue ou dans un centre d'hébergement d'urgence.

Les données mettent en évidence que 44% des personnes relèvent de l'assurance maladie, 35% de l'AME et 21% ne relèvent d'aucun dispositif principalement en raison du critère de résidence de 3 mois en France pour accéder aux droits.

Ces données relèvent d'un mode de recueil harmonisé dans tous les centres et utilise la CISP⁷⁹ comme moyen de classification. Des extraits plus précis peuvent être obtenus, concernant le VIH, les hépatites, etc.

Répartition par appareil des résultats de consultation des patients sans logement et des autres consultants (MDM, rapport 2009 : 126)

Pathologies	Patients sans domicile	Autres patients
Psychologique	20.2	10.1
Respiratoire	18.2	16.5
Peau	17.7	10.6
Ostéoarticulaire	16.9	16.9
Système digestif	15.8	17.5
Cardiovasculaire	6.5	11.3
Neurologique	3.9	4.1
Œil	3.5	3.7
Métabolique, nutritionnel, endocrinien	3.3	7.6
Grossesse, accouchement	3	6.5
Système génital féminin	2	5.1
Oreille	1.7	2.1
Système urinaire	1.7	3.4
Sang, syst. Hémato./immu.	1.7	1.5
Système génital masculin	0.7	1.4
Général et non spécifié (ne rentre dans aucune autre catégorie)	4,1%	6

⁷⁶ Samu social de Paris, rapport d'activité 2008. Paris, Samu Social, 2009

⁷⁷ Observatoire de l'Accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde, rapport 2009

⁷⁸ Ce travail ayant été réalisé en 2010, nous disposons des données des rapports d'activité de 2009, basés sur les recueils de 2008 sauf précision.

⁷⁹ Classification Internationale des soins de santé primaires, www.ulb.ac.be/esp/cisp

Les besoins de prise en charge à court terme étaient jugés de l'ordre de 52,1% des cas.

Les problèmes d'ordre psychologique (et psychiatrique), respiratoire et de peau sont les 3 catégories selon la classification qui se distingue de loin de celle des autres consultants.

La traumatologie, les violences et les addictions sont aussi essentielles et mentionnées dans le même rapport.

On notera par ailleurs ⁸⁰:

- Un état dentaire dégradé
- Une prévalence mal connue mais accrue selon certaines études concernant le VIH et les hépatites
- Une surconsommation d'alcool, tabac, médicaments, cannabis ou autres produits stupéfiants mais variable selon l'âge, le sexe, les parcours individuels.
- Une vulnérabilité nutritionnelle liée au nombre de repas, à leurs types de repas et aux modes de consommation

Le rapport d'activité de la mission MdM de Marseille et les entretiens menés font émerger des problématiques en cohérence avec ce qui précède : Dépendances alcool-tabac, problèmes digestifs, neuropsychiatriques (pancréatite, cirrhose, diabète, dénutrition), troubles psychologiques ou psychiatriques (30%), problèmes de peau, respiratoires, traumatologiques, problèmes cardiovasculaires, dents, troubles du sommeil.

Des difficultés actuelles autour de la nutrition sont soulignées:

Avec la fermeture de structures l'été, les repas sont bouleversés et souvent remplacés par des sandwiches qui ne sont pas donnés en nombre suffisant ; ceci entraîne des difficultés pour certaines prises médicamenteuses et influence alors l'observance de certains traitements. « Les problèmes de faim sont aigus en ce moment ». L'accès à l'eau en période d'été n'est pas facile.

La restitution du 12 juillet avec les usagers a mis en exergue deux problèmes de santé ou déterminants majeurs de santé : **la faim et le manque de sommeil** ou le sommeil de mauvaise qualité. Les usagers en parlent et le posent comme une évidence, tout en disant que des fois « on n'ose pas en parler », alors que des professionnels et les institutions pourraient « passer à côté » (parce que de l'ordre de l'incroyable ???). Les professionnels signalent des situations de plus en plus fréquentes où des personnes rencontrées peuvent ne pas avoir mangé depuis plusieurs jours, ou se restreignant pour favoriser leurs enfants (extrait de restitution). Ceci interpelle le circuit de l'aide alimentaire fortement et les bases sur laquelle elle repose. Nous nous devons donc de le rajouter dans les pistes de préconisations faites jusqu'à présent.

D'autres enquêtes reprises dans le rapport de Girard V. et coll., ont mis en évidence⁸¹ la tuberculose, le diabète, la santé mentale avec :

- Un taux de déclaration de **tuberculose** 20 fois plus élevée pour les personnes sans domicile qu'en population générale en 2007.
- Une prévalence du **diabète** plus élevée dans 9 centres d'hébergements parisiens avec au moins un quart des personnes présentant des complications à degré divers

Ces deux dernières pathologies posent non seulement la problématique de l'accès aux soins mais également celle de la prévention et des dépistages précoces.

- Une enquête de 2003 montrait auprès de 593 SDF, une **épilepsie** dans 8,3% des cas (Girard et coll., 2010 : 18).

⁸⁰ Sortir de la rue, les sans abri, conférence de consensus, Paris 29 et 30 novembre 2007, Fiche bibliographie N°2 : « la santé des personnes sans domicile ».

⁸¹ Rapport Girard et coll., 2009 : 18

La santé mentale : une entité difficile à cerner

Les questions liées à la santé mentale commencent à être mieux connues. Pourtant, peu d'études sont fiables.

Le rapport Girard relève une méta-analyse montrant des prévalences extrêmement variables concernant

- la dépendance à l'alcool : entre 8 et 54% des personnes
- la dépendance aux drogues : entre 4,5 et 54 % des personnes
- la prévalence de la dépression (11,2%) et des troubles psychotiques (12,7%) dont les constances se retrouvent le mieux dans les études.

Sur Marseille, si on estime que la prévalence de la schizophrénie se situe entre 6 et 13% (versus 1% dans la population générale), le nombre de personnes concernées seraient compris entre 120 et 650 personnes (Coruble, Lavit 2008 : 5).

Les données de l'équipe mobile du CH E. Toulouse (EMLPP) mettaient de l'avant dans son rapport 2008 (diaporama, support de présentation de la PASS Psy E. Toulouse, octobre 2010) à partir d'une file active de 423 personnes (dont 66% était des hommes, 76% était sdf, et 62% étaient isolé)

Les différents troubles observés :

Troubles psychotiques	31.4%
Troubles de l'humeur	17.9%
Troubles névrotiques	11.8%
Troubles de la personnalité	19.2%
Dépendance aux produits psycho-actifs	25.7%
Troubles psychiques d'origine somatique	4.9%

La vie dans la rue c'est aussi le manque de sommeil, l'exposition aux intempéries, aux violences, le manque d'intimité, une vie affective et une sexualité dénuées de toute intimité.....

Enfin, les données autour des hépatites et du VIH disponibles sont difficiles à exploiter au regard des effectifs très faibles disponibles (LHSS, Sleep In, PASS).

Les données issues de l'enquête du GRSP en 2007 sur PACA auprès des associations du champ des schémas départementaux de l'accueil – hébergement- insertion (Duverger M., 2007) montrent sur un échantillon de 67 structures identifiées dans les Bouches-du-Rhône les problèmes de santé rencontrés suivants par ordre d'importance (les répondants étaient des directeurs ou chefs de services) : psychologique, addictions, problèmes dentaires, hygiène.

Le tableau suivant donne plus de détail, le système de classification se différencie des autres bases ou données retracées.

Pathologies	N	%
Non réponse	1	2%
Souffrance psychologique	36	84%
Troubles psychiques	34	79%
Addictions: alcool, toxicomanie	34	79%
Problèmes dentaires	32	74%
Hygiène	26	60%
Maladies graves (cancer, KV, VHC, etc.)	20	47%
Maladies bénignes	20	47%
Suites de violences	18	42%

Pathologies chroniques (diabète, asthme, etc.)	18	42%
Alimentation	17	40%
Maltraitements physiques et mentales	17	40%
Problèmes gynécologiques	13	30%
Autre	2	5%

Dans ce recueil, les informations concernant les maltraitements est important.

Les acteurs pendant les entretiens ont souvent fait mention de violences subies/ agies et ce thème mériterait une attention particulière.

Les rapprochements des bases et données disponibles lors des entretiens de la phase exploratoire, donnent les résultats suivants :

Rang	Sleep'in	N	%
1	PSYCHOLOGIQUE	191	35,4%
2	TOTAL OSTEOARTICULAIRE	96	17,8%
3	SANG/ SYSTEME HEMATO/IMMUNO (motif de ou dg de entrée)	69	12,8%
4	GENERAL NON SPECIFIE	60	11,1%
5	SYSTEME DIGESTIF	32	5,9%
	LHSS		
1	TOTAL OSTEOARTICULAIRE	36	25,4%
2	RESPIRATOIRE	19	13,4%
3	CARDIOVASCULAIRE	15	10,6%
4	MÉTABOLISME, NUTRITION, ENDOCRINIEN	12	8,5%
5	NEUROLOGIQUE	12	8,5%
	MDM		
1	PSYCHOLOGIQUE	371	17,0%
2	RESPIRATOIRE	334	15,3%
3	PEAU hors plaies	325	14,9%
4	TOTAL OSTEOARTICULAIRE	311	14,2%
5	SYSTEME DIGESTIF	290	13,3%

Les informations recueillies dans la phase exploratoire lors des entretiens confirment et précisent les données antérieures.

L'entretien avec MdM conforte les informations du rapport d'activité 2009 : la population SDF représente 14% des personnes reçues soit 416 personnes différentes (pour 10 442 consultations médicales et entretiens sociaux réalisés en 2009 au CASO avec des pics en octobre, novembre, décembre et mars – file active de 2975 patients pour le CASO ; l'équipe mobile a vu par ailleurs 390 personnes différentes lors de ses sorties dans la rue – ces personnes peuvent être aussi vues au CASO).

Les personnes sans domicile fixe sont en majorité des hommes pour 80%, avec un âge situé entre 20 et 70 ans, la majorité se situant dans la tranche d'âge 46 à 55 ans.

Les problématiques de santé recouvrent les données nationales (Rapport MdM Marseille, 2009 : 29) :

- Dépendance alcool-tabagique
- Troubles digestifs
- Troubles neuropsychiatriques et métaboliques (pancréatite, cirrhose, diabète, dénutrition, troubles cognitifs et mnésiques)
- Troubles psychiatrique (environ 30%)
- Pathologies infectieuses et respiratoires

- Affections traumatiques
- Affections cardiovasculaires
- Problèmes dentaires
- Troubles du sommeil liés aux conditions de vie

Les autres entretiens mettent tous l'accent sur :

- les polyopathologies, qui devraient constituer le cadre structurant de l'analyse des problèmes de santé plus qu'une analyse isolée par pathologie : « quels sont les cadres pathologiques les plus souvent rencontrés ? »
- les problématiques psychologiques ou psychiatriques
- la tuberculose (Dr Gallo –médecin de l'UHU La Madrague à l'époque- qui voit la situation se dégrader sur Marseille Centre)
- les pathologies chroniques telles que HTA et diabète et leurs déterminants.
- des variations saisonnières sont évoquées : pics de gale et de poux, problèmes de déshydratation et alimentation insuffisante l'été avec des problèmes aigus (MdM) interférant également avec les prises médicamenteuses. *Ces variations demandent à être prises en compte dans une étude plus approfondie autour des problèmes de santé, elles impactent aussi l'organisation des différentes structures dans les offres et leurs modalités au cours de l'année.*

Enfin, les interlocuteurs s'accordent sur une complexification des problèmes de santé.

AU TOTAL

Si l'on veut cerner en première intention les différentes problématiques de santé, on peut relever les points suivants :

C'est la notion de **polyopathologies qui prévaut** avec des maillages étroits dans les déterminants qui les génèrent: des cadres cliniques complexes.

Les données sur la mortalité (causes) sont mal connues, le phénomène des violences (subies – agies)- sur des terrains particulièrement fragilisés est à explorer de même que le lien avec le cumul des retards aux soins.

Ce que l'on approche dans cette étude se regroupe autour :

- De **problèmes d'ordre psychologique et psychiatriques** avec sans doute des prévalences encore sous-estimées aujourd'hui et recouvrant des réalités différentes. « La prévalence de la dépression (11,2%) et des troubles psychotiques (12,7%) dont les constances se retrouvent le mieux dans les études » (rapport Girard V. et coll., 2009); ces problèmes peuvent être sous estimés en fonction de la pratique des associations (par exemple MdM dans les centres de soins voit en moyenne les personnes 1,8 fois : dans ces conditions il est difficile de creuser cette question). *Les suicides sont une zones à explorer au regard de l'étude de mortalité sur Marseille.*
- Les acteurs de la psychiatrie mentionnent que 400 personnes sans domicile sont ainsi repérés par le secteur psychiatrique, et 250 auraient accès aux soins.
- Les **pathologies respiratoires** sont souvent au deuxième rang
- Les **dermatoses** souvent surinfectées et qui sont parfois classées pour le coup dans les catégories « peau ; plaies », reflètent les contraintes de vie dans la rue ; elles se retrouvent sans doute sous différentes dénominations dont « hygiène » évoqué dans certains rapports.
- Les **pathologies ostéoarticulaires** montrent une lourde part de traumatismes ; *un interlocuteur nous disait sa consternation devant le nombre de traumatismes mal consolidés chez une population qui doit se déplacer beaucoup.*
- Les **maladies de l'appareil digestif** sont de l'ordre de 13% dans les données nationales de MdM.
- On sait par ailleurs que **l'état dentaire** est particulièrement mauvais chez les personnes en situation de précarité de façon générale : l'indice CAO⁸² des personnes reçues à MdM était ainsi à l'âge

⁸² CAO : indice de dents cariées, absentes, obturées

de 35 ans, 4 fois plus mauvais par rapport à la population générale française (Observatoire MdM, 2008) ; peu de données sont retracées ailleurs; les données spécifiques aux personnes sans domicile pourraient être recherchées sur ces mêmes bases au niveau national et marseillais.

- Les **maladies métaboliques** pour lesquelles le diabète occupe une large place varient de 1,8% à 61% selon les sources, le dernier chiffre étant celui de la file active la plus importante (1838 personnes, MdM national) ; la prévalence est 9 fois plus élevée qu'en population générale selon une étude réalisée dans des centres d'hébergements parisiens (rapport Girard V. et coll., 2009)
- Les **maltraitements** (physiques et mentales) sont évoquées dans le rapport de Duverger (2007) avec 40% de prévalence dans l'échantillon (soit 67 structures interrogées dans les Bouches-du-Rhône) ; elles apparaissent peu dans les autres sources d'un point de vue chiffré tout en étant évoquées très largement et devraient faire l'objet d'une attention particulière.
- Les **pathologies cardiovasculaires** vont de 5% à 10%
- Les **troubles neurologiques** sont retrouvés pour 4% dans les bases de MdM national. D'autres études mentionnent une prévalence de l'épilepsie de 8%.

Enfin, des zones mal cernées et parfois contradictoires appellent un meilleur repérage que permettrait une étude de cohorte :

- **La tuberculose** est peu mentionnée, mais des données alertent sur une prévalence 20 fois plus élevée qu'en population générale.
- **Les problèmes gynécologiques** sont masqués par les échantillons souvent surreprésentant les hommes ; les données de Duverger (2007) mentionnent 30% de répondants ayant mentionné ces questions.
- Les prévalences autour des **addictions** varient de façon extrême en engageant d'ailleurs à questionner les représentations que l'on se fait sur ces questions :

La méta-analyse du rapport des personnes sans chez soi (Girard V. et coll., 2009) mentionne en effet des variations très importantes :

- la dépendance à l'alcool : entre 8 et 54% des personnes
- la dépendance aux drogues : entre 4,5 et 54 % des personnes

Les données des LHSS montrent que plus de 30% de la file active ne présente pas de problèmes d'addiction (mais petit échantillon et peut être biais de recrutement) sur 142 personnes, 53,6% présentent une addiction à l'alcool, les femmes : 22,20% et les hommes 56,30% ; les femmes représentant 8,3% de la file active des LHSS de Fontainieu).

Outre les insuffisances générales de la connaissance des problématiques de santé et au-delà de la bonne volonté des personnes pour mieux cerner ces questions, des zones d'ombre sont récurrentes et devraient faire l'objet d'études d'autant que nombre de problématiques relèvent de la prévention tout en actant l'accompagnement nécessaire pour aborder des questions lourdes potentiellement dans le cadre de dépistages avec des personnes vivant des processus de précarisation. On notera en particulier: *le VIH, les hépatites, la tuberculose, l'état nutritionnel et les carences, les questions d'ordre gynécologiques, les cancers, les violences subies, les questions d'ordre psychiatrique, les polyaddictions. Enfin, l'état des vaccinations est mal connu.*

Tout en renforçant l'accès aux soins des personnes concernées par l'étude, on peut aussi penser que des espaces de prévention, déjà développés dans certains CHRS avec les interventions de l'Université du Citoyen par exemple pourraient être développés, avec une méthodologie adaptée, autour d'actions concertées, « entourées ». Prévention et soins ne sont pas antinomiques à condition de créer les bonnes conditions.

Regard sur les bases de données

Les bases de données sont jugées utiles pour tous les acteurs rencontrés. Ils seraient favorables à des bases qui puissent permettre de produire des informations comparables tout en préservant les recueils importants pour leur pratique - ce critère nous semble essentiel. Cet espace serait à travailler.

- La PASS n'a pas de système informatisé ; elle travaille avec la PASS de Nice pour développer son système d'information.

- L'UHU n'avait pas encore informatisé ses données médicales au moment de la phase exploratoire et le centre de santé a fermé depuis.
- Les LHSS et le Sleep In se sont inspirés du logiciel de MdM et de son mode de recueil mais l'ont simplifié et traitent les données en fonction de leurs pratiques, impliquant des précautions dans les rapprochements.
- Le traitement effectué nous a obligés pour rapprocher les 3 sources (LHSS, Sleep In et MdM) et à recoder les diagnostics disponibles pour cela.
- Les données reflètent l'attraction des services et ne sont pas généralisables.
- Certaines bases ou données sur la file active considère le diagnostic principal (à l'entrée). Pour d'autres, plusieurs diagnostics sont possibles.
- Les effectifs sont trop faibles pour effectuer certains tris sur les bases des LHSS et du Sleep In tout en donnant des informations intéressantes à la fois pour les soignants, et pour mettre en évidence des tendances.
- Enfin, les données reflètent aussi la possibilité ou non pour les structures de réaliser des examens complémentaires : *un interlocuteur lors des entretiens nous disait que la structure peut s'occuper des problèmes ayant trait au motif de l'entrée, mais dès qu'il s'agit de réaliser des examens complémentaires, cela s'avère compliqué voire impossible de les réaliser alors que les personnes sont présentes dans la structure, lorsqu'elles n'ont pas de couverture maladie.*

La mise à disposition des informations dans le cadre de l'étude a permis aussi de montrer que les rapprochements des bases étaient cohérents, de souligner le désir de certains professionnels pour renforcer leurs connaissances et les mettre en commun.

En premier intention et de façon très pragmatique, le recueil de données dans les LHSS pourrait constituer une base de recueil de données très intéressante au fil du temps. Couplé à d'autres structures puisque les LHSS reçoivent une partie du public considéré.

La nécessité d'aller vers un système d'observation mieux partagé est ressortie avec un système respectueux des normes de la CNIL, répondant aux pôles d'intérêts des différents secteurs impliqués et s'appuyant sur les initiatives développées. La possibilité de concevoir un recueil de données qui soit mieux harmonisé est possible techniquement en organisant un tronc commun de données et en maintenant la spécificité des structures. Les données pourraient alors être utilisées de façon dynamique, entre les acteurs pour partager cette connaissance. Plusieurs systèmes d'informations existant ou en cours, devraient tenir compte des interfaces à créer ou à renforcer entre le secteur sanitaire /médico-social/hébergement (futur SIAO par exemple) **et dans le respect de la confidentialité des données personnelles et médicales en particulier.**

En outre, la perception des personnes autour de leurs problèmes de santé seraient un complément indispensable aux données statistiques.

Au-delà des études sur le sujet concernant les personnes sans domicile, le rapport Girard V., et coll. rappelle combien il est important d'éviter la stigmatisation des populations concernées, de les rendre visibles uniquement comme la résultante d'un cumul de problèmes psychologiques ou psychiatriques même s'il est important de mieux connaître ce champ pour trouver de meilleures réponses, mais en considérant d'abord et avant tout que ces personnes sont des sujets de droit, ont des ressources et des compétences propres importantes à mobiliser dans les modalités d'accompagnement.

V.2. Le point de vue des personnes concernées

Contrairement aux idées plutôt répandues, la santé et les soins ne sont pas relégués au dernier plan des préoccupations et besoins des personnes sans abri. On se doit de rester vigilant par rapport à la formulation fréquente « la santé n'est pas une priorité ». Elle engendre des raccourcis et fait peser le poids de la non demande ou du non recours aux soins sur la seule responsabilité des personnes concernées.

Il s'agit plutôt de mettre en regard les conséquences des processus de précarisation avec les coûts – tout confondu –, l'énergie à mettre, pour comprendre que la recherche de soins ou la mise en place de stratégies pour se maintenir en santé se heurte à des obstacles majeurs, souvent insurmontables pour avoir accès aux droits, à la prévention et aux soins.

Le rapport autour de la santé des personnes sans chez soi (Girard V., et coll. 2009) fait allusion aux études ayant mis en évidence la préoccupation autour de la santé, confirmée par ailleurs par une étude récente⁸³ « Les associations à l'écoute des personnes à la rue », menée en mars 2009 par 6 associations, dans 30 départements. Cette étude analyse les besoins exprimés par les personnes d'une part (vivant en squat, CHRS, hôtels, foyers, tiers) et les objectifs des équipes mobiles d'autre part :

- Les attentes des personnes sans abri concernant le soin apparaissent dans 48% des cas alors que « soigner » est un objectif dans 31% des cas des équipes mobiles.
- A l'inverse, l'hébergement revient pour 45% des cas chez les personnes sans domicile alors que pour les équipes mobiles, c'est un objectif dans 88% des cas.

Ces éléments sont intéressants car au-delà des chiffres qui montrent que le soin n'est pas si éloigné que cela, c'est la discordance entre la perception des uns et des autres qui est mise de l'avant. Elle engage les postures du travail dans la rue. Elle pose la nécessité de négocier des objectifs en tenant compte d'attentes ou de craintes, au sein de parcours complexes que les équipes mobiles, les maraudes connaissent souvent bien.

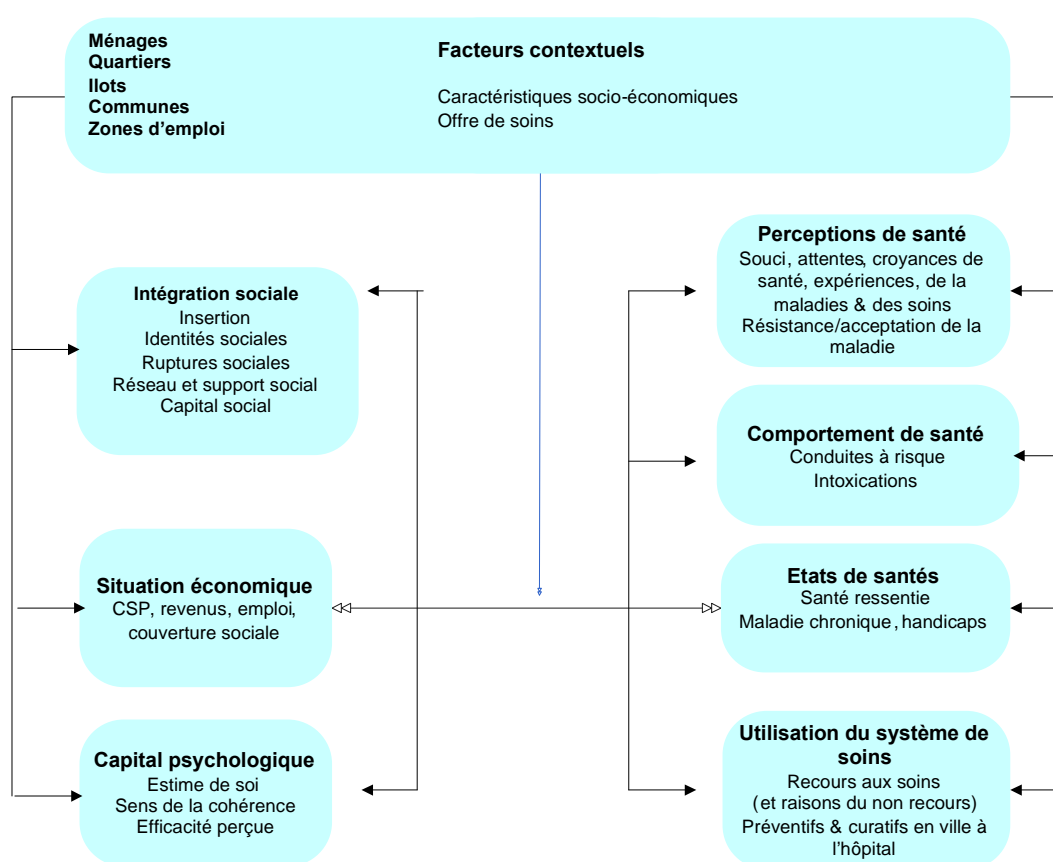
Enfin, le lien santé – logement est explicite, lien encore difficile à appréhender pour les institutions et les logiques de financement.

⁸³ Enquête menée dans le cadre du chantier national prioritaire 2008 – 2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées : Enquête auprès des personnes à la rue rencontrées par les équipes mobiles, Utilisations du dispositif de veille & attentes des personnes rencontrées, septembre 2009

VI. RECOURS AUX SOINS ET VULNERABILITES, PREVENTION

VI.1. Un cadre théorique de réflexion

La littérature et en particulier les ouvrages de Chauvin et coll.⁸⁴ proposent un modèle de déterminants de la santé et de recours aux soins permettant de voir l'intrication des facteurs, sur lesquels il est nécessaire d'agir de façon synergique pour résoudre des situations complexes nécessitant pour la plupart un accompagnement des personnes plus ou moins lourd. Ces facteurs peuvent être lus sous un jour « favorable » ou « défavorable » mais c'est **leur maillage qui rendra effectif ou non l'accès aux soins en incluant leur continuité, à la prévention. Ces deux champs mobilisent avant tout l'accès aux droits et leur usage effectif.**



Source : Modèle social « SIRS » des déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins. In : Chauvin P., Parizot I., Santé et recours aux soins des populations vulnérables, DIV – Inserm, 2005 : 7

Le schéma ci-dessus met en évidence d'une part ce qui relève de la personne, d'autre part ce qui relève des éléments contextuels et qui viennent influencer les comportements (habitudes de vie mais aussi utilisation ou non des services de façon plus spécifique) : les interrelations entre les deux sphères, individuelle et environnementale sont indissociables.

⁸⁴ On citera en particulier : Santé et recours aux soins des populations vulnérables, Chauvin P., Parizot I., (dir), Questions en Santé Publique, DIV – Inserm, Paris 2005.

Ce point nous semble important à souligner, dans la mesure où l'on peut avoir tendance à renvoyer la responsabilité de la démarche de l'accès aux soins sur les personnes (« la santé n'est pas prioritaire »). Cette attitude fait résonance avec les difficultés auxquelles les professionnels sont confrontés dans leur environnement de travail qui montrent de nombreuses limites : *le système lui-même génère des mises à distance entre les personnes et le système de santé dans sa double dimension préventive et curative.*

Le modèle présente aussi l'intérêt de souligner l'importance de prendre en compte les compétences psychosociales des personnes et leurs parcours singuliers si l'on souhaite les accompagner dans une démarche de soins, ou « du prendre soin de soi », dans une logique d'empowerment reposant à la fois sur les compétences individuelles mais aussi collectives des personnes concernées. Nous détaillerons cet aspect plus loin et nous verrons que si de nombreux acteurs parlent « d'autonomie », les pratiques divergent; il s'agira sans doute d'un axe de compétence collective à développer chez les professionnels et les bénévoles.

L'équipe de l'Inserm souligne alors l'importance de travailler autour des ressorts des personnes et des groupes, à partir des ressources des dispositifs : **« pour que les énergies ne se dispersent et ne s'épuisent pas, qu'elles conservent un « terreau » où condenser et circuler, les dispositifs de proximité devraient être renforcés »** (Chauvin P., Parizot I., 2005 : 70). Il s'avère essentiel de réduire **les fractures sur un territoire donné des dispositifs ou structures médico-sociales pour gagner en cohérence et (re) donner du sens à cette démarche de soins/ de prévention et ce, dans des logiques dynamiques.**

Dans le rapport Girard V., et coll. (2009), cette question est également traitée autour des interactions entre les dispositifs sanitaires, sociaux, le système de santé et reprend l'expérience de Toulouse autour de 8 CHRS et du dispositif « grand précaires » du réseau précarité du CHU. Pascale Estecahandy, la coordinatrice du réseau était venue dans le cadre de l'ASV de Marseille présenter l'organisation retenue sur Toulouse.

Enfin, la nécessaire mise en compétence des professionnels au contact des populations sans domicile pour entrer dans une relation qui permette la confiance indispensable dans la relation de soin, pour des populations les ayant parfois mis à distance traverse l'ensemble du travail réalisé. Il renvoie aux insuffisances du système de santé, cloisonné, ou dysfonctionnant ou encore, nécessitant des innovations pour répondre aux nouvelles figures de la précarité.

Ceci appelle par ailleurs à s'appuyer sur les innovations en cours sur Marseille et sur lesquelles nous reviendrons.

Cette mise en compétence doit alors être utilisée pour promouvoir les interfaces entre les différents types de professionnels afin de promouvoir les « habitudes de travailler ensemble » comme le soulignera un des interlocuteurs.

La mise en compétences des professionnels ou bénévoles, doit cependant prendre en compte la fragilisation grandissante du secteur médico-social (Cayla, 2002 ; Mantovani, 2009), avec des acteurs souvent fragilisés par les « parcours du combattant » incessant avec le droit commun, les restrictions budgétaires et la précarité des postes.

L'accès aux soins mobilise divers champs ou déterminants d'ordre politique, administratif et juridique, organisationnel du système de santé. Les acteurs des champs sanitaire, social, éducatif, etc. sont mis à contribution de près ou de loin dans le recours aux soins des personnes vulnérables. Les problématiques évoquées dans l'étude s'inscrivent donc dans un large panel de situations complexes à résoudre pour les personnes sans domicile tout spécialement.

Autour du recours, non recours, non demande....

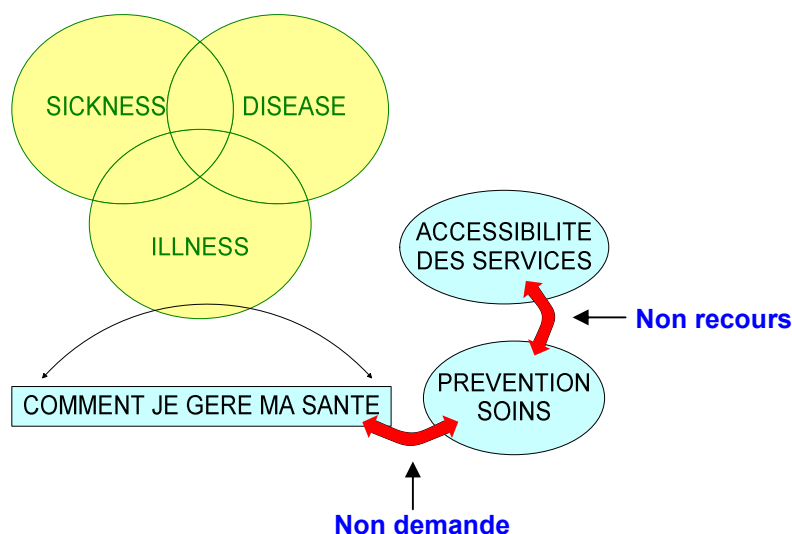
Les modèles anglo-saxons apportent une analyse intéressante autour du recours, non recours, non demande tout spécialement pour les publics inclus dans l'étude.

La définition de la santé qui est de notre point de vue la plus opérante pour aborder ce champ est celle du cadre théorique de la promotion de la santé où la santé est « *la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part,*

évoluer avec son milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but de la vie (idée de capital/adaptation). Il s'agit d'un concept positif mettant en avant les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques » (Source, OMS, Conférence d'Ottawa, 1986, www.euro.who.int).

Cette définition permet de remettre au centre des logiques, la nécessaire prise en compte du potentiel des personnes : si les personnes vivent des processus de précarisation, des ruptures multiples, elles développent également des compétences tout au long de leur parcours (le « coping » ou comment on se débrouille face à une situation donnée).

Le système de représentation des anglo-saxons est basé sur les interrelations entre 3 sphères qui vont influencer l'expérience de la personne au regard de processus morbides⁸⁵.



La notion de « **disease** » recouvre la maladie - réalité biologique, le diagnostic énoncé par la biomédecine. Celle rapportée à « **Illness** » est en rapport avec la maladie signifiée, les perceptions, les expériences vécues par le patient indépendamment de la réalité biomédicale. « **Sickness** » fait référence à la maladie socialisée, la dimension socioculturelle de la maladie.

Ces définitions renvoient au processus par lequel la personne, le patient donne des significations socialement acceptées à son état pathologique, qui s'intègrent à un ensemble de savoirs et de représentations. *Le terme sickness désigne non pas un état, mais le cheminement du patient depuis l'interprétation des premiers symptômes à la mise en route d'un traitement et à la reconnaissance par son entourage de son statut d'individu malade.*

Ces trois dimensions de la maladie impriment la façon d'appréhender sa santé en fonction des expériences vécues, intégrées (habitus) et qui motivent l'action dans une cohérence propre.

Ce système permet de comprendre aussi les démarches engagées ou non pour trouver un mode de résolution aux problèmes identifiés. La santé- et les comportements qui y sont liés – ne relève donc pas uniquement de la rationalité biomédicale. Les objectifs de santé vont varier dans le temps et selon un contexte social, culturel, des trajectoires de vie.

Le contexte culturel se réfère également, au-delà de l'interprétation classique tendant à opposer « ici et ailleurs » aux cultures profanes et professionnelles mises en scène, aux cultures professionnelles différentes de différents champs: prévention, soin, social, justice, éducation, etc. La culture hospitalière et ses zones de rupture doivent également être prises en compte dans le champ délimité par l'étude.

Ce modèle doit cependant être rapporté à une dimension collective sous peine de retomber dans les approches qui font de la personne la seule responsable, voire « coupable », de ce qui lui arrive.

⁸⁵ Joubert M., Mannoni C., extrait de formation auprès des assistantes sociales de l'assurance maladie, 2009.

Il est alors nécessaire de prendre en compte les effets de la précarisation sur les compétences psychosociales tout spécialement et d'intégrer ces conséquences dans la prise de décision potentielle⁸⁶.

On pourra énoncer :

- Perte estime de soi (image -), perte de la confiance en soi,
- Usure, « fatigue de soi », manque d'énergie
- Démoralisation, dépression, manque de désir
- Sentiment d'inutilité, de « disqualification », d'impuissance
- Isolement, ruptures
- Sentiment de survie et renforcement des vulnérabilités
- Peur de se laisser aller
- Lutte contre les désillusions
- Vulnérabilisation et conduites à risque sont liées (psychotropes licites et illicites, mises en danger délibérées, risques sur le plan de la sexualité, violences..) : la notion de risque est déplacée.
- Difficultés à agir, se projeter,
- Ne plus se positionner comme « en mesure de »
- Difficultés pour s'inscrire de manière durable dans des repères
- Sentiment de stigmatisation si recours aux services et renforcement de l'isolement (stigmatisation, discrimination)

Il existe souvent un décalage entre les représentations professionnelles et celles des personnes vivant des processus de précarisation entre les *notions de survie et prendre soin de soi*, la *hiérarchisation des priorités*, le *sens et vécus possibles de la prévention*, des *services de santé*.

Lorsque les complexités pour avoir accès aux droits, aux soins sont trop importantes, l'énergie à mettre dans un parcours de soin peut être rédhibitoire : on peut alors constater que malgré une « demande », celle-ci ne pourra être transformée (non recours). Non demande et non recours sont alors le résultat de processus distincts à travailler en tenant compte des *temporalités distinctes*, des *complexités du système de droits, de santé* (*sentiment de contrôle plutôt que de soutien*, *complexités administratives*, *multiplicité des acteurs* (*se raconter en permanence*), *codes d'accès aux services pas toujours fonctionnels*, etc.).

Ces différents éléments aboutissent à la mise à distance des ressources / services, voire le refus de l'organisation institutionnelle (applicable aussi aux structures d'hébergement).

Si le sentiment que les coûts (tout confondu) sont supérieurs aux bénéfices ou que les barrières semblent insurmontables, les personnes n'engageront pas les démarches, lâcheront prises très vite. Les « mauvaises expériences » jouent dans ces cas le rôle de déterminants négatifs et donnent souvent le sentiment aux acteurs de terrain qu'il « faut toujours tout refaire ».

Engager une réflexion autour de l'accès aux soins implique donc de penser la façon de réduire les distances : ceci ne peut passer que par un travail sur 3 volets minima, mais les données recueillies dans les entretiens et groupes de travail permettront d'affiner ces aspects :

- Optimiser l'accès aux droits.
- Ajuster l'organisation des services (travail de proximité, bas seuil, référents, ajustement des temporalités, adaptation des représentations professionnelles autour de la précarité (champ hospitalier et ambulatoire), travail en réseau et
- Travailler autour des compétences psychosociales et des facteurs de protection en promotion de la santé et santé mentale, « l'empowerment » et, de façon synergique. Ceci nous ramène au « sujet de droit » et à la citoyenneté.

⁸⁶ Se reporter aux écrits de Collet 2001, Hautchamp, 2005, Berrat 2007, Warin, 2007, Rode, 2010, les rapports du fonds CMU, les publications de l'ORSPERE et les études de l'IRDES autour du non recours, non demande.

VI.2. Les données disponibles autour des difficultés d'accès aux soins

L'observatoire de la Mission France de Médecins du Monde au niveau national mentionne en 2010 (données de 2009) les principaux obstacles suivants⁸⁷

- Nécessité d'une domiciliation reste un obstacle majeur malgré la loi du 25 février 2008
- Barrière linguistique
- Méconnaissance des droits et des structures
- Aucun droit possible (personnes en France depuis moins de 3 mois)
- Complémentaires trop chères

Ces obstacles concernent l'ensemble des patients reçus dans les différents centres de soins et doivent être rapportés aux profils des populations. Cependant, nombre d'obstacles sont valides pour les personnes incluses dans l'étude.

Dans son dernier rapport national, MdM souligne que 80% des personnes sans domicile relèvent d'un dispositif de couverture maladie mais seuls, 28% d'entre eux ont des droits ouverts.

Le rapport 2009 de la Mission de MdM Marseille souligne des problématiques récurrentes où le cumul de difficultés d'ordre administratif, couplé aux dysfonctionnements du droit commun impose au secteur associatif de suppléer aux obligations du droit commun :

- Une domiciliation de plus en plus complexe, avec des refus de domiciliation rendant impossible l'obtention de l'AME (alors que la domiciliation n'est pas obligatoire dans la loi pour l'obtention de l'AME)
- Le durcissement de l'accès à l'AME avec des pratiques jugées abusives de la part de la préfecture rendant les démarches dissuasives depuis mars 2010.
- Une nouvelle condition à la domiciliation a été mise en place sur Marseille repoussant le délai d'ouverture des droits
- Des pratiques administratives de plus en plus complexes générées par l'assurance maladie et complexifiant le travail des PASS et de tous les acteurs pour les couvertures maladie de base
- Une PASS médico-sociale dont le fonctionnement s'améliore mais reste insuffisant comme nous avons pu le mentionner.
- Les PASS sociales des hôpitaux nord, Timone et Sainte Marguerite ne fonctionnent pas pour les consultations de médecine sauf « à forcer le dispositif », ne délivrent pas de traitement, n'ouvrent pas les droits hormis dans les cas d'hospitalisation.

Les horaires, visibilité des PASS in situ, connaissance par les publics et acteurs médico-sociaux rendent les accès trop complexes.

Hormis les sources déjà citées, diverses publications font désormais état de facteurs rendant l'accès aux soins trop complexe, explorent les causes de non recours, de non demande. On citera à ce titre les travaux⁸⁸ d'Odenore (2003), Hautchamp (2005), Warin P. (2007), Berrat B. (2007), la MIPES, 2007 ; l'IRDES (2008, 2011), la DREES, (2008), les rapports du Fond CMU (2006-2009), Rode (2010), le GISTI (2010), IGAS - IGF (2010), etc.

Ces rapports mettent pratiquement tous de l'avant les interactions entre les processus de précarisation et un système globalement trop complexe d'accès aux droits, à la prévention et aux soins.

→ Le rapport Hautchamp explore la question de la non demande, du non recours et prône les stratégies de proximité.

→ Warin pointe spécifiquement l'organisation du système administratif en France qui met à mal à la fois les professionnels de proximité et les usagers et nous situe au niveau des pays européens de façon médiocre.

⁸⁷ Médecins du Monde, rapport 2010 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde, MDM, octobre 2010 : 93

⁸⁸ Les références complètes sont disponibles dans la bibliographie en annexe.

→ Le GISTI souligne tout spécialement les difficultés rencontrées par les migrants, les populations Roms, les personnes étrangères et celles qui cumulent les difficultés dont les personnes à la rue.

Le rapport de Berrat (2007), met en lumière une donnée intéressante dans le cadre de foyers pour travailleurs migrants – donc public « captif » - en situation de précarité autour du non recours aux droits (CMU C et complémentaire santé). Dans l'étude, 27% des personnes interrogées dans 29 établissements d'Ile-de-France n'avait pas entendu parler de la CMUc, et pour 87%, de la complémentaire santé. Depuis des efforts ont été faits, mais ce dispositif reste mal connu tout en présentant également des limites : l'Irdes souligne que parmi les personnes sans complémentaire santé en 2008, 46% auraient souhaité pouvoir en bénéficier mais ne le pouvaient pas pour des raisons financières (2011 : 3). Les mêmes personnes interrogées étaient pour 84,2% d'entre elles soucieuse de leur santé, ce qui va à l'encontre des idées communément admises autour du manque d'intérêt pour la santé. L'échantillon est petit (242 questionnaires) et les données sont à prendre avec précaution, mais elles viennent en miroir à ce dont témoignent les acteurs de terrain. Les principales causes de ces « non recours » ? Information non accessible ou non adaptée, difficultés à faire valoir ses droits, découragement devant la perception d'un système trop complexe, sentiment de stigmatisation.

→ Le rapport du Fonds CMU en 2008, étudie le taux de renoncement aux soins entre les personnes ayant ou non la CMUc (avec des écarts significatifs)

→ L'Irdes dans son enquête menée entre décembre 2008 et janvier 2009 chiffre les refus de soins pour les personnes bénéficiaires de la CMU : pour les professionnels de santé de l'étude, le taux atteint 25% sur Paris ; les taux étant plus importants pour les dentistes (31%) et les Gynécologues (38%).

→ La MIPES en 2007 note l'importance de l'accompagnement social dans le cadre du dispositif de la CMU, insuffisant selon les études.

→ L'IGAS et IGF en novembre 2010, rendent leur rapport *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat*. Les mesures prises récemment malgré tout au regard de l'AME sont jugées contradictoires avec une politique de santé publique et ont mobilisé les acteurs du champ de la santé publique, le secteur associatif.

Sur Marseille, une étude menée par Cap Méditerranée, « les professionnels de santé du Centre ville de Marseille face à la pauvreté et à la précarité » (2008)⁸⁹ signale plusieurs catégories de problèmes rencontrés par ces professionnels. On citera en particulier la mention de :

- Difficultés d'accès aux soins et de prise en charges: soins spécialisés, soins dentaires et psychiatriques.
- Ruptures nombreuses dans les parcours de soins, difficulté des parcours de santé pour les personnes avec des faibles niveaux de revenus, trop d'orientations sans résultats.
- Freins à l'accès aux soins des personnes bénéficiaires de la CMU/AME

Plusieurs pistes d'actions ont été mises en place, dont la « plateforme téléphonique » qui fait l'objet à ce jour d'une réflexion.

Le PLSP de Marseille Centre 2010-2012, met en évidence la nécessité de poursuivre des actions autour des droits pour les personnes bénéficiant de la CMUc et de l'AME, ainsi que de poursuivre les efforts réalisés dans les CHRS (PLSP, 2010- 2012 : 33).

Les obstacles rencontrés classiquement ont été analysés avec les professionnels du champ hospitalier, de la CCPCAM13, du médicosocial dans les groupes de travail et lors de réunions ou d'entretiens.

Nous reviendrons et préciserons la nature des difficultés observées ainsi que les avancées sur le territoire.

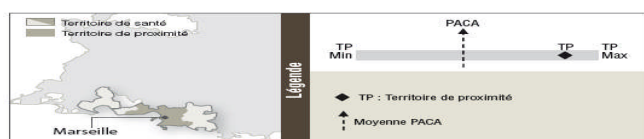
Une difficulté particulière demande à être surmontée dans le futur pour avancer sur le dossier, car des tensions importantes émergent dès lors que la question des droits est abordée, avec des tensions interpersonnelles importantes, alors que c'est la logique d'un système qui échappe à la plupart des professionnels qu'il faudrait considérer.

⁸⁹ CAP Méditerranée « Les professionnels de santé du Centre Ville de Marseille, face à la pauvreté et à la précarité », mars 2008 ; Febvrel D., DSP, Ville de Marseille : synthèse et analyse selon les déterminants de santé disponible en annexe.

VI. 3. La prévention : les données disponibles

Très peu d'informations autour du recours à la prévention ont pu être révisées lors de l'étude alors qu'il s'agit certainement d'un champ entier à explorer. De façon traditionnelle, le discours collectif met de l'avant que la prévention, encore plus que le soin reste éloignée de la préoccupation des personnes. *Sur Marseille, les interventions de l'Université du Citoyen dans les CHRS tendent à démontrer le contraire. Les données révisées montrent la nécessité d'investir ce champ* aussi bien dans connaissance que dans les stratégies à renforcer pour les publics en situation de précarité partout en France. Les informations ci-dessous⁹⁰ concernent les assurés sociaux, ce qui induit forcément un biais par rapport au public de l'étude.

THEME	INDICATEURS *	EFFECTIF	TAUX BRUT	TAUX BRUT	TAUX BRUT	TAUX BRUT
Prévention	7 Vaccination antigrippale chez les personnes de 65 ans ou plus (% - 2008)	♂ 32 259	58,5	59,6	59,5	54 65
		♀ 48 186	60,5	60,8	58,6	49 64
	8 Dépistage organisé du cancer du sein (% - données Assurance maladie 2007-2008)	♀ 31 333	29,5	32,2	40,0	29 59
	9 Dépistage organisé ou individuel du cancer du sein (% - données Assurance maladie 2007-2008)	♀ 63 146	59,4	61,7	65,2	59 71
	10 Bilan de prévention bucco-dentaire chez les enfants de 6 ans (% - 2007)	♂ 1 488	27,8	29,7	34,8	28 46
		♀ 1 443	29,0	30,5	35,2	29 48
	11 Bilan de prévention bucco-dentaire chez les enfants de 12 ans (% - 2007)	♂ 1 246	26,2	27,9	31,9	23 42
		♀ 1 174	26,0	27,7	31,6	20 44
	12 Scellement de sillons chez les enfants de 6 ans (% - 2008)	208	2,0	2,0	2,0	0,8 4,0
	13 Scellement de sillons chez les enfants de 12 ans (% - 2008)	324	3,3	3,4	3,2	1,8 5,0



Tous les indicateurs ci-dessus (à l'exception du 14) concernent uniquement les assurés du régime général stricto sensu
1-5 Nombre d'assurés ayant eu au moins un recours et taux comparatif (TC) de recours (en %) à un professionnel de santé en 2008 (les types d'actes sont détaillés sur le site www.sirsepaca.org) - **6** Nombre d'assurés ayant eu au moins un remboursement d'anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs ou neuroleptiques et taux comparatif de recours en 2008 - **7** Nombre et part d'assurés âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe durant l'hiver 2008-2009 - **8-9** Nombre et part d'assurées du régime général stricto sensu âgées de 50 à 74 ans ayant participé au dépistage du cancer du sein sur la période 2007-2008 - **10-11** Nombre et part d'assurés de 6 et 12 ans ayant eu au moins un remboursement de bilan de prévention bucco-dentaire ou de consultation réalisé par un chirurgien dentiste en 2007 - **12-13** Nombre et part d'assurés de 6 et 12 ans ayant eu au moins un remboursement de scellement de sillons réalisé par un chirurgien dentiste en 2008 (taux calculable pour 18 territoires) - **14** Nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) réalisées en établissement hospitalier et nombre d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans en 2008 - **15** Nombre et part d'assurés diabétiques traités ayant eu au moins 3 remboursements de dosage de l'hémoglobine glyquée en 2008

Les taux de couverture sur différents indicateurs montrent que des marges de progrès significatives peuvent être gagnées. L'entretien avec les professionnels de l'assurance maladie confirme des taux de recours aux dépistages très faibles sur Marseille.

La réflexion en cours avec les groupes de travail a tenté de développer ces aspects avec des publics hébergés par exemple en CHRS ou dans les Lits Halte Soins de Santé mais ce point reste à affiner ; le groupe de travail auquel participe le CHRS Jane Pannier autour de la santé des femmes est une des initiatives à relever.

En conclusion de ce chapitre, l'accès aux soins, à la prévention mobilise un registre assez large de déterminants. Les différentes études, évaluations révisées ont permis également de souligner des facteurs associés à l'accès aux droits, à la prévention et aux soins sur Marseille. Bien que les évaluations réalisées s'intéressent à des secteurs différents du champ médicosocial, des facteurs influençant négativement l'accès aux soins sont retrouvés de façon récurrente. La liste de ces recommandations est disponible en annexe de façon exhaustive. Elles ont été reprises pour énoncer et établir des priorités dans l'ensemble des pistes de progrès proposées.

⁹⁰ ORS PACA, Indicateurs socio-sanitaires, territoire de proximité Marseille, édition 2010 : 3.

VII. ACCES AUX SOINS, A LEUR CONTINUITE, A LA PREVENTION

VII.1.Introduction

Les déterminants influençant l'accès à la prévention, aux soins et à leur continuité y compris les sorties d'hospitalisation ont été abordés au cours des entretiens, des groupes de travail et dans les focus groupes.

Les éléments mis à jour dans les entretiens mais surtout les groupes de travail et les focus groupes ont permis de préciser le cadre théorique tout en le confortant et en faisant apparaître des catégories particulièrement importantes aujourd'hui dans le contexte de Marseille.

Il est important de noter que l'étude s'est déroulée dans un contexte marqué par des changements autour desquels nous avons peu de visibilité pour le futur.

Ces changements pour certains impactent le champ de l'étude et les modes de fonctionnement actuels des acteurs. On citera la mise en place des ARS avec les différents services au niveau régional comme départemental, la reconfiguration de la cohésion sociale, les changements organisationnels au sein de l'Assurance Maladie, du CCAS, la mise en place du SIAO, un changement de direction à l'hôpital De la Conception, l'UHU changera de gestionnaire – confirmé à ce jour -.

Les déterminants ont été abordés dans les focus groupes et groupes de travail sous leurs deux facettes : positives (les atouts) ou négatives (les difficultés). Ils mettent en scène pour certains les changements évoqués plus haut ou encore se rapportent à une situation jugée chronique par les acteurs.

L'ensemble des déterminants identifiés lors des focus groupes et des groupes de travail est disponible en annexe. Les atouts énoncés dans les temps de travail collectifs ont été complétés avec les éléments issus de pratiques « innovantes » repérées avec les commanditaires. On précisera à ce propos que ce repérage ne reflète pas l'ensemble de la richesse du territoire, mais devait permettre de pointer des modalités intéressantes pour la suite.

La phase exploratoire a permis de relever que de nombreux dispositifs existaient sur Marseille, la plus value de la démarche atelier santé ville, le soutien apprécié des équipes mobiles de psychiatrie, des modes d'organisation collective (Copil, groupes de travail), des espaces de coopération. Dans le réseau, les interconnexions, les habitudes de travail en partenariat facilitent les prises en charge et semble plutôt bien fonctionner sur Marseille d'après certains interlocuteurs rencontrés. Il existe néanmoins des zones de rupture.

Les entretiens ont mentionné une série d'obstacles, exprimés sous des aspects divers selon les interlocuteurs, avec un maillage permanent « droits-logement-soins » représentant le trépied sur lequel travailler, *et ce, dans la constance, nécessitant pour le secteur institutionnel des modes d'articulation opérants qui mettent aussi en scène la nécessité de plus de cohérence dans les modalités de financement.*

Sur un plan général, un déficit d'accès aux soins (et aux structures de soins) est constaté : il n'existe pas, en matière de santé, d'équivalent du 115 pour le social. Cette notion prendra dans la suite de l'étude toute son importance et rejoindra les discussions autour d'une « plateforme », ou d'une organisation collective à renforcer, qui peut prendre différentes facettes.

Le schéma ci-après résume les déterminants mis à jour lors de la phase exploratoire.



L'inconditionnalité du 115 émise par certains interlocuteurs a été nuancée dans les groupes de travail. La logique administrative et financière du système de santé, à commencer par l'accès aux droits, est revenue dans les débats de façon récurrente. Ayant rencontré le directeur de l'UHU de La Madrague, les difficultés internes à l'UHU ont été évoquées, indépendamment de l'environnement général de cet hébergement d'urgence, autour de la difficulté à structurer depuis plusieurs années le fonctionnement du centre de santé.

Les difficultés autour de la domiciliation dès la phase exploratoire ont pu être précisées. La problématique des personnes âgées sans domicile, la recrudescence observée de leur nombre pose le problème de leur orientation après soins ou stabilisation : l'accueil en maison de retraite est problématique et les solutions alternatives manquent sur Marseille.

Les obstacles autour des droits relèvent de plusieurs champs : celui de la réglementation dans sa nature même : complexe, elle se durcit au regard de certaines populations. Celui de la réglementation mais cette fois-ci dans son application. Les éléments collectés ultérieurement confirment cette dualité à bien identifier lors des réflexions autour des marges de progrès, qui relèvent alors de plusieurs niveaux.

Ces difficultés, d'un point de vue dynamique, semblent s'accroître. Les personnes rencontrées lors de la phase exploratoire ont mentionné, un retard dans le recours aux soins qui s'aggrave et des orientations vers le droit commun de plus en plus complexes. Ce retard entraîne des prises en charge de plus en plus lourdes. Par ailleurs, « il s'agit d'une histoire de personnes » mettant en jeu les efforts à développer ou encore la pérennité des approches.

On peut dire aujourd'hui que cette aggravation du recours aux soins vient se mailer avec l'aggravation des situations de précarité objectivées depuis 2008, renforçant les obstacles au recours

aux soins, et que l'environnement organisationnel des structures de soins vient jouer le rôle dans ce contexte, de caisse de résonance.

Les focus groupes et groupes de travail ont mis en évidence différentes catégories d'atouts ou d'obstacles. Ces catégories, selon le cas, sont en totale concordance entre le regard des professionnels et celui des « usagers ». Parfois, selon le type d'interlocuteurs, l'accent a été mis sur certaines catégories. Il est alors apparu important de tenir compte de ces variations dans les recommandations et de venir s'appuyer sur certaines catégories mises de l'avant tout spécialement à partir du ressenti des personnes.

VII.2. Atouts énoncés à travers les entretiens, groupes de travail et focus groupes, enseignement des pratiques « innovantes »

Un certain nombre d'atouts à mentionner autour des dispositifs

Les atouts identifiés interpellent certains dispositifs ou structures. Même si nous ne pouvons pas à l'évidence être exhaustifs autour des dispositifs, nous nommerons des atouts importants. Chacun des dispositifs comporte des limites, voire des dysfonctionnements importants ; nous y reviendrons dans ce cas dans le chapitre autour des difficultés.

Les atouts de façon très synthétique :

→ **Le CCAS en charge tout spécialement aux côtés d'autres associations de la domiciliation des personnes** : *Il y a eu des avancées notables depuis 2007 avec des domiciliations en ville et en milieu hospitalier, une harmonisation des pratiques. Les domiciliations sont réalisées pour les AME et deux autres associations, prioritairement, y contribuent également. A l'occasion du renouvellement de la convention entre le CCAS et l'AP-HM, la mission des agents d'accueil sera élargie permettant que les mêmes aides puissent être traitées aussi bien en ambulatoire qu'à l'hôpital. Actuellement des difficultés resurgissent d'après les acteurs et lors des derniers temps de travail.*

→ **Les Lits Halte Soins de Santé**, au nombre de 45 sur Marseille, font partie des dispositifs dont la plus value est à souligner même au regard des limites identifiées. Les LHSS de Fontainieu sont fortement appréciés « *il faudrait d'autres Fontainieu* » pour la qualité de la prise en charge (extrait de groupe de travail). La structure est récente, située dans le 14^{ème} arrondissement à proximité de l'hôpital Nord et de l'UHU La Madrague. Elle reçoit des personnes dont l'état de santé est assez complexe. *Le partenariat à développer avec les accueils de jour est signalé dans le rapport d'activité de 2009.* Le problème majeur des LHSS est la sortie de la structure avec des solutions adaptées pour les personnes. Ce qui est constaté au niveau national se ressent aussi au niveau local, où on rappellera que la population est vieillissante sur Marseille, et pour les personnes sans domicile nous savons que les problématiques du vieillissement se posent de façon prématurée. Les données de Fontainieu sont explicites au regard des sorties (voir difficultés).

→ **Les centres de soins caritatifs** (Croix Rouge à Saint Joseph et Centre de soins – CASO – de Médecins du Monde) représentent souvent l'unique option pour les personnes en situation de précarité et non prises en charge ailleurs. On notera que l'usage des centres de soins caritatifs est non seulement lié à la dimension technique du soin mais aussi à la dimension symbolique, au *sens* que les personnes trouvent dans ces espaces.

→ **Les PASS dans leurs différentes composantes** sont en place sur Marseille depuis la loi de lutte contre les exclusions. *La seule PASS intégrée, médicosociale, est celle de l'hôpital de La Conception ; elle est toute récente, juillet 2007 -.* Un projet de médicalisation de la PASS Nord est prévu mais reste à concrétiser. Le dispositif le plus récent effectif est celui de la PASS PSY dépendant du centre hospitalier Edouard Toulouse. Un des centres dentaires, Gaston Berger offre aussi des consultations gratuites.

La PASS PSY du centre spécialisé Edouard Toulouse permet de croiser les approches somatiques, psychiatriques et sociales avec une prise en charge « bas seuil d'exigence » puisque les personnes sans droits potentiels y ont accès, ce qui est un point fondamental. Elle reçoit des personnes souvent isolées qui ont des périodes d'errance parfois très longues et rejettent les cadres imposés par les structures d'hébergement.

Elle dispose de locaux dédiés, fléchés à l'entrée de l'hôpital (à améliorer cependant, car le panneau est tout petit); les locaux sont récents ; agréables. La PASS est ouverte du lundi au vendredi avec ou sans rendez-vous et accueille les urgences adressées par les partenaires. Une évaluation est possible par le médecin (temps partiel) ou l'infirmière. Un médecin référent peut être également joint au sein de l'hôpital. La situation sociale est abordée.

Des fiches de liaison permettent aux partenaires de noter un minimum d'informations lors des orientations. Une convention existe avec l'hôpital de l'AP-HM Nord pour les orientations nécessaires à partir de la PASS PSY. Les orientations se font hors milieu hospitalier dans les différentes structures, dont les CMP. La personne est suivie tant que les droits ne sont pas ouverts ou qu'un relais médical n'a pas été identifié. Ceci est essentiel à la continuité des soins.

Les défis pour la PASS sont de plusieurs ordres, on notera (extrait d'entretien avec le Dr Martin):

- Trouver sa place au sein d'un réseau fonctionnant en mini réseaux avec une forte concurrence entre les hôpitaux.
- Mettre en place son recueil de données et résoudre les questions d'incompatibilités avec le logiciel de l'hôpital, non adapté au fonctionnement de la PASS.

Le centre dentaire Gaston Berger permet de réaliser des soins pour les personnes en situation de précarité et n'ayant pas accès aux dentistes libéraux. Les personnes peuvent accéder au Centre Gaston Berger soit parce qu'elles sont adressées par une association, soit par les PASS avec une fiche de liaison⁹¹. *Le circuit semble un peu complexe et nécessite sans doute un accompagnement pour faciliter les démarches, il devrait être clarifié lors d'un prochain comité de Pilotage des PASS.*

Les consultations sont gratuites et la dotation financière est dédiée à 100% aux prothèses à hauteur de 50 000 euros/an (extrait d'entretien avec Mr Stingre). Les critères d'inclusion mentionnés lors des entretiens avec l'AP-HM ouvriraient la possibilité de soins urgents ou non (hors fins de semaine et nuit), pour tout public, dont ceux ayant des droits potentiels ou non. Les prothèses seraient possibles pour les personnes relevant de l'AME. Ces informations qui ouvrent donc la possibilité de soins sur un aspect fondamental pour les personnes en situation de précarité demandent néanmoins à être clarifiées car ceci n'est pas si explicite pour d'autres acteurs. *Un point pourrait alors être fait en comité de pilotage régional ou avant si les délais sont trop éloignés, avec une information claire en interne et auprès des partenaires.*

Les PASS sur Marseille ont un fonctionnement hétérogène et la lisibilité des modalités de fonctionnement est complexe. Pour l'AP-HM, un point sera fait sur la PASS de La Conception. Des avancées existent depuis quelques années mais les marges de progrès restent importantes.

➔ **Les équipes mobiles et les maraudes** équipes mobiles de jour, de nuit (communément dénommées maraudes), constituent des espaces essentiels et orientées selon deux axes : soit le lien exclusif, soit le lien et le soin. Les frontières entre le lien et le soin sont sans doute purement artificielles, « où commence le soin ? » nous disait un interlocuteur ...Par le lien...Le soin est aussi un espace temps privilégié pour le lien.....

De fait, nous sommes dès le premier contact, dans le « prendre soin », où une palette d'acteurs a un rôle différencié à jouer. Cette différenciation des rôles n'est pas à ce jour suffisamment partagée. Elle ne permet pas alors de légitimer suffisamment ce qui ne relève pas de l'acte technique infirmier ou médical. Ce point explique en partie les difficultés entre secteur social et sanitaire.

➔ **Les équipes de psychiatrie** au sein d'un contexte difficile ont développé des initiatives pertinentes sur Marseille.

➔ **Le champ de la réduction des risques**, mérite d'être nommé. ASUD, SOS DI ont pu participer aux temps de travail collectifs. Sur Marseille, la réduction des risques a développé des pratiques particulièrement pertinentes depuis des années.

⁹¹ Compte rendu de réunion du 15 novembre 2010 – AP – HM.

→ **Les champs des accueils de jour, de l'hébergement** n'ont pas été explorés spécialement dans l'étude mais nous avons pu relever lors des entretiens et des groupes de travail, des focus groupes des points forts autour des accueils de jour de Marceau/Consolat, des CHRS de Saint Jean de Dieu, de Jane Pannier, de HAS, de la maison relais du Marabout.

Le CCAS (domiciliation) et les LHSS, les PASS ont fait l'objet de points spécifiques. Pour plus de cohérence dans la lecture et replacer les difficultés dans leur contexte, ces points sont repris dans la partie « difficultés ».

Les temps de travail collectifs avec les professionnels et bénévoles et dans les focus groupes

Ces temps ont été dédiés à repérer les difficultés, mais aussi les facteurs qui facilitent l'accès aux soins et à la prévention.

Ces atouts ont émergé autour de plusieurs catégories (voir annexe pour les informations exhaustives) :

- Les droits
- La question du lien, de la confiance, d'un environnement « bienveillant »,
- Le bas seuil et la posture des professionnels qu'il implique, la dimension intégrée des prises en charge
- L'importance de la médiation
- Les liens dans le réseau d'acteurs et les espaces de coopération (*Cette dernière catégorie sera traitée dans un chapitre ultérieur*).

Toutes ces catégories sont communes aux personnes des focus groupes rencontrées et aux professionnels ayant participé aux groupes de travail. Par contre, on notera des différences dans le relief que prennent certaines catégories :

- Pour les personnes des focus groupes, la question du lien, de la confiance et de la cohérence des prises en charge ont été particulièrement mentionnés.
- Pour les professionnels et bénévoles, c'est la dimension du bas seuil, de la cohérence des prises en charge (nous parlerons d'approches intégrées) qui a émergé fortement, cet aspect venant en résonnance forte avec l'importance de la médiation.

On voit les interactions fortes entre les opinions des uns et des autres. Les différences sont plus marquées autour des difficultés.

La médecine de ville n'a pas émergé parmi les déterminants positifs.

L'importance de la couverture maladie pour les personnes est apparue de façon spontanée

Ce sont surtout les femmes qui en ont parlé (un seul focus groupe de femmes). La CMU, l'AME sont citées comme des facteurs qui permettent de faire des examens. Les personnes ont souligné chaque fois le travail réalisé par les assistantes sociales des structures dans lesquelles elles étaient pour établir les dossiers, retrouver les papiers, réaliser les démarches. La ténacité des assistantes sociales est soulignée. Les personnes soulignent ainsi l'importance de leur environnement (ADJ nommée, Jane Pannier, Marabout, HAS...) pour connaître et obtenir ces droits ; *par contre la facilité avec laquelle les personnes savent utiliser ces droits n'est pas ressortie de façon très explicite.*

Dans un certain nombre de cas les personnes n'ont pas été confrontées à des refus, soit parce que détenant la CMU, soit l'AME, soit car présentant une attestation. La nécessité de refaire les dossiers en cas de changement de département est apparue.

De même, les structures et associations qui pallient au manque de recours possibles aux soins parce que n'ayant pas de droits ont été évoquées, à Jane Pannier, Médecins du Monde, l'hôpital. Les autres structures nommées dans les focus groupes qui prennent en charge les personnes quelles que soient leurs situations au regard des droits sont les LHSS, la PASS PSY Edouard Toulouse, la PASS Nord.

Accès à la domiciliation, accès à la CMU, accès facilités à l'AME sont évoqués par les PASS tout comme l'accès au plateau technique de l'hôpital, aux médicaments. Les permanences de la CPCAM13 qui existaient antérieurement apparaissent comme une réelle plus value, ainsi que la possibilité d'avoir recours à un chef de service « très efficace » en cas de dossier complexe (pas de justificatif possible dans le cas cité).

La question du lien apparaît comme le fil conducteur de l'ensemble des catégories.

La catégorie se réfère au respect, la bienveillance⁹² en lien avec la posture des professionnels ou bénévoles a été riche.

Avant le respect, c'est la notion de sécurité physique qui peut être mentionnée. Les difficultés de la rue seront énoncées, dans un des focus groupes, les lieux tranquilles ont été valorisés « on est au bout du bout, on est tranquille, on n'a pas de problème » et qui explique pour partie que des groupes s'isolent du centre ville. *Cette question pose la question de l'organisation territoriale des équipes mobiles et des maraudes.*

La relation passe par la possibilité d'interprétariat, (mais qui n'est pas accessible forcément), le regard porté sur les personnes « accueil, écoute, respect, ici on est mis à l'aise ». Les bénévoles sont valorisés avec l'accent mis sur leurs limites aussi ; les expériences positives sont rappelées avec « une bonne relation avec le médecin de La Conception ». Le prendre soin est cité dans sa dimension globale. La possibilité de se rendre utile est mise en évidence : « si elle a un problème je vais l'aider, c'est normal »...*On fera le lien avec la restauration des compétences psychosociales : l'organisation des lieux de vie est à ce titre essentielle pour favoriser chaque fois que possible l'expression de ce sentiment d'utilité.*

La disponibilité des intervenants au regard des processus d'accompagnement a été marquante dans les focus groupes ; elle est explicite pour les professionnels du groupe de travail ; elle est sous-tendue à chaque fois dans les exemples donnés par les personnes des focus groupes. Cette disponibilité ne doit pas être rapportée à une quelconque facilité : elle fait partie intégrante du travail lié au bas seuil, aux parcours de soins qui ne s'inscrivent jamais dans des processus linéaires. *Cette disponibilité se réfère alors plus à la flexibilité dans les accompagnements, incontournables pour négocier les meilleures stratégies, tenter des processus, ajuster, se retourner, trouver un fil conducteur, etc.*

L'importance des aspects relationnels entre les personnes concernées et les professionnels ou bénévoles apparaît de façon très forte surtout dans les focus groupes (les professionnels l'expriment aussi mais de façon différente).

Le travail autour du lien est illustré autour de la question de « faire émerger le désir », moteur de toute motivation, élément central pour les personnes vivant des processus de précarisation : « On nous accompagne, on parle », l'équipe, elle pousse »...On sent ici l'importance de la synergie des acteurs qui est possible surtout pour les équipes pluridisciplinaires. « Ils donnent le moral, on s'occupe des papiers... ». Ce lien se maintient, même quand les personnes sont hospitalisées : avec par exemple l'ADJ Marceau qui réalise de nombreuses visites dans les hôpitaux, d'autres structures aussi le font quand leur charge de travail le permet.

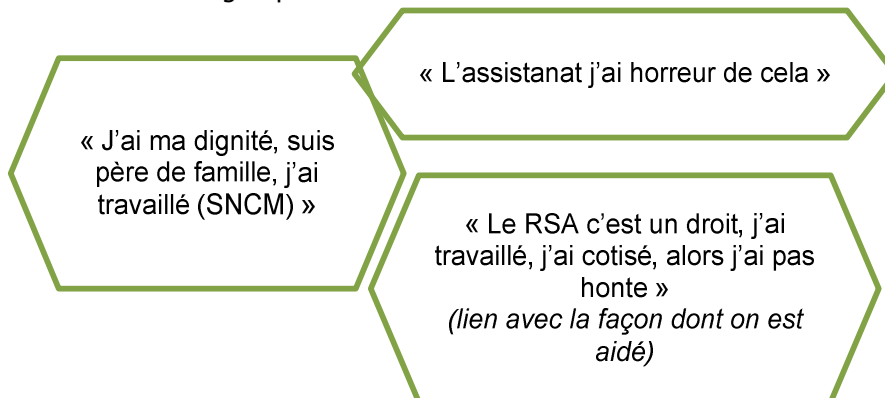
Cette dimension relationnelle fait apparaître deux aspects qui émergeront ailleurs sous un jour différent : **le respect inconditionnel**, qui n'empêche pas de fixer des règles à respecter, et **le travail d'empowerment**, les deux étant liés.

⁹² Au sens où l'attitude n'est pas condescendante, crée un climat où le « prendre soin » devient possible.

Ceci se travaille au travers de pratiques professionnelles qui doivent faire tendre vers l'autonomie des personnes et non la dépendance comme cela a pu être évoqué dans des entretiens, sur les lieux de vie, lors des accompagnements (faire avec et non pour). Ce « faire avec » relève à la fois d'une posture personnelle mais aussi collective et pointe la nécessaire dynamique de réseau cohérente, ce point est sans doute à mieux partager et à travailler.

Il s'agit d'un point de tension qui traverse aussi les entretiens. Certains acteurs peuvent ainsi juger que les postures des personnes ou les modes d'action des structures intervenant auprès des publics dans la rue ou dans les structures peuvent contribuer à *maintenir les personnes dans la rue*, ou dans une certaine dépendance, l'assistantat. Ce thème est complexe dans le travail de proximité et les processus de réassurance et soulève des débats dans toutes les structures.

Propos entendus dans un focus groupe...



Les atouts mettent en résonnance trois catégories qui permettent de jouer à plusieurs niveaux :

- a) une **palette de « services »** ou « d'aides » possibles sur site, dans les structures d'hébergement par exemple.
- b) des services proposés par le biais des **équipes mobiles/maraudes** ou d'intervenants qui viennent sur les lieux de vie (stratégie du « aller vers »...)
- c) à l'inverse, des **accompagnements** (physiques ou non) qui permettent de faire des démarches « à l'extérieur ».

Ces trois composantes permettent sans doute de donner le plus de cohérence possible dans un parcours, un parcours de soin, à ceci près que le type d'hébergement et la durée de séjour possible doivent être ajustés pour « apprivoiser cette continuité » et la consolider.

Il semble que la formule qui tend vers une approche intégrée soit une plus value, sans réduire les personnes à un confinement par ailleurs. C'est alors le maillage des différents « services » qui va constituer une des clés de succès de l'accompagnement vers le soin, voire la santé en privilégiant la proximité, clé de voûte dans les interventions auprès des personnes en situation de précarité.

Certains aspects font aussi référence à la continuité temporelle des accueils ou de consultations et la notion de bas seuil : la personne est prise en charge indépendamment de son statut administratif. Ce point est par contre relevé plus souvent comme un obstacle dans certaines structures.

Sont cités :

La présence d'une infirmière, d'un médecin, d'une salle de repos, de soins, d'un référent santé, d'équipe pluridisciplinaires, de « multiprises en charge », de la possibilité d'avoir des LHSS, d'ateliers en lien avec la démarche ASV (ateliers de l'Université du Citoyen dans les CHRS), d'avoir accès à des soins d'hygiène, une alimentation, l'accès à des bilans mémoire, des tickets services. Lorsque les conditions des structures permettent d'éviter les ruptures familiales, il s'agit d'un plus (accueil des enfants ou conjoint de la personne malade).

Ces observations sont à rapprocher d'une des recommandations du PDAHI: « Accompagner les CHRS vers la mise en place de plates-formes de services »⁹³.

Ces possibles sont renforcés par le biais d'équipes mobiles, qui présentent l'avantage d'apporter une spécificité en psychiatrie mais qui soient intégrées si possible au reste des équipes (projet de vie cohérent) sans que cette spécificité soit nécessaire de façon continue. Là des espaces à conforter apparaissent.

La présence d'équipes mobiles est un facteur qui favorise aussi l'accès aux différents types de structures.

Des équipes mobiles marquées par le cadre de référence de la réduction des risques occupent par ailleurs un espace « hors les murs » qui permet « d'aller vers ».

A noter que l'EMPP est une entité à part entière. La culture « réduction des risques » avec tout ce qu'elle comporte (la notion de bas seuil d'exigence restant un des aspects), dont la prise en compte des usagers comme des citoyens - et non des patients - est intéressante et rejoint dans ce cadre, les principes d'intervention de l'Université du Citoyen ou encore de l'HAS, qui visent à favoriser le passage du statut d'usager de la demande d'aide à celui de citoyen (avec le couple droits/devoirs). Les autres équipes mobiles ou maraudes peuvent ou non partager ce cadre de la réduction des risques, du bas seuil.

L'accompagnement physique des personnes aux urgences ou à des consultations est cité, à la fois dans un rôle de médiation avec le personnel hospitalier dont les représentations autour de la précarité et celles autour de certains publics avaient été évoquées lors de la restitution du 19 octobre, et dans une démarche de réassurance des personnes. Ce double aspect fait également partie des missions de l'EMLPP dans les différents services où elle intervient. « Etre utile à la fois pour les personnes et les équipes » est une double dimension mentionnée qui représente aussi la spécificité des accompagnements ; cette dimension est appréhendée de façon différente selon les équipes. Ces accompagnements peuvent être facilités avec le Samu Social ou la Croix Rouge ; des conventions peuvent ainsi lier le Samu Social avec différentes structures (tout récemment la PASS PSY aussi a passé convention) ce qui peut faciliter les orientations.

Le défi à relever apparaît donc de trouver sur les lieux de vie un « noyau dur⁹⁴ » de services ou de prises en charge possibles, dans un système qui permette aussi l'implication d'autres acteurs, mais dans un *espace temps cohérent*, et à partir duquel on puisse aussi accéder à des solutions ailleurs, ce qui met en scène à un moment donné du parcours les accompagnements physiques. Le travail de médiation qui va avec, sera essentiel pendant une période donnée, soit dans le cadre d'un processus « à petits pas » où la personne se débrouille peu à peu, soit parce que le regard sur les personnes change si un professionnel ou un bénévole est là pour réaliser telle ou telle démarche. *Ce point est apparu de façon extrêmement forte dans certains temps de travail.*

Le réseau est cité à plusieurs reprises de façon générale sans vraiment le qualifier dans le premier groupe de travail. Plusieurs aspects positifs sont documentés dans les entretiens. L'idée de réseau n'apparaît pas dans les focus groupes mais c'est sans doute un biais car les personnes étaient vues dans des structures et la discussion n'a pas été orientée non plus dans ce sens au regard du reste. Nous reviendrons sur le maillage des acteurs plus loin.

Ces différents atouts s'inscrivent en cohérence avec ce que nous avons pu lire des pratiques « innovantes »

⁹³ Voir la synthèse régionale des PDAHI de juin 2010 (Plan Départemental de l'Aide à l'Hébergement et à l'Insertion) : 3.

⁹⁴ La notion de noyau dur peut se penser de façon variable : plus les personnes sont en grande précarité et avec des problèmes psychiatriques, plus ce noyau dur devrait être pluridisciplinaire pour être opérant...

Les pratiques « innovantes » ont été relues à la lumière des focus groupes et des groupes de travail. Elles viennent conforter mais aussi préciser les éléments énoncés ci-dessus et nous font glisser vers des pistes que nous reprendrons :

→ Le trépied droits/citoyenneté - logement – soin revient de façon récurrente et devrait être à la base de toute stratégie pour travailler auprès des personnes en situation de précarité, celles incluses dans l'étude mais au-delà ; il en est de même pour les approches intégrées afin que l'éclatement des organisations du national au local ne viennent pas amplifier la complexité des parcours, semés de ruptures des personnes en situation de précarité.

→ Concernant le logement, tous les acteurs mentionnent ainsi la nécessité d'une plus grande diversification des solutions de logement pour construire des parcours (HAS : CHRS, Appartements de coordination Thérapeutique, programme d'aide à domicile...).

→ La culture du « bas seuil », ce qu'elle véhicule comme valeurs, éthique, postures professionnelles est un espace à ouvrir, avec les personnes concernées par les actions.

→ Le croisement des temporalités est apparu. Les différences entre le jour et la nuit, les périodes d'été et d'hiver ont été soulignées. Un bénévole de la Croix Rouge mentionne ainsi que depuis que les maraudes peuvent se faire en journée, la connaissance des personnes change, le lien jour/nuit via les transmissions des équipes est plus aisé, la connaissance du réseau est facilitée. Les usages de ce réseau sont donc plus opérants. La continuité jour / nuit est un des axes intéressants à creuser pour la suite de l'étude.

La continuité territoriale se pose de la même façon ; elle apparaîtrait plutôt comme une difficulté, mais demande un travail spécifique avec les équipes concernées.

Les interventions de l'Université du Citoyen ont comme fil conducteur les compétences psychosociales et ce, quelle que soit la thématique, en commençant par les droits. Elles permettent de créer des espaces favorables, en impliquant les directions et des référents des structures, pour ouvrir des espaces de débats, amener de façon ajustée, des informations autour de la santé, de la prévention : « tout est prétexte pour renforcer les compétences psychosociales, le travail fait autour de la prise de parole, la capacité à repérer les dispositifs, articuler le potentiel social des personnes, identifier les leviers sur lesquels s'appuyer pour que les personnes puissent se débrouiller au mieux et sans être dépendantes de la structure...sont autant de pistes travaillées » (extrait d'entretien avec Florence Lardillon).

Différentes thématiques sont ainsi abordées : droit des femmes au regard des situations de violence, les enfants, jeunes femmes issues de l'immigration, femmes « ici et là bas », contraception, IVG, sexualité, alimentation, gestion du stress, sommeil, santé en situation interculturelle (médiation, appréhension des codes) etc.

L'Université du citoyen (UDC) agit comme un passeur, au même titre que les équipes mobiles, pour apporter de l'extérieur un type d'intervention ; celle-ci est ancrée autour du projet du CHRS et avec l'implication des professionnels, ce qui n'est pas toujours simple. Ces modalités permettent aussi l'intervention d'autres acteurs, parce que « le terrain a été préparé », c'est-à-dire que rien ne s'inscrit de façon artificielle. A l'inverse, les autres types d'intervention prennent sens. Ce point fait écho avec les possibilités de développer la prévention....

En résumé, notre lecture des apports positifs des interventions de l'UDC

Le lien créé avec les professionnels des structures grâce aux exigences mises en place permet que l'UDC ne soit pas un intervenant ponctuel sans que cela mobilise la structure et les professionnels.

Le rôle de passerelle de l'UDC est manifeste dans ces ateliers : une interface qui manquait et qui permet à d'autres interventions de trouver un ancrage.

Un changement des regards portés sur les usagers par les professionnels et par eux-mêmes. Une des grandes réussites du projet (rapport d'évaluation).

Les interventions de l'UDC font bouger les postures professionnelles au sens où elles viennent interpeller la notion de dépendance ou à l'inverse d'empowerment entre les professionnels et les personnes hébergées dans les structures.

Les moments de préparation des ateliers et les ateliers eux-mêmes permettent de mettre à jour aussi les connaissances des professionnels selon les sujets abordés.

Les ateliers permettent aussi de créer des espaces nouveaux où il peut se passer des choses qui n'émergent pas dans le rythme quotidien et parce des intervenants extérieurs sont là, ponctuellement. Ces espaces permettent, alors, que des sujets soient abordés (ils ne l'auraient pas été autrement).

Les approches en matière de prévention peuvent passer par des stratégies diverses : sport, alimentation comme à l'ADJ Crimée.

Enfin, tout ce qui permet aussi de renouer avec le corps est d'un intérêt qui n'est plus à démontrer dans la restauration du regard sur soi et les processus de réassurance.

VII.3. Difficultés énoncées à travers les entretiens, groupes de travail et focus groupes

L'analyse des difficultés d'accès aux soins et à la prévention mobilise un panel large de déterminants montrant une fois encore, que promouvoir l'accès aux soins demande une approche systémique sur un territoire donné. Nous avons tenu compte aussi du matériel disponible dans une série de travaux antérieurs mis à disposition.

Les entretiens, focus groupes, groupes de travail ont fait émerger des catégories qui viennent en miroir des atouts énoncés ou viennent compléter ces catégories. Des déterminants cités dans la phase exploratoire ont été pris en compte comme les expulsions locatives qui avaient été mentionnées par le Samu Social. Nous ferons donc un point même si ceci n'a pas émergé des temps collectifs (mais il a émergé des entretiens individuels) car il nous semble que cet aspect doit rester un point de vigilance.

Ce chapitre présentera :

- ⇒ Les publics plus ou moins touchés par les problèmes d'accès aux soins ;
- ⇒ les difficultés énoncées autour des expulsions locatives ;
- ⇒ les obstacles ayant émergé des entretiens, focus groupes et groupes de travail ;
- ⇒ un focus sera réalisé sur la domiciliation, la couverture maladie, la PASS, de La Conception, les Lits Halte Soins de Santé.

De la même façon que pour les atouts, ce qui relève du maillage des acteurs sera plutôt développé dans le chapitre dédié.

VII.3.1. Des publics touchés par les difficultés de façon variable pour l'accès aux soins

Les entretiens ont mis l'accent d'emblée avec les bénévoles des maraudes autour de la temporalité jour/nuit et des différences entre l'été et l'hiver ou plus précisément en fonction des plans « grand froid » et ce, dans une vision de la santé assez large ; la question du territoire a aussi été abordée. *Ces fluctuations influencent l'accès aux soins.*

L'hébergement, déterminant majeur pour l'accès aux soins et les problèmes posés présentent des variations saisonnières. La situation sur Marseille semble se tendre plus depuis quelque temps (précarité grandissante, augmentation du nombre des publics concernés par la question de l'hébergement et du logement. Les variations saisonnières sont attestées par le nombre de contacts retracés dans les données des maraudes : Samu Social de la Croix Rouge, Médecins du Monde, rapport d'activité pour diffusion externe du Samu Social municipal. L'accès aux soins et les aides diverses comme le souligne Médecins du Monde varient aussi l'été (le lien entre alimentation et observance thérapeutique a été souligné, le manque d'eau, etc....).

Les données de la Croix Rouge dont on a pu discuter lors de l'entretien accordé, montrent à titre d'illustration, que le nombre de contacts croît à partir de mars, avec un *pic en juillet et août*. Le nombre de contacts diminue à partir d'octobre. En juillet et août les chiffres étaient respectivement de 955 et 1031 contacts respectivement pour 2009⁹⁵. Il n'est pas possible de travailler sur des *files actives*. *Il s'agirait d'une piste à creuser pour l'ensemble des maraudes.*

Les variations entre le jour et la nuit sont aussi à noter mais cet aspect sera repris dans le chapitre « maillage ».

Les fluctuations selon le territoire ont été collectées lors des entretiens. Elles ont été citées dans les focus groupes. Des populations restent sans doute plus isolées que d'autres pour plusieurs raisons : les territoires couverts connus classiquement demandent déjà des ressources importantes, les équipes tendent à privilégier le suivi : « quand on tient, on ne lâche pas », faisant référence à la nécessaire constance pour engager une démarche dans le temps, des populations s'isolent pour être plus tranquilles comme cité antérieurement. Ces fluctuations appellent à veiller à *l'organisation sur le territoire des différentes équipes mobiles*, et ce, au-delà des maraudes classiques (incluant aussi par exemple celles qui tournent auprès des jeunes, les équipes de réduction des risques...).

Les publics touchés selon certaines caractéristiques ont été évoqués à la fois dans les focus groupes et les groupes de travail. *Les professionnels insistent sur certains aspects (administratifs) alors que les focus groupes énoncent la question du stigma.*

Les difficultés rapportées par les professionnels pour des publics spécifiques font référence aux personnes porteuses de handicaps, les usagers de produits psycho actifs, les « grands marginaux », les personnes présentant des troubles psychiques, les jeunes errants. Là c'est la prise en charge dans sa nature qui est complexe. Cependant la question de la stigmatisation est très présente aussi. Les *personnes vieillissantes en situation de précarité* sont citées au regard des difficultés rencontrées pour trouver des solutions adaptées.

Au regard des statuts administratif, les professionnels nomment différentes situations particulièrement complexes :

- les personnes ayant un visa touristique ;
- celles avec une carte de séjour européenne ;
- celles, issues également de l'Union Européenne mais identifiées comme « inactives » ;
- celles ayant droit à la CMU ou à l'AME (incluant en partie le point précédent) mais rencontrant des difficultés pour l'obtenir (publics avec des « droits potentiels ») ;

⁹⁵ Bilan quantitatif des sorties, 2009 ; Ces données sont à analyser de façon plus précises car il faut rapporter les contacts à l'intensité de l'activité des bénévoles ou des salariés (SAMU social de la ville) pour toutes les équipes en période estivale.

- celles ayant acquis la CMU, AME mais rencontrant des difficultés pour faire valoir ces droits pour diverses raisons, dont les refus de soins, difficultés pour obtenir la CMU-C en ouverture immédiate pour les demandeurs d'asile) ;
- Le droit au séjour pour raison médicale des étrangers est aussi soulevé (un seul bureau – préfecture- délais).

On note des différences dans les modes d'organisation institutionnels qui vont ou non faciliter l'accès aux soins car selon les structures, le statut administratif ne va pas influencer sur la prise en charge (PASS PSY, LHSS, Médecins du Monde sont identifiées clairement sans que cela puisse exclure d'autres dispositifs, mais nous n'en n'avons pas la visibilité). C'est la logique de droit à être soigné sur le territoire et celle de la santé publique qui prévaut.

La situation pour les PASS est différente selon les sites.

Les populations nommées au titre des stigmas sont les personnes d'origine maghrébine, les Roms⁹⁶ et de façon générale les personnes maîtrisant peu le français.

Des propos au sujet des personnes dans la rue, « tout confondu » pourrions-nous dire ont été rapportés dans les focus groupes mais aussi dans les groupes de travail.

Illustrations...

« C'est dégueulasse, on est plus bas que terre »... « Les gens à moitié dégueulasses »... « Les pompiers en ont marre de nous ramasser »... (Focus groupes)

« Ceux qui sont sales », « les fous », « les toxicos »... (Entretiens)

Ces constats ont émergé sous d'autres formes au regard de points spécifiques dans le parcours de soin.

VII.3.2. Les difficultés énoncées autour des expulsions locatives

La question des expulsions locatives a émergé dès les premiers entretiens et se rapportait à la question du nombre des personnes concernées par l'étude. Le SAMU social avait mentionné lors du premier comité de suivi auquel il participait un nombre croissant d'expulsions : de 40 à 147 entre 2009 et septembre 2010. Ceci concernerait des personnes âgées tout spécialement⁹⁷.

Les expulsions doivent être rapprochées aussi selon nous, à la précarité croissante sur Marseille –hors changement organisationnel du Samu Social. Lors de notre entretien avec le CCAS, le sentiment est partagé autour de la précarité et la *sollicitation des assistantes sociales, interpellées plus fréquemment et sur des situations signalées de façon tardive*. Les services de mise sous tutelle ou curatelle sont alors souvent le seul recours ; des procédures d'expulsions peuvent être engagées. Les entretiens avec les équipes mobiles de psychiatrie-précarité (EMPP et EMLPP) renforcent le constat autour des expulsions, sans pour autant pouvoir visualiser de tendances. Les divers contacts pris (Mr Bourgat, élu délégué à la Lutte contre les Exclusions, l'Intégration, Mme Tisseron, référente Santé du service Hébergement-accompagnement social du Pôle Ville-Accompagnement-logement social de la DDSCS, Mme Bourrely (service de prévention des expulsions locatives) ont permis de préciser certains points.

Les données disponibles au service de prévention des expulsions locatives (DDCS) et pertinentes au regard de l'étude :

⁹⁶ Les Roms ont été occasionnellement mentionnés sachant que le public concerné par l'étude entraîne un biais. Il en est de même pour les publics sortants de prison, les enfants ou jeunes mineurs qui n'ont pas été l'objet d'un zoom particulier mais qui font certainement partie des publics vulnérables.

⁹⁷ Le SAMU social va sur les lieux d'expulsions locatives avec l'équipe mobile de jour l'ADJ Marceau pour aider les personnes concernées à trouver une solution suite aux décisions prises.

- permettent de retracer les tendances dans le temps, sachant qu'une partie des demandes d'expulsions en 2010 n'a pas pu être suivie par le service (problèmes de saisie informatique) ;
- d'avoir une vision des tendances sur le département et la part que représente la ville de Marseille mais pour cette dernière, les données évolutives sont seulement disponibles depuis 2009.

Ces données ne permettent pas (car le recueil n'a pas été prévu pour cela):

- d'avoir des données sociodémographiques (nombre de personnes concernées, sexe, âge minima) ;
- d'avoir une idée des motifs ;
- de retracer la part représentée par Marseille sur une plus longue période.

Les différentes sources d'informations identifiées sont multiples et non articulées:

- Le SAMU SOCIAL de la ville est sollicité par la préfecture depuis 2008 pour assister les expulsions de façon à proposer aux personnes une solution, (souvent 2 nuitées d'hôtel ou hébergement en CHRS). Nous ne disposons pas des données du SAMU SOCIAL ;
- Les autres sources de données sont celles de plusieurs services sociaux : CAF, Conseil Général, CCAS ;
- Les services de police qui ont pour obligation d'avertir le SAMU SOCIAL avant toute expulsion avec concours de la force publique ;
- Les bailleurs divers ont des données de même que les huissiers mandatés ;
- Le tribunal.

La question n'a pas pu être finalement objectivée.

Les expulsions seraient néanmoins un des déterminants à considérer puisque si le nombre de personnes rencontrées dans la rue ou en hébergement augmente, si les hébergements sont saturés, il s'agit de s'interroger sur les modalités de prévention pour garder un logement, pour éviter que les problèmes de santé rendent « l'habiter » impossible, pour éviter que suite aux expulsions, les problématiques de santé s'aggravent. Si la précarité augmente à ce point et que les expulsions locatives augmentent : quel système de protection la Ville de Marseille peut-elle mettre en place ? Comment instaurer un système d'alerte, de veille ?

La mise en place récemment de la Commission de coordination de prévention des expulsions (CCAPEX) dans le cadre de la loi de mobilisation pour le logement du 25 mars 2009 pourrait peut être permettre d'intégrer les questions de santé. Le lien a été fait avec la DDSC pendant l'étude. Le lien avec le COSM serait à explorer.

A court terme, on pourrait imaginer de documenter toutes les expulsions avec une fiche simple (via l'ADJ Marceau (infirmier) si ses moyens le permettent, en lien avec le Samu Social toujours informé.

- Par la suite, il s'agit de pouvoir qualifier les motifs de ces expulsions en les rapportant à des problématiques de santé (somatiques/psychiatriques) et de précarité
- d'identifier des modalités de vigilance, de protection (principe du fichier canicule ?) pour anticiper les expulsions. Le lien avec les bailleurs est à ce titre essentiel.

VII.3.3. Les obstacles ayant émergé des entretiens, focus groupes et groupes de travail....l'amorce de pistes de travail

Les déterminants négatifs concernant l'accès aux soins s'organisent autour des catégories suivantes (voir annexe pour les informations exhaustives):

- L'environnement politique et institutionnel ;
- Les compétences psychosociales dans un contexte de précarisation, les stigmas et discriminations vécues :

- Les droits : domiciliation et couverture maladie ;
- Les difficultés avant l'orientation vers un lieu de soin, l'accès à l'hôpital ;
- Les obstacles intra hospitalier ;
- Les ruptures à la sortie des services ;
- La prévention (peu abordée).

Les médecins généralistes apparaissent peu. On se rapportera alors au travail réalisé par Cap Méditerranée en 2008⁹⁸.

Les temps collectifs ont insisté de façon différenciée sur les catégories :

Les personnes ayant participé aux focus groupes mettent en avant les difficultés rencontrées dans la rue et le stigma, les discriminations dont elles font l'objet (et de façon plus appuyée que dans les groupes de travail), les obstacles à l'accès aux droits, les difficultés rencontrées au sein de l'hôpital.

Les groupes de travail ont mis en exergue l'environnement politique et institutionnel, les droits, les compétences psychosociales, le stigma, les difficultés avant l'orientation vers un lieu de soins et l'accès à l'hôpital, les difficultés rencontrées en intra hospitalier et à la sortie.

Une fois encore, il existe une grande cohérence mais avec des reliefs intéressants à déchiffrer entre les professionnels et les « usagers ».

L'environnement politique et institutionnel

L'environnement politique et institutionnel a été mentionné, soit de façon très large, soit de façon plus précise sur trois aspects sur lesquels des pistes peuvent être travaillées.

Tout d'abord, les acteurs font état d'une situation sur Marseille où l'on aurait tendance à « minimiser les problèmes », que « tout va bien » donnant aux acteurs le sentiment qu'ils ne sont pas entendus et que leurs expériences ne sont pas prises en compte. Ceci rejoindra le sentiment d'impuissance et d'isolement énoncé dans différents temps de travail. Le manque de lisibilité d'un projet au sens politique du terme est souligné.

La loi de 70 concernant les stupéfiants est un sujet que les acteurs de la réduction des risques pointent régulièrement, argumentant qu'elle constitue un obstacle à la prévention. Il s'agit d'une loi qui ne tient pas compte des stratégies de santé publique ; de nombreux écrits existent sur le sujet.

Concernant les évolutions réglementaires, les changements organisationnels, les acteurs peuvent être informés tardivement ou bien ne pas disposer des nouveaux codes de compréhension.

La période actuelle est particulière. Cependant, ce constat est fréquent. *Ces derniers éléments nécessitent de trouver des espaces, comme les après-midi ASV mais en petit nombre, pour expliquer le mode d'emploi des nouvelles organisations et surtout les interfaces qu'elles entretiennent ou se construisent. A l'heure actuelle, les différentes institutions (ARS, DT13, DRJSCS et DDCS ont désormais une meilleure visibilité de leurs organisations et des modalités transversales qui se mettent en place).*

Les modalités d'information se déclinent différemment pour les professionnels, les bénévoles. Les usagers pourraient aussi trouver une place justement depuis leur place d'usagers. Les modes de compréhension varient selon les cultures professionnelles et il est important d'ajuster les discours pour entrer dans une compréhension opérante.

Les changements récents autour de la mise en place des ARS et de l'organisation de la cohésion sociale semblent avoir déstabilisé le dispositif de veille sociale.

Les acteurs y trouvaient un lieu qu'ils jugeaient intéressant. « On y allait tous, aujourd'hui la veille sociale est réduite au logement ». Le risque de séparation entre le social et le sanitaire qui était

⁹⁸ CAP Méditerranée « Les professionnels de santé du Centre Ville de Marseille, face à la pauvreté et à la précarité », mars 2008.

présagé avec les ARS se traduit semble-t-il concrètement à ce niveau. Il apparaît important de recréer ce lien de façon à retrouver un espace de coopération, voire de le faire évoluer dans le cadre des objectifs que poursuit l'étude ; il est à charge aujourd'hui du SIAO. Il s'agissait d'un système où « on se mettait au courantOn pouvait faire remonter les problèmes et en parler ».

Le SIAO mis en place fin 2010 crée aussi des inquiétudes. Sans questionner la nécessaire coordination autour du logement, le filtre supplémentaire créé interroge les acteurs. Comment expliquer dans la finesse un besoin d'hébergement pour une commission ? Sans pouvoir juger plus avant de la mise en œuvre localement sur Marseille, il serait alors important de pouvoir rendre le mode de fonctionnement accessible aux acteurs concernés. Le SIAO rencontre des contraintes fortes. Lors de l'entretien réalisé récemment, la capacité à répondre aux demandes montre les écarts à combler entre le dispositif et les capacités d'hébergement sur la ville. Le SIAO par exemple a pu apporter 20 % des réponses aux demandes courant janvier 2011. Dans cette configuration, des populations restent sans solution, comme ce peut être le cas des populations Roms ; des craintes existent aussi autour de personnes dont « personne ne voudrait ».

Pour les usagers de produits psychoactifs par exemple, des craintes ont pu être évoquées lors de rencontres : *le stigma et la complexité de la prise en charge de ces personnes font craindre, mais cela restera à vérifier, qu'elles rencontrent encore plus de difficultés pour a) trouver une solution d'hébergement ou de logement et b) que cette solution soit adaptée.*

La coordinatrice du SIAO précise que lorsque des dossiers reviennent souvent, la commission tente de les prendre en compte.

Le secteur associatif précise par ailleurs que face à de multiples situations, que ce soit pour le logement ou non, des demandes ne sont plus faites, y compris au 115 car la réponse négative serait connue par avance⁹⁹. Cette situation est préoccupante puisqu'un filtre s'installe peu à peu au regard du système qui ne répond plus ou selon certaines conditions.

Ces constats appellent donc à la plus grande vigilance pour soutenir d'une part la mission du SIAO dans ses principes d'équité et d'instaurer une veille, dans le cadre de ses missions, autour de difficultés récurrentes touchant certains publics, et ce, dans un principe de lutte contre les discriminations.

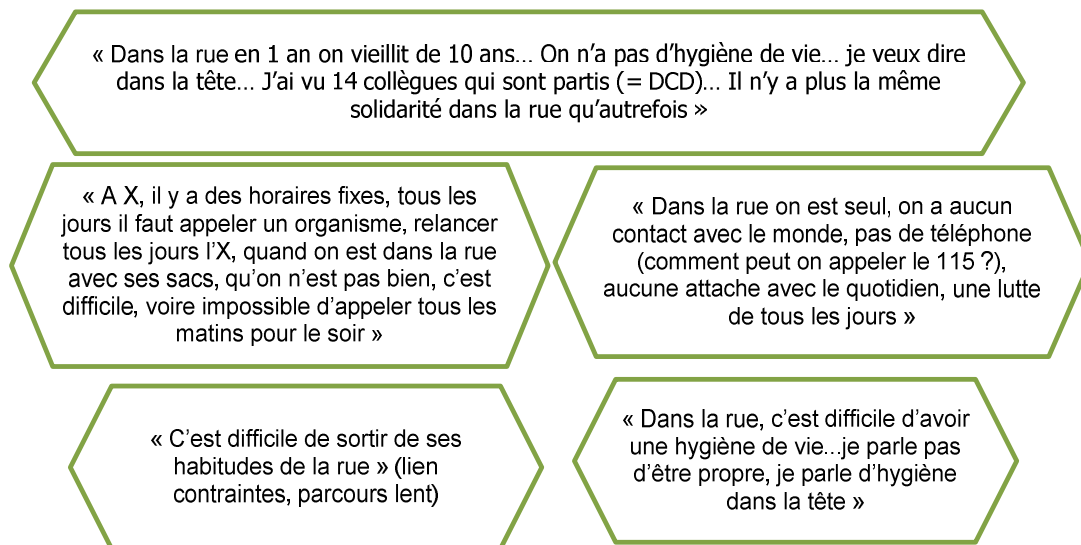
Les compétences psychosociales dans un contexte de précarisation, les stigmas et discriminations vécues

Les publics, au-delà des catégories mentionnées en début de ce chapitre, partagent un certain nombre de points liés aux processus de précarisation et de la vie dans la rue, ces processus pouvant être par ailleurs être amplifiés pour certains groupes populationnels en raison de leur particularité comme mentionné ci-dessus.

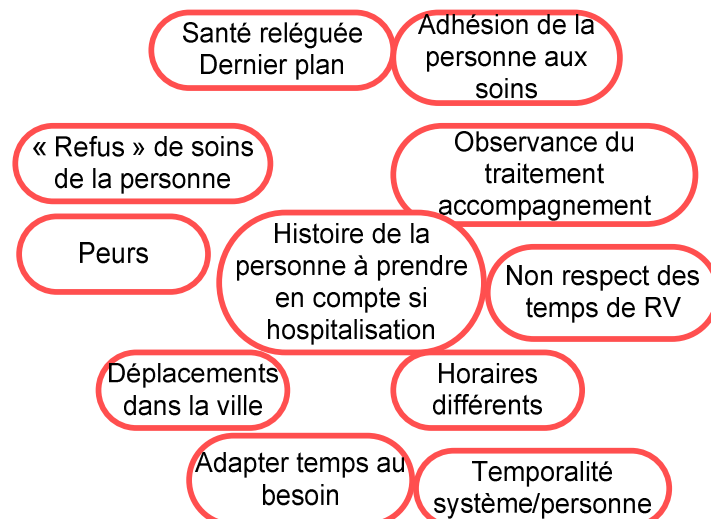
Les quelques témoignages dans les focus groupes illustrent les situations dont la complexité est bien documentée à ce jour dans la littérature, et qui renvoient à l'énergie passée à survivre dans la rue où tout est compliqué....

Illustrations...

⁹⁹ Les populations Roms ont été citées également.



Résonnent alors les propos des professionnels...



On voit alors se dessiner les modes opératoires des professionnels et des bénévoles à développer pour s'ajuster au mieux... Les professionnels insisteront sur ces façons de faire surtout autour des propos tenus dans l'accompagnement, la médiation, l'entre deux à développer et leur fonction de « passeurs ».

On voit aussi une deuxième dimension : la mise en tension des fonctionnements institutionnels avec des programmations (rendez-vous) souvent mis en échec puisque les temporalités ne coïncident pas... d'où des incompréhensions et des crispations. Ces questions ne peuvent être résolues que par une réflexion sur la flexibilité des organisations (ce qui ne renvoie pas « au laisser faire » comme souvent ceci est renvoyé) : les plages horaires ajustées, les possibilités d'accueil sans rendez-vous, ceci ne pouvant être déconnecté par ailleurs de la qualité de l'accueil. Cette flexibilité est nécessaire tout spécialement dans les PASS, dont celle de La Conception, où actuellement les modes d'organisation peuvent sans doute être renforcés, avec des plages horaires plus larges, un lien à penser avec le soir, les fins de semaines.

La difficulté à engager des prises en charge de façon programmée, les réponses alternatives à l'hôpital étant peu développées dans une logique de bas seuil, on assiste alors à une utilisation des urgences par défaut, ce qui engorge le système pour, in fine, ne pas trouver de réponse satisfaisante, ni pour les professionnels ni pour les usagers.

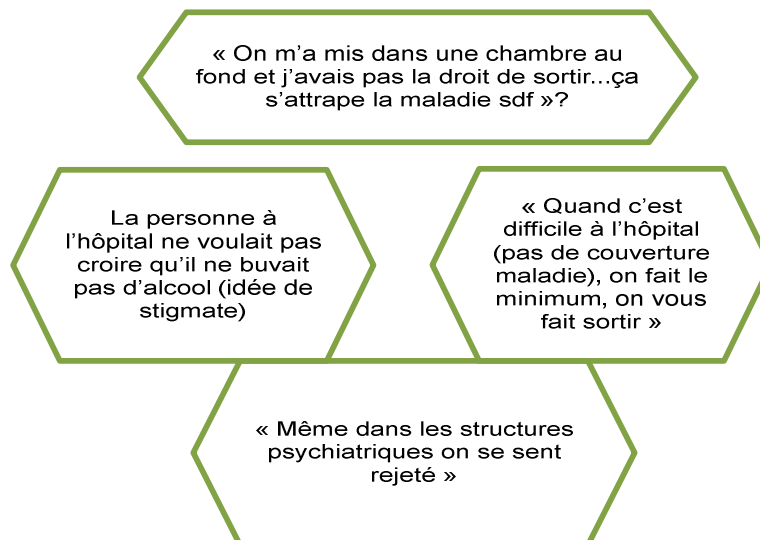
Ces obstacles font caisse de résonance avec les propres limites du système couplant hébergements, services hospitaliers, ambulatoire, champ du social, du soin, de la prévention, système qui génère aussi par lui-même une série de ruptures.

Tout ceci doit être replacé dans un contexte où on note des refus des unités d'hébergement d'urgence et un déficit en alternatives d'hébergement pour répondre à la variété des situations. Mention a également été faite autour de l'organisation du SAO de l'époque avec un manque de gestion harmonisée, des personnes qui racontent leur histoire plusieurs fois....

Les personnes des focus groupes ont exprimé de façon spontanée les difficultés qui semblent aller croissant dans la rue :

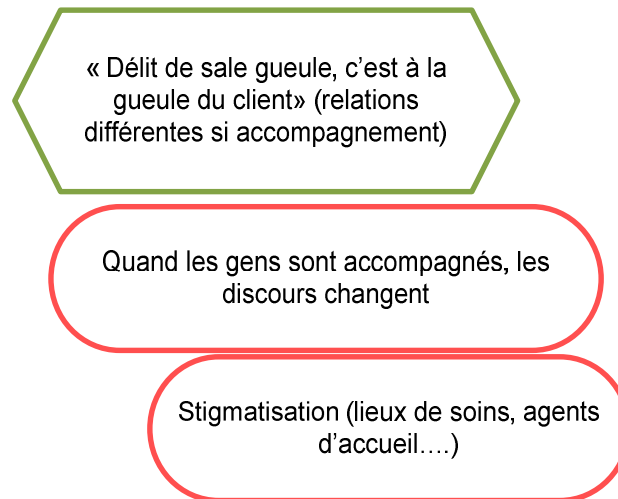
« Dans la rue, depuis 10 ans, c'est plus pareil. Y'a plus la même mentalité, y'a des vols dans les foyers, avant on pouvait tout laisser »... « Y'a beaucoup plus de gens dans la rue, y'a moins de solidarité, les gens avaient moins peurs de nous.... ». La difficulté de repérage des structures « Je ne savais pas qu'il y avait autant de structures, d'aides » (il y aurait peut être un espace à développer avec les pairs sur ce point), les aides parfois inadaptées « Pour faire cuire les aliments qu'on distribue dans la rue c'est pas possible ».... « La rue, c'est la lutte pour la survie »

Des propos qui ont pu être forts...



Lieux de soins et stigmatisation :

Si des propos ont été tenus au sujet de prises en charge de qualité, humaines, des situations de stigmatisation semblent fréquentes aussi, elles viennent justifier de nombreux accompagnements dans leur dimension de médiation :



Loin de porter un jugement sur l'ensemble de la communauté des soignants, c'est le côté aléatoire (« cela dépend des gens ») qui vient questionner le système de santé et qui nécessite alors d'agir.

Le rôle des agents d'accueil en milieu hospitalier a été mentionné à plusieurs reprises ; une professionnelle s'exprime :

« L'accueil administratif, c'est le pire dans tous les hôpitaux, ...Le regard haineux des agents d'accueil, il n'y a pas de confidentialité », « pourquoi vous êtes à 100% », « ils lisent les lettres adressées au médecin, demandent les antécédents, on se sent obligé de répondre, ils parlent en disant « il » alors que la personne est avec nous (« il s'appelle comment ? » « Il est dangereux ce monsieur ? »), le discours change quand on accompagne ».

Cet aspect qui n'a pu être approfondi, demande néanmoins que l'on s'y attarde. Le regard porté sur les personnes en situation de précarité est souvent emprunt de stigma, des règles de fonctionnement peuvent certainement respecter et la qualité de l'accueil et les impératifs de services.

La qualité de l'accueil dans les structures est un déterminant majeur dans le recours aux soins. Toutes les études le démontrent.

Dans les services administratifs, sociaux il est souvent nécessaire aussi de mieux préparer les personnes à l'accueil.

Cette piste est à travailler, en identifiant mieux les sites et les besoins des personnels des accueils, voir aussi de leur point de vue ce qui dysfonctionne.

Les droits¹⁰⁰ : couverture maladie

Les droits ont fait l'objet de plusieurs approches car il a été particulièrement difficile de cerner la question. Les différents interlocuteurs rencontrés ont permis d'éclairer une nouvelle facette à chaque fois.

Les points de vue des personnes des focus groupes et des professionnels des groupes de travail ainsi que des entretiens spécifiques mettent de l'avant une situation complexe pour différentes raisons :

- les situations fluctuent dans le temps avec parfois des avancées, parfois des reculs, parfois sur certains aspects seulement ;
- Les obstacles varient selon l'environnement : les PASS par exemple n'ont pas de fonctionnement homogène ; les obstacles rencontrés sont surtout semble-t-il à La Conception mais le secteur associatif peut aussi mentionner des difficultés quand il n'y a pas d'hospitalisation dans d'autres PASS ;

¹⁰⁰ Un focus « droits » est repris par la suite.

- Les difficultés sont différentes selon les dispositifs : CMU, CMUc, AME et ACS (complémentaire santé) ; pour cette dernière c'est le système lui-même qui est complexe ;
- Les difficultés sont différentes selon qu'il s'agit de la relation entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire (par exemple pour l'AME, les assistantes sociales de Nord mentionnent le PARI – secteur de l'Assurance Maladie avec lequel cela marche plutôt bien) ;
- Au sein même de l'hôpital, nous nous demandons si les assistantes sociales sont informées systématiquement ;
- Etc.

L'entretien réalisé avec les experts de l'Assurance Maladie a donné un autre éclairage. Nous y reviendrons dans le « focus ».

In fine, au-delà de ce que nous avons pu collecter, nous avons proposé un temps avec les professionnels de l'Assurance Maladie pour clarifier les différentes difficultés, trouver des éclairages, et mettre en place une forme de rencontre, concertation régulière qui permette de mettre à jour les intervenants autour des droits, de fluidifier tout le système d'accès aux droits depuis l'élaboration du dossier jusqu'à l'obtention effective des droits.

La question relative aux changements récents concernant l'AME (droit d'entrée de 30 euros) n'a pu être abordée ; elle fait partie pourtant des déterminants à prendre en compte.

Les difficultés énoncées font référence aux **droits et à l'usage possible de ces droits**.

- Il est important de noter que parmi les personnes rencontrant des difficultés d'accès aux droits, le public de l'étude y est particulièrement exposé¹⁰¹.
- Les énoncés dans les focus groupes et groupes de travail se différencient : les personnes des focus groupes donnent des faits (tout en ayant valorisé l'importance de la CMU, de l'AME). Les professionnels insistent sur le processus et les lourdeurs du système. Les exemples sont en annexe.

Les difficultés font référence à des registres différents

- des difficultés à appréhender les formalités et leurs évolutions ;
- l'incompréhension de situations avec le sentiment que les règles changent selon les interlocuteurs ;
- le manque d'interlocuteur pour avoir des réponses simples (renseignement) ou avoir une aide autour de dossiers complexes ;
- le distinguo entre ce qui relève du droit et de son application n'est pas toujours clair. *Il s'agit pourtant de bien faire la différence puisque les leviers ne sont pas les mêmes.*

L'accès aux droits vient prendre le pas sur leur usage pour les professionnels. Par contre, *pour les usagers, il semble que la question qui se profile est aussi liée à une information intelligible autour de l'usage des droits, à leur respect par différents types d'acteurs.*

La difficulté pour utiliser ses droits, connaître aussi les recours n'est souvent pas connue. Les discussions avec Florence Lardillon de l'Université du Citoyen viennent confirmer tout spécialement cet aspect. Le travail fait dans les CHRS doit alors insister sur ce point : l'information ne suffit pas. Ce sont les codes, à partir de situations concrètes, qui doivent pouvoir être mieux appréhendés. Là encore des liens pourraient être pensés avec les pairs de façon plus générale et un matériel très

¹⁰¹ Médecins du Monde dans son rapport au niveau national en 2010, note (2010 : 131) « Les trois quarts environ des personnes sans domicile fixe peuvent théoriquement bénéficier d'une couverture maladie (38% relèvent de l'Assurance Maladie, 33% de l'AME et 3,5% d'un autre pays européen), 26% ne relève d'aucun dispositif, en butte, pour la plupart au critère de résidence de 3 mois en France. Dans les faits, les personnes sans logement sont 27% à disposer d'une couverture maladie lorsqu'elles sont reçues dans les CASO ».

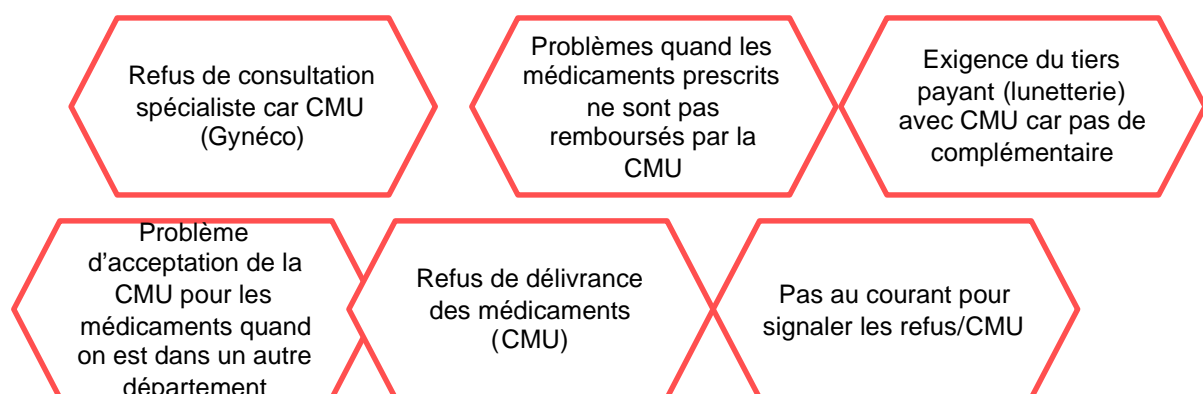
adapté existe à partir des associations d'usagers ; il peut servir de base pour simplifier encore plus (voir les préconisations).

Les difficultés énoncées pour l'accès aux droits sont les suivantes :

- obtention d'une carte vitale longue ; en cas de perte il s'avère compliqué d'en avoir une autre ;
- faire valoir la CMU lorsqu'il y a un changement de département
- Ruptures des droits avec plusieurs raisons :
 - a) perte des papiers
 - b) rupture de cotisation des mutuelles en raison d'un livret A.
- Difficultés pour obtenir une mutuelle quand on dispose de l'AAH ;
- Délais des versements (CAF par exemple avec difficultés pour avancer les frais) ;
- Absence de compte bancaire et versement impossible de certaines aides ;

Les personnes mentionnent qu'en l'absence de papiers il est difficile de se faire soigner.

Emergent aussi le non respect des droits par certains praticiens (évoqué également lors de plusieurs entretiens et documenté par ailleurs depuis quelque temps), des prescriptions dont la prise en charge n'est pas possible dans le cadre de la CMU (mauvaise information des professionnels ?), le tiers payant exigé est source d'incompréhension.



Ces obstacles vont de paire avec la difficulté à faire valoir ses droits quand on est déjà dans une situation de précarité. Par ailleurs, le dispositif pour informer des dysfonctionnements n'est pas opérant pour les personnes en situation de vulnérabilité.

Concernant la prévention et le droit afférent, les bilans proposés varient selon le statut administratif des personnes alors qu'elles seraient potentiellement intéressées¹⁰². Cette partie a été très peu explorée et documentée. Les dépistages de cancer sont eux, appréhendés dans le cadre du parcours des personnes (d'où l'importance d'acter que l'information n'est pas suffisante pour agir). Une seule personne mettra en avant la hiérarchisation de ses priorités : trouver un logement.

Les professionnels de leur côté mentionnent au regard des droits :

- les dossiers complexes à monter ;
- des procédures à relancer en l'absence d'information à jour de la situation des personnes au regard des droits (lourdeur du fichier national dit CDR, mises à jour trop ponctuelles) ;
- des dossiers « toujours incomplets » alors que de leur point de vue, les pièces sont en accord avec ce qui est théoriquement nécessaire ;

¹⁰² Des expérimentations ont lieu à ce titre sur d'autres territoires.

- des envois de dossiers incomplets sans lien avec le référent social ;
- des délais trop longs d'instruction ;
- des difficultés pour obtenir la CMUc en ouverture immédiate pour les demandeurs d'asile ;
- le refus des attestations sur l'honneur ;
- les attestations faxées sur le département ne seraient pas acceptées ;
- des factures hospitalières reçues malgré des fiches de liaison PASS (facturation non bloquée) ; ce point peut être rapporté soit à des procédures non respectées, soit au système de comptabilité des hôpitaux (fin d'année) ;
- La question des dettes hospitalières est mise en avant, de même que les difficultés pour financer sa mutuelle, non pas nécessairement par manque de moyens dans le cas cité mais parce que le système fréquemment utilisé oblige à verser de façon mensuelle le montant de cette mutuelle avec le corollaire : oublis, décalages...donc rupture des droits acquis¹⁰³ ;
- La difficulté pour obtenir une mutuelle (difficultés pour faire des choix) ;
- Un seul bureau avec des attentes longues pour les demandes de régularisation pour soins et des procédures plus sévères ;
- Les restrictions liées récemment à l'AME
- Etc.

Le système administratif est complexe, devient plus restrictif au regard des étrangers tout spécialement, mais tant que des interlocuteurs privilégiés étaient disponibles (référénts sociaux et délégués conseils), les problèmes pouvaient être clarifiés et leur expertise était reconnue aussi bien en ambulatoire qu'à l'hôpital. Depuis la réorganisation de l'Assurance Maladie avec la mise en place d'une plateforme, les liens se sont dégradés. De fait, la plateforme n'est pas jugée opérante car trop généraliste, l'expertise demandée n'est pas suffisante pour les interlocuteurs qui appellent toujours pour des cas spécifiques et complexes. Le système de la « débrouille » prévaut alors et il n'est pas suffisant. Par ailleurs il vient surcharger le travail des assistantes sociales.

Les difficultés avant l'orientation vers un lieu de soin, l'accès à l'hôpital

Les difficultés de prise en charge des personnes incluses dans l'étude sont d'abord marquées par l'absence du médecin généraliste dans le travail avec les professionnels ; il est apparu un peu plus dans les focus groupes. C'est l'hôpital qui est nommé, les PASS.

Les LHSS ne sont pas apparus dans les difficultés, mais le rapport des LHSS de Fontainieu mentionne des liens à resserrer avec les équipes dont les accueils de jour pour mieux utiliser le dispositif.

Plusieurs dimensions apparaissent au fil des groupes de travail. Le dernier a permis l'émergence de nouvelles catégories.

L'aspect des orientations n'est pas apparu dans les focus groupes où l'accent a plutôt été mis sur les difficultés rencontrées au sein des structures hospitalières et à la sortie.

Les catégories qui émergent des professionnels recouvrent :

- l'isolement des équipes face aux problèmes de santé ;
- la difficulté à connaître des problèmes et à pouvoir orienter de façon ajustée ;
- la méconnaissance du réseau ou à l'inverse trouver le lieu adapté ;
- la nécessité d'accompagnements de plus en plus fréquents couplés aux obstacles pour se déplacer ;
- le manque de solutions pour réaliser des soins infirmiers en ambulatoire, les difficultés liées aux CMP.

L'isolement et le sentiment d'impuissance relèvent donc de deux facteurs distincts : identifier les problèmes, avoir un avis, savoir utiliser les options possibles dans un contexte contraint.

¹⁰³ Une solution semble avoir été trouvée à l'instar de l'exemple de Toulouse pour pallier à l'impossibilité de faire des prélèvements automatiques sur le livret A.

Les urgences sont donc utilisées par défaut, à la fois pour éviter de « passer à côté de quelque chose », à la fois parce qu'on ne sait pas faire autrement, ceci étant couplé au manque de système alternatif aux urgences en ambulatoire.

Les données du Samu Social de Paris, montrent que seulement 5% des situations rencontrées nécessitent une orientation vers les urgences. La majeure partie des cas doit donc trouver une autre option.

Devant l'énoncé « il faudrait un médecin généraliste », on oppose la nécessité plutôt de soins infirmiers...

Sans évacuer le sens autour duquel un soignant dans la rue peut permettre de créer du lien, on doit aussi prendre en compte le discours des travailleurs sociaux ou éducateurs qui mentionnent que le médecin « va prendre toute la place dans la relation », elle-même jugée nécessaire dans le travail de rue.

Il n'y a pas de solution idéale, il s'agit de trouver le meilleur compromis possible. Les apports de l'équipe de Toulouse ont été intéressants à ce titre.

Plusieurs pistes ont été travaillées en groupe pour traiter cette question du repérage des problèmes de santé, la possibilité d'avoir un avis ; de nombreuses ressources existent, il faut peut être les mobiliser de façon différente. La question des transports a aussi été abordée (souvent le recours au SAMU social de la ville ou de la Croix Rouge permettra de faciliter les transports et de gagner du temps).

Le lien avec les LHSS fait partie de ces options (avis, orientations, soins infirmiers ?) tout comme le travail avec les généralistes (voir l'étude de CAP Méditerranée déjà citée).

De façon plus générale, le travail de rue et le manque de formation des acteurs peut trouver des modes de résolution, en incluant aussi des pairs et en valorisant leur compétences avec des modalités de travail interactives.

Aujourd'hui, le projet de soins en ambulatoire, promu par le secteur psychiatrique, mais qui ouvre la possibilité de prendre en compte le somatique et des soins infirmiers, offre un moment opportun pour soutenir la préfiguration du bus prévu dans ce cadre. Ce projet peut être rapidement rendu opérant avec toutes les précautions d'usage par ailleurs concernant ce type de projet si la mobilisation des acteurs peut être réactive et soutenue efficacement par les décideurs.

Par ailleurs, une meilleure connaissance du réseau qui ne passe pas dans ce cas par un annuaire, pourrait être travaillée dans différents espaces : « il y a un manque d'accessibilité aux structures de soins » : on se réfère ici à la veille sociale. Un travail sur les situations complexes peut être amorcé, etc.

La nécessité des accompagnements relève de différents facteurs :

- la préoccupation de l'accueil dans les structures où les acteurs orientent : *le lien avec la qualité des accueils est une piste à travailler ;*
- les situations lourdes et complexes qui nécessitent une médiation (processus d'empowerment, de la stratégie « à petits pas »).

Les obstacles intra hospitaliers et les ruptures à la sortie

Les catégories ayant émergé s'organisent autour du manque de personnel « pas assez d'assistantes sociales », « il manque un poste d'infirmier à La PASS de La Conception », « les soignants sont peu soutenus ». *Ces éléments se réfèrent à des déterminants sur lesquels nous avons peu de prise, le cas de La Conception étant un peu à part.*

La qualité de l'accueil, voire de discriminations réapparaissent dans cette analyse spécifiquement autour des agents d'accueil évoqués antérieurement.

Si la qualité de l'accueil à La PASS de La Conception fait plutôt l'objet d'un consensus, ce sont les modalités d'organisation qui sont pointées de façon très concrète : plages horaires, rendez-vous, interprétariat, locaux.

Le décalage entre le monde médical et les patients est manifeste, le temps nécessaire et la vision globale de la personne sont souvent rendus impossible en milieu hospitalier. Les cultures médicales, sociales s'affrontent.

Les études médicales ou para médicales ne préparent pas à la compréhension de la précarité, à ses conséquences sur la santé et la façon de gérer les événements morbides. Les questions de l'ordre de la couverture maladie et financières échappent la plupart du temps aux professionnels formés.

Ceci couplé au mode de fonctionnement hospitalier avec un cloisonnement important, l'accent mis sur la technicité, le recul important de la fonction d'accueil se heurte aux recours itératifs, ou bien souvent les urgences représentent aussi le lieu où la souffrance psychosociale peut être rendue légitime par les personnes concernées. Les modalités de financement des PASS ont également été interrogées par plusieurs acteurs. Ce point spécifique est actuellement pris en compte par l'ARS dans le cadre d'un travail plus global.

Les difficultés à la sortie de l'hôpital ont été fortement soulignées dans ce groupe de travail, un peu dans les focus groupes

Plusieurs aspects sont à considérer :

- les sorties prématurées font référence à ce que disaient certaines personnes dans les focus groupes (on fait le minimum au regard des droits¹⁰⁴). Elles peuvent être jugées prématurées au regard de la situation vulnérable de la personne et sans solution satisfaisante en aval de l'hôpital.
- des sorties la nuit sont constatées sans prendre soin de trouver une solution (une des femmes rencontrée dans un focus groupe mentionnait un retour à pied à 4h du matin au CHRS) ;
- des traitements sont inadaptés versus des alternatives qui n'ont pas été considérées au regard de la capacité financière des personnes et des modes de remboursement dont elles peuvent bénéficier (médicaments prescrits non ou mal remboursés) ;
- les traitements pour les maladies chroniques (HTA, diabète..) sont complexes à suivre sans hébergement continu ;
- le manque de connaissance des LHSS émerge de nouveau ; s'ils sont connus aux urgences, le sont-ils ailleurs ? La provenance des personnes dans les LHSS montre pourtant qu'une majorité est orientée par le secteur hospitalier. Des CHRS reçoivent des personnes qui ne peuvent être prises en charge correctement ou au prix d'une adaptation forte ;
- le lien entre les assistantes sociales du champ hospitalier et celles qui suivent en ambulatoire les personnes a été mentionné une fois ;
- la préoccupation qui a émergé fortement aussi fait référence au manque d'informations opérantes pour mettre en place rapidement la suite d'un traitement : les acteurs des hébergement se retrouvent alors démunis pour faire suite aux recommandations ; des fiches de liaison devraient être mises en place, y compris à la PASS de La Conception, en attendant les comptes-rendus, afin d'éviter les ruptures de soins, de faciliter les suites et de permettre aux acteurs des hébergements de s'organiser ; *Cet aspect pourrait être résolu assez vite et avant tout à la PASS de La Conception* ;
- des difficultés pour stocker les médicaments dans les hébergements ont été énoncées une fois ; si cela s'avère une préoccupation plus partagée, des solutions très opérantes peuvent être trouvées ;

¹⁰⁴ On notera aussi que les services sont piégés par ailleurs dans le cadre de la tarification à l'acte, la fameuse T2A.

- les modes de fonctionnement des hébergements où les personnes doivent sortir le matin et revenir le soir ne sont pas propices à une consolidation, une convalescence en sortie hospitalière ;
- pour le secteur psychiatrique, c'est le relais en CMP qui va être complexe à la fois pour des raisons de savoirs faire, d'organisation et de surcharge par manque de moyens.

Ces différents aspects évoquent des pistes plus ou moins faciles à mettre en œuvre, la première étant de rendre opérant le système de fiches de liaison adaptées, une meilleure diffusion des LHSS ; un lien peut être aussi créé avec le 115 pour que les équipes de rue puissent retrouver les personnes sortantes du milieu hospitalier. Les autres déterminants appellent à travailler sur les alternatives aux hébergements de façon plus large, au travail de formation du secteur hospitalier autour de la précarité.

La prévention ...

Ce point n'a suscité que trois commentaires dans le focus groupe dans lequel il a pu être abordé et reprend trois catégories :

- la peur inspirée par les dépistages, qui prend une place particulière en situation de précarité ;
- le manque d'information (par exemple sur les vaccinations) ;
- le constat que certaines populations peuvent en être exclues (droits).

Lors de la rencontre avec l'Assurance Maladie, nous avons pu partager sur le fait que les dispositifs de dépistage pour les adultes en situation de précarité ne sont pas efficaces. Ceci est lié pour partie à...

- un mode d'identification des personnes sur la base de listing à l'Assurance Maladie, avec l'envoi de courriers peu adaptés (formulations, populations ayant des difficultés avec le français) ;
- à la problématique générale des dépistages de maladies graves pour les personnes en situation de précarité ;
- les stratégies de dépistage (maladies chroniques ou cancers) n'ont pas été réfléchies avec les CHRS.

Le champ est difficile à structurer, mais par ailleurs, il existe peut être là une piste nécessitant une réflexion, incluant les stratégies de proximité, la mobilisation de ressources telles que les adultes relais comme cela peut être fait dans les foyers pour travailleurs migrants, l'implication de pairs, etc. L'articulation avec les autres initiatives des ASV, l'Université du Citoyen, le CODES et le service des vaccinations de la ville pour ce champ, serait intéressant à réfléchir. Le lien ville – PASS pourrait aussi se développer sur certains aspects tout comme avec le centre Gaston Berger. [L'importance de prendre en compte les personnes quel que soit leur statut administratif est une exigence éthique et déontologique.](#)

La prévention abordée à partir de thèmes qui ne mobilisent pas trop de craintes (vaccinations par exemple, dépistages bucco-dentaires...) peuvent faire partie intégrante du « prendre soin » et soutenir aussi les processus de soins...

VII.3.4. Focus : domiciliation, couverture maladie, PASS de La Conception, Lits Halte Soins de Santé.

[Le dernier temps de travail collectif autour des droits s'est déroulé le 9 mai 2011 \(le compte-rendu est disponible en annexe\). Le chapitre de la version du 31 mars 2011 est donc complété ici. Des points ont également été spécifiquement pointés lors de la restitution aux usagers le 12 juillet.](#)

« Focus domiciliation »

L'accès à une domiciliation ouvre la possibilité de bénéficier de toute une série de droits, dont la couverture maladie. Entrer dans une procédure de domiciliation est nécessaire uniquement dans le cas où les personnes ne peuvent donner une adresse pour recevoir leur courrier. Ce point est confirmé par les experts de l'Assurance Maladie lors de notre entretien en janvier 2010.

Les CCAS ou des associations qui peuvent avoir un agrément de la Préfecture procèdent aux domiciliations. Diverses circulaires encadrent la domiciliation. Celle du 25 février 2008¹⁰⁵ reprend les textes antérieurs et clarifie les dispositions. L'UNCASS¹⁰⁶ face à la complexité et à la variabilité des pratiques a édité un guide¹⁰⁷ auquel le CCAS de Marseille a contribué afin d'harmoniser les pratiques sur le territoire français.

Difficultés souvent rencontrées : des difficultés mises en évidence au niveau national par Médecins du Monde¹⁰⁸ portent sur divers points, les situations varient selon les villes:

- Mise en œuvre de procédures de domiciliation pour ouvrir des droits sociaux.
 - ➔ Médecins du Monde relève alors que de nombreuses caisses d'Assurance Maladie demandent un justificatif de domicile alors que le déclaratif de l'adresse devrait suffire.
 - Plus grande difficulté pour les personnes étrangères qui relèvent d'un dispositif spécifique prévu par la loi Dalo (article L264-1 du CASF).
 - ➔ Les CCAS sont tenus de faire les domiciliations pour les personnes relevant de l'AME et *sans contrôle du droit au séjour*. Une attestation de domiciliation spécifique leur est remise – il existe un cas particulier pour le bénéfice de l'aide juridique pour les étrangers en situation irrégulière
 - Justificatifs demandés ou non,
 - Variations des pratiques entre les différents CCAS.
 - Le refus d'une domiciliation ne peut se faire que si aucun lien avec la commune n'est établi.
- Aucune durée minimale sur le territoire de la *commune* ne peut être exigée (par contre les 3 mois sur le territoire français constituent une exigence). *Cette durée de 3 mois est parfois confuse, parfois elle est rapportée au territoire français, parfois à la commune. C'est un point de vigilance à avoir.*

Dans le cas de Marseille, des avancées sont à noter concernant les questions de domiciliation avec le CCAS depuis la réorganisation du service. Par contre, lors des derniers entretiens et groupes de travail, des difficultés sont à nouveau mentionnées par les acteurs.

A Marseille, les domiciliations sont possibles à l'hôpital¹⁰⁹ et dans les centres de la ville (10 accueils au moment de nos entretiens) depuis 2007 de façon plus harmonisée : il existe une centralisation des demandes, un seul interlocuteur en est destinataire. Ce changement de mode de fonctionnement donne lieu à une attestation de dépôt, le temps que les demandes soient examinées au niveau central puis l'avis retourné à l'antenne du CCAS qui a enclenché la démarche (demande 8 jours environ). Cette attestation fait partie du circuit logique suite à cette réorganisation qui permet d'éviter par ailleurs la variation dans l'interprétation du droit. Mme Prételli souligne que des mises à jour pour les agents sont réalisées régulièrement et que des agents les plus anciens peuvent aider leurs collègues dans l'application du droit. Tout ceci vise à améliorer l'harmonisation des prises de décision.

Dans les hôpitaux, les agents se trouvent au bureau d'accueil ; une convention qui sera renouvelée est signée entre l'AP-HM et le CCAS. *Mme Prételli du CCAS précise par ailleurs lors de notre entretien que les interfaces avec l'Assurance Maladie vont se renforcer pour faciliter l'accès aux droits afin de renforcer l'organisation ; ce point est confirmé lors du temps de rencontre le 9 mai ; les agents auront les mêmes missions que leurs collègues en ville, ce qui permettra de mettre en place à l'hôpital, les mêmes droits qu'en ville.*

Pour les associations, une fiche de liaison avec le CCAS permet de faciliter les relations.

Procédure : selon le CCAS, les critères à réunir pour la domiciliation sont réunis lors d'un entretien avec la personne concernée.

- Le lien avec la commune se fait sur du déclaratif ;
- La stabilité sur la commune est appréciée sur du déclaratif, aucune durée minimale n'est exigée ;

¹⁰⁵ Circulaire N°DGAS/MAS/2008/70 du 25 février 2008 relative à la domiciliation des personnes sans domicile fixe.

¹⁰⁶ Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sanitaire et Sociale.

¹⁰⁷ www.uncas.org/publicatinos/guide-domiciliation.asp

¹⁰⁸ Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France, Rapport 2010

¹⁰⁹ Les domiciliations à l'hôpital se faisaient depuis 1993 et non en ville.

- Une pièce d'identité est demandée ou une déclaration de perte (ceci peut-il poser problème en particulier pour les personnes étrangères, « sans papiers » ?) ;
- Mme Prételli souligne que les notions de personne « sans domicile fixe » et « sans domicile stable » devrait être séparées, cela sera peut être possible avec le futur logiciel en 2011.

Cet aspect devrait être suivi de près car il peut aller dans le sens du rapport Chambaud : disposer d'outils statistiques permettant de mesurer les besoins. Il faut alors prendre en compte que différentes associations effectuent des domiciliations pour estimer les besoins de façon exhaustive. Le repérage nécessite alors d'utiliser les mêmes catégories et critères de renseignement. Le lien à créer avec la DSPH est important à ce sujet.

Des défis se posent au CCAS pour renforcer l'articulation domiciliation / accès à la CMU ou l'AME et travailler à moyens constants avec une activité de domiciliation accrue attestée dans les statistiques. [Ce point devrait être résolu dans la nouvelle convention liant CCAS et AP-HM.](#)

Les données mises à disposition (CCAS, DDCS) montrent que 26 structures réalisent des domiciliations en 2009.

L'activité entre 2007 et 2009 (premières demandes et renouvellements) augmentent avec des chiffres globalement identiques pour 2008 et 2009 (2327 # 2344 premières demandes et renouvellements respectivement) pour une file active¹¹⁰ qui augmente¹¹¹ : 1960 en 2008 et 2410 en 2009. Les données fournies par le CCAS permettent d'identifier les AME depuis 2008.

Outre le CCAS, des associations sont agréées pour établir une domiciliation, soit pour l'ensemble des publics accueillis, soit selon certains critères, les autres personnes étant adressées au CCAS. Lors de la restitution de l'étude du 19 octobre 2010, les structures qui se sont exprimées notent qu'elles sont submergées par le travail que demande la domiciliation, en particulier l'ADJ Marceau Consolat ; le travail demandé pour les domiciliations occupe plusieurs temps pleins. [Lors de la réunion du 9 mai 2011, d'autres associations soulèvent le même problème en raison du déménagement d'un des centres du CCAS vers le deuxième arrondissement. Une association mentionnera qu'elle est amenée à refuser au moins dix demandes de domiciliation par jour. Les contraintes du CCAS et les changements organisationnels récents engendrent pour les associations un surcroît de travail et des difficultés pour les personnes qui doivent se déplacer. La crainte d'allongement des délais suite au déménagement ne se poserait pas puisque l'ensemble du personnel est en poste sur le nouveau site.](#)

En synthèse :

- Le CCAS depuis sa réorganisation fonctionne mieux mais des changements ont de nouveau cours ;
- Les domiciliations sont réalisées en milieu hospitalier et en ville ;
- Les domiciliations sont réalisées pour les AME et deux autres associations prioritairement y contribuent également ;
- Le déclaratif est privilégié et les procédures semblent conformes au guide de la FNARS ;
- [Cependant, lors de la réunion du 9 mai, les acteurs \(ville ou hôpital\) mentionnent des difficultés :](#)
 - o la notion de justificatif pour démontrer le lien avec la commune est de nouveau posé ;
 - o la demande de justificatif concernant la résidence sur la commune depuis plus de 3 mois a été mentionnée (le CCAS avait pris des mesures à ce sujet car il en avait été alerté mais les acteurs le mentionnent de nouveau).
- [D'autres difficultés sont mentionnées :](#)
 - o Une preuve d'identité,
 - o Une pièce d'identité avec photo parfois,

¹¹⁰ Attention : une personne radiée puis ré-inscrite sera comptée deux fois. Donc la file active ne représente pas le nombre de personnes différentes.

¹¹¹ Il existe des discordances à clarifier dans les statistiques.

- Une domiciliation peut être nécessaire pour recevoir par exemple un acte de naissance, et inversement un acte de naissance peut être demandé pour une domiciliation...
- Le cas de gens du voyage a été évoqué au regard du lien avec la commune – il reste à préciser.
- Les déclarations de perte de papiers d'identité – faites à la mairie - et le problème de l'acceptation de cette déclaration a été mentionné.
- Les problèmes rencontrés pour les personnes avec des homonymes et des dates de naissance identiques sont signalés. Il s'agit de problèmes ponctuels mais leur importance est à prendre en compte.
- L'exigence de contact avec le CCAS tous les 3 mois est lourde pour les acteurs : lorsque les personnes sont hospitalisées et ne peuvent aller chercher leur courrier au CCAS, elles sont radiées, les dossiers seraient à refaire. Les 3 mois sont jugés par ailleurs bien trop courts au regard des délais pour ouvrir les droits. *En cas d'hospitalisation ne pourrait-on pas trouver un système qui permette de faciliter le travail des acteurs tout en évitant la radiation pour la personne ?*

Des points de vigilance à ce jour:

Plusieurs difficultés sont donc nommées au regard de la domiciliation. Elles varient selon les interlocuteurs rencontrés et semblent aussi variables selon les antennes du CCAS qui seraient concernées.

- Les changements organisationnels ont eu lieu récemment au CCAS : quel impact sur le traitement des dossiers et les facilités des procédures ? Un suivi est nécessaire
 - Il reste que ce sont les contacts privilégiés qui rendent les traitements de dossiers plus fluides et que le maintien d'une compréhension la plus harmonisée possible des textes reste un défi à relever en permanence ;
 - Pour les acteurs de terrain, il est essentiel de distinguer ce qui relève de la loi (qui peut être jugée discriminante par les acteurs) et ce qui relève de son application car c'est sur ce champ que des avancées peuvent être partagées localement.
 - Le croisement avec des avancées engagées par un groupe de travail technique autour de la domiciliation à l'initiative de l'ADJ Marceau a été réalisé lors du temps de rencontre du 9 mai 2011.
 - Nous avons proposé en fin de réunion concernant la domiciliation, et Mme Martinet fera remonter les informations :
- De travailler avec un petit groupe d'acteurs (attention ville et hôpital représentés) et le CCAS et de coupler ceci avec le groupe proposé par l'ADJ Marceau qui engage aussi la DDCS
- Il faut de fait, lister l'ensemble des problèmes, établir des priorités pour résoudre les difficultés et ne pas omettre des difficultés non récurrentes mais qui pointeraient des publics particuliers (Roms).
- Il est nécessaire de pouvoir partager de façon réciproque les difficultés.

Enfin, lors de la restitution aux usagers, mention est faite qu'à Marseille, il existe des quartiers entiers sans boîte aux lettres ou des boîtes aux lettres dégradées...rendant aléatoire la récupération de son courrier...

Focus « Couverture maladie »

Les dispositifs mis en place depuis la loi contre les exclusions ont vu des évolutions successives: CMU, CMU-C, AME, aides à la complémentaire santé sont autant de dispositifs qui ont permis des avancées essentielles tout en comportant des limites (actuellement l'idée d'une seule couverture maladie universelle est proposée par le secteur associatif). Le dispositif de l'AME pour les étrangers en situation irrégulière a fait l'objet de modifications qui suscitent de vives réactions dans le champ de la santé publique, institutionnel et associatif¹¹² (droit d'entrée de 30 euros et autres changements) *et ce, malgré le rapport de l'IGAS réalisé sur la question*¹¹³. La mauvaise prise en charge concernant la

¹¹² Voir le site à ce propos de la SFSP: <http://www.sfsp.fr/dossiers/dossiers.php?cdossier=42>

¹¹³ <http://www.scribd.com/doc/47237732/Rapport-IGAS-IGF-AME-novembre-2010>

lunetterie, les soins dentaires ou les prothèses auditives a été soulignée lors de la restitution du 12 juillet.

Aujourd'hui, différents cas de figure sont constatés :

- des populations ont des droits potentiels mais ces droits ne sont pas ouverts ;
- des populations n'ont pas de droits potentiels au regard des aspects réglementaires et se trouvent exclues du système de santé sur le territoire français (l'exigence de 3 mois ininterrompus sur le territoire étant obligatoire depuis 2004 et doit être démontré).

Des personnes peuvent ainsi rester exclues de tout dispositif au regard de la réglementation : ceux « qui se heurtent au critère de résidence de plus de 3 mois sur le territoire français requis pour l'ouverture des droits – depuis 2004 - , ceux qui sont de passage en France possédant un visa de tourisme » (Rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins, MdM, 2010 : 90). Ces situations sont aussi rapportées par diverses associations : COMEDE, Secours Catholique, GISTI, etc.

Les difficultés touchent les personnes relevant de la CMU ou de l'AME mais surtout ces dernières, avec seulement 10 % des personnes ayant ce droit potentiel ouvert au sein des consultants de MdM. Les personnes hébergées par un organisme, ont de fait plus fréquemment leurs droits potentiels ouverts selon la même source (ibid. : 92). Les difficultés concernant les droits mentionnés dans le chapitre « recours aux soins, vulnérabilités, prévention » ont peu évolué en 2010¹¹⁴, les refus de soins restent problématiques (Ibid ; : 105). Ils ont été mentionnés dans les focus groupes.

L'analyse de MdM centrée sur les personnes sans domicile fixe montre une situation plus complexe (MdM, 2010 : 131)

« Les trois quarts environ des personnes sans domicile fixe peuvent théoriquement bénéficier d'une couverture maladie (38 % relèvent de l'Assurance Maladie, 33 % de l'AME et 3,5 % d'un autre pays européen), 26 % ne relèvent d'aucun dispositif, en butte pour la plupart au critère de résidence de 3 mois en France.

Dans les faits, les personnes sans logement sont seulement 27 % à disposer d'une couverture maladie lorsqu'elles sont reçues dans les Caso (vs 18 % des autres patients).

Les personnes sans domicile ou hébergées de façon précaire qui ne peuvent fournir une adresse doivent disposer d'une domiciliation administrative pour l'ouverture des droits. C'est le cas de 86 % des consultants sans domicile fixe rencontrés à MdM, qui, pour la majorité d'entre eux (56 %), ne disposent pas de cette domiciliation.

Interrogés sur les autres obstacles à l'accès aux droits et aux soins qu'ils rencontrent, les patients sans logement comme l'ensemble des autres consultants citent en premier lieu les freins liés aux difficultés administratives ou à l'impossibilité d'accéder aux droits, ou encore la barrière linguistique ».

Enfin, le droit au séjour pour raisons médicales est plus difficile à mettre en œuvre en 2010. Le fonctionnement des préfectures rend l'application de ce droit complexe. Il est appliqué de façon hétérogène sur le territoire (MdM, 2010 : 148).

Le fond « soins urgents et vitaux » créé en 2003 et précisé dans une circulaire de 2005 reste selon MdM au niveau national mal interprété et sous utilisé. MdM Marseille en fait aussi état dans l'entretien que nous avons pu avoir.

Les informations présentées et issues des groupes de travail se croisent avec des comptes-rendus des réunions mis à disposition par l'AP-HM et la rencontre avec les professionnels de l'Assurance Maladie: des éléments se recoupent, des points de divergence apparaissent.

➔ Les assistantes sociales des PASS de Marseille faisaient différents constats en 2009 :

Elles notaient des dysfonctionnements ayant fait l'objet d'une demande de la DDASS pour faire remonter ces difficultés et essayer de les traiter. Lors de la réunion du 9 juin 2009, différentes difficultés étaient notées concernant plusieurs aspects:

- les documents nécessaires à l'obtention de l'AME (prouver la présence sur le territoire pour les personnes y résidant depuis moins d'un an mais plus de 3 mois) ;

¹¹⁴ « Méconnaissance des droits et des structures (soins, accès aux droits, médecin traitant) (25,7 %), Barrière linguistique (25,7 %), Difficultés administratives (manque de pièces demandées, complexité des démarches...) (23,7%), Aucun droits possibles : en France depuis moins de 3 mois (19 %), Pas de preuve de résidence en France depuis plus de 3 mois (15,3 %), Complémentaire trop chère, difficultés avance de frais, franchises (8,1 %) » (MdM, 2010 : 93)

- la difficulté pour les assistantes sociales (hôpital Nord mentionné) de suivre les dossiers lorsque les patients sont radiés du CCAS (car ils ne se sont pas manifestés) et que les démarches à la CPCAM demandent parfois plus de 2 mois ;
- difficulté concernant la CMU-C (rétroactivité et facturation des personnes) ;
- De nouveaux imprimés sont à renseigner concernant le train de vie des personnes bénéficiant de la CMU et complexifient l'accès aux droits ;
- Les citoyens européens disposant d'une carte européenne – sans accès à la PASS - doivent procéder à l'avance de tous les frais médicaux y compris pour une consultation hospitalière (hors cas d'hospitalisation).

Des situations inextricables

Lors des entretiens (MdM, CCAS) et groupes de travail, les acteurs s'accordent sur une série de situations inextricables concernant les personnes étrangères. Par exemple, *les ressortissants de l'UE et sur le territoire depuis plus de 3 mois mais sans droit au séjour, deviennent irréguliers et donc relèvent de l'AME ; dans ce cas, l'Assurance Maladie fera des recherches pour identifier s'ils relèvent d'une autre caisse dans leur pays d'origine (sauf les personnes roumaines) ce qui augmente les délais d'ouverture des droits.* Ceci représente un nombre assez conséquent pour MdM (entre autre les personnes venues d'Espagne, et d'Italie venues en France au moment de la crise).

→ Les professionnels de l'Assurance Maladie mettent en avant pour leur part, différents éléments (entretien, groupe de travail du 9 mai 2011):

- Depuis le premier avril, l'obtention de l'AME est conditionnée par le timbre à 30 euros. *Les professionnels du PARI informent que le dépôt du timbre ouvre les droits à l'AME (avant obtention de la carte).*
- En termes d'organisation, l'Assurance Maladie cherche à recentrer les compétences et à homogénéiser les pratiques et ce, dans un contexte de réduction des effectifs. Il existe la volonté de revenir vers un système de référent, l'organisation de rendez-vous pour les situations complexes (la réforme en cours doit être aboutie en principe en 2013). Huit (8) centres prenant en compte la CMU et les questions liées aux populations en situation de précarité sont prévues dans le département, 4 seront peut être affectés sur Marseille.
- toute personne a des droits ; c'est la complexité du système qui pose problème (« le réel problème est d'avoir un pied dans la sécu ») ;
- les dispositifs tels que l'ACS ne couvrent à ce jour que 25 % des publics qui y ont droit théoriquement. Les données locales rejoignent celles connues au niveau national. *Des pistes peuvent donc être travaillées tout en connaissant les limites du système relatif à l'ACS ;*
- des personnes avec de « petits boulots », sont exclues de l'ACS ;
- les modes d'information ne sont pas toujours fonctionnels avec des courriers édités au niveau du national qui sont peu adaptés.
- Des informations peuvent être organisées dans les CHRS sur demande. Les permanences organisées fonctionnent bien. *Ce point rejoindrait tout le travail qui pourrait être fait à plusieurs niveaux concernant les droits (professionnels, usagers) comme signalé antérieurement mais en dépassant le stade de l'information (stratégies interactives et concrètes) ;*
- certains pôles de Marseille ont à gérer des populations dont le pourcentage bénéficiaire de la CMU est élevé selon les pôles ;
- le pôle AME (PARI) a une double fonction celui d'ouvrir les droits à l'AME et de contrôle des fraudes : cette double fonction rend la mission des professionnels confuse et pas toujours confortable. La recherche des fraudes peut aussi prendre le pas sur le reste (« cela contamine ») alors qu'elles représentent 5 à 7 % des situations (8 en 2 mois nous a été

donné en exemple). Les délais d'ouverture qui sont de 2 mois en théorie, sont de 15 jours environ d'après les professionnels sur Marseille ;

- les professionnels notent que si le délai de 8 jours est respecté pour l'envoi du dossier social, il n'y a pas de problème de rétroactivité des droits (secteur hospitalier). La question des factures reçues par les personnes relève alors peut être d'un autre dysfonctionnement. *Cet aspect est donc à mettre en lien avec le circuit des factures au sein de l'hôpital, les modalités de blocage (fiche de liaison PASS) et les procédures des agents d'accueil en charge de bloquer les factures.*
- les délais d'attribution de la couverture maladie pourraient être réduits à quelques jours à l'instar de l'expérimentation réalisée avec la CAF : l'idée est de faire ouvrir les droits de façon automatique avec la CAF pour la CMU de base. *Cet aspect est essentiel. Il doit être mis en regard par ailleurs avec la possibilité d'établir une convention entre les PASS, tout spécialement celle de La Conception et l'Assurance Maladie ;*
- les professionnels voudraient avoir les contacts avec les travailleurs sociaux pour renvoyer les dossiers lorsqu'ils sont incomplets plutôt qu'aux personnes dont les adresses ne permettent pas toujours de les rejoindre rapidement. A ce titre, les assistantes sociales des PASS soulignent qu'elles donnent bien leurs coordonnées ; le problème concerne-t-il plus le secteur ambulatoire ? *Cette question peut être facilement traitée.*

Trois projets sont en cours à l'Assurance Maladie de Marseille

- l'extension de l'expérimentation avec la CAF pour les personnes ayant droit au RSA afin d'ouvrir des droits plus rapidement (en 4 jours) ; cette expérimentation pourrait servir de base à d'autres ;
- la réorganisation vers 2013 avec une centralisation des ressources ; l'enjeu de transversalité actuelle a tendance dans une première étape à désorganiser les services. *Ce point serait à suivre pour éviter que les organisations internes impactent trop l'accès aux droits : quelles modalités pragmatiques ? ;*
- l'établissement d'un document de référence dans les Bouches-du-Rhône avec un travail cartographique autour de la précarité. Ce chantier est secondaire au regard des deux autres.

II existe aussi un chantier national qui travaille sur la simplification des démarches, mieux identifier les personnes qui sont exclues des droits. La période considérée pour calculer les ressources des personnes en vue de l'attribution de la CMU serait à revisiter pour être mieux adaptée à la situation financière de la personne.

Enfin, mention est faite des contrôles aux points d'accueil de la CPCAM des pièces d'identité pour vérifier les faux papiers. *Ce dispositif va contribuer à renforcer les confusions des rôles.*

D'un point de vue général, tout le monde s'accorde sur la complexité des dispositifs de droit commun dans leur nature. L'empilement des dispositifs, les nuances à connaître, l'attribution non automatique dans certaines circonstances – nécessitant donc de refaire des démarches -, les renouvellements, les stratégies et outils de communications insuffisantes au niveau national – avec des conséquences locales-, les droits européens non harmonisés, les prélèvements bancaires (le livret A par exemple peut être utilisé par la CAF mais pas pour les mutuelles (il est alors nécessaire d'ouvrir un compte courant) sont autant de paramètres qui rendent l'accès mais aussi l'usage effectif des droits difficiles, et ce, pour des populations vivant des processus lourds de précarisation avec les conséquences que nous avons énoncées. Les difficultés sont encore plus importantes quand les publics maîtrisent mal le français (et que les services n'ont pas un panel de ressources multilingues).

Les complexités relèvent d'une part de la loi, d'autre part de son application. Le mode organisationnel des institutions peut ou non faciliter l'ouverture de droits et la continuité de ces derniers (renouvellements).

Les interprétations des uns et des autres autour de dysfonctionnements, chacun se renvoyant un peu la responsabilité, résulte aussi dans cet univers complexe, d'un manque de partage autour des

procédures utilisées par les différents acteurs intervenant dans la chaîne comme par exemple le CCAS, les agents d'accueil, les PASS, l'Assurance Maladie.

Les modalités d'organisation actuelles ne permettent pas de mettre en commun (ou pas suffisamment):

- les évolutions réglementaires ;
- les procédures appliquées et leurs changements au sein de chaque secteur institutionnel.

Les possibilités d'être réactifs pour le montage d'un dossier ou discuter d'un dossier complexe sont insuffisantes. Un référent « CMU » est demandé par les associations ; il n'est pas souhaité par l'Assurance Maladie et du point de vue de l'Assurance Maladie, il y a trop d'interlocuteurs pour passer une information : « A qui doit-on s'adresser » ?

→ Lors de la rencontre du 9 mai 2011, des difficultés récurrentes ont été partagées (voir compte rendu en annexe) ; par exemple :

- le passeport peut être demandé dans son intégralité alors que cela n'est pas dans la loi,
- quand un dossier est monté avec un acte de naissance, « on le monte pour rien puisqu'il faut une photo pour aller chercher les papiers »,
- « lorsque nous recevons une personne sans domicile fixe sans carte vitale, la plateforme ne donne pas de réponse parce nous ne pouvons donner le numéro de sécurité sociale,
- « nous ne sommes pas rappelés lorsque des problèmes sont posés (plateforme) »
- « il nous arrive d'avoir besoin de réponse immédiate, mais parfois nous disposons de plus de délais sur des dossiers complexes, et nous avons besoin d'explications ».
- Le logiciel « CDR » n'est pas mis à jour de façon suffisante.

Les interventions de Mme Casanova et de Mme Tay le 9 mai 2011 ont permis d'ouvrir un réel espace pour prendre en compte les difficultés entendues et les traiter au sein de l'Assurance Maladie. Un signal positif a été donné lors de cette réunion. Par ailleurs, au cours d'une rencontre provoquée le 20 juin par L'ARS et la ville de Marseille, l'Assurance Maladie a énoncé des propositions tout à fait intéressantes, dont la mise en place à titre expérimental avec la PASS de La Conception d'une convention. Depuis, la mise en lien directe avec les professionnels de l'Assurance Maladie de Toulouse a été faite par le biais de P. Estecahandy. L'aspect expérimental sur un seul site sera sans doute à revoir, car l'énergie à mettre pour ce type de convention serait sans doute à considérer sur plusieurs sites (plutôt que de répliquer les efforts). Cette convention permettra à tous, usagers, professionnels et AP-HM d'y trouver un bénéfice : rapidité de traitement des dossiers, recouvrement plus rapide des frais engagés pour le secteur hospitalier. Enfin, des propositions ont été faites pour trouver des formes transitoires d'organisation d'ici 2013 permettant d'avoir des réponses sur des dossiers complexes. Nous avons engagé les professionnels de l'Assurance Maladie à travailler les mises en œuvre avec les acteurs de terrain qui donneront des clés en termes de modalités pouvant soutenir les efforts de l'institution.

Au-delà de la couverture maladie, les droits et aides sociales constituent un champ encore plus complexe. Des changements sont intervenus au niveau de la CAF (rétroactivité de certaines aides) ce qui peut pénaliser de façon majeure les personnes concernées (extrait de restitution le 12 juillet).

« Focus PASS »

L'hôpital est souvent cité dans sa globalité alors que des nuances doivent être considérées. Des caractéristiques sont transversales : la culture hospitalière centrée sur les aspects techniques, ruptures entre le champ sanitaire et social, modes de fonctionnement centrés sur les aspects gestionnaires parfois en contradiction avec les logiques de santé publique, usage inadéquat des urgences, etc. L'accueil et la qualité des soins est variable selon les établissements, selon les services et les personnes. Les ruptures lors de sorties de l'hôpital sont assez classiques. Les PASS occupent un espace particulier.

L'historique des PASS a été rappelé dans le contexte réglementaire. Les difficultés restent nombreuses autour de ce dossier mais des avancées sont constatées¹¹⁵.

Un certain nombre d'éléments seront donnés autour des PASS de l'AP-HM puis nous nous centrerons sur les modes de fonctionnement de la PASS de La Conception. A noter que des stagiaires réalisent actuellement un travail qui pourra donner d'autres éclairages.

Evolution de l'activité des PASS : des files actives en augmentation...des marges de progrès

Les rapports d'activité sur 2007 et 2008, 2009 des PASS AP-HM permettent d'identifier une augmentation de la file active sur l'ensemble des PASS (données médicosociales); quelques données informent également sur le profil sociodémographique et la situation au regard des revenus des personnes accueillies :

	FA	Sans revenu (%)	Droits ouverts (%)	Sdf (%)	Héberg. Précaire (%)
2006	3241	nd	Nd	nd	nd
2007	2076	49.13	71.00	29.50	42.30
2008	2394	74.60	91.60	26.44	54.40
2009	2518	70.8%	77.8	41.06	40.50

** sont considérées en hébergement précaire les personnes hébergées chez un tiers, en hôtel, dans un meublé, caravane...

Ces données sont à prendre avec précaution *en raison d'un recueil non stabilisé*. [Hormis le décrochage entre 2006 et 2007 la file active augmente selon les données des assistantes sociales. Par contre cette augmentation est moins nette sur les données médicales \(voir tableau ci-dessous\).](#) Cette file active laisse présager une marge de progrès importante pour la population répertoriée sur Marseille et la capacité à recevoir un public beaucoup plus nombreux pour des consultations médicales si les modalités organisationnelles changent de façon effective¹¹⁶.

Rappel des évolutions de la répartition des âges, PASS La Conception (extrait de présentation au copil du 15/12/2010 autour des *données médicales*) ; ces données sont cohérentes avec les observations faites par ailleurs :

¹¹⁵ Les entretiens avec Mr Coruble (ex DDAS13 qui suivait le dossier à cette époque et qui a pu assurer la continuité pendant l'étude), Mr Stingre (directeur adjoint AP-HM) et Mme Peyre (adjointe administrative, Hôpitaux Sud), les entretiens avec les deux médecins des PASS de La Conception ont permis de faire le point sur les avancées et les limites à ce jour ; l'accès aux rapports d'activité et comptes-rendus de comité de pilotage nous a été facilité ainsi que divers documents relatifs aux droits, aux procédures mises en place.

¹¹⁶ A titre de repère, la PASS de Toulouse pour une population totale de 439 553 habitants a une file active de 1 200 personnes. Celle de Strasbourg (ouverte en 2000) dont le profil se rapproche peut être mieux de celle de Marseille (migrants) avait une file active en 2003 de 1 400 personnes (population de Strasbourg : 263 941 habitants en 2006). Le colloque (première rencontre nationale) autour des PASS en mai 2011 a sans doute permis d'avoir une vision plus globale.

Répartition des âges. 2007 à sept. 2010

	2007	2008	2009	2010	TOTAL
n=	97	188	192	195	672
Cellules vides	2	5	2	1	10
Total	99	193	194	196	682
Moyenne	41,6	42,5	39,2	38,9	40,4
Médiane	38	40	37	38	38
Maxi	76	84	79	81	84
Mini	16	16	16	16	16
16-24 ans	15 (15,5 %)	19 (10,1 %)	23 (12 %)	33 (16,9 %)	90 (13,4%)
25-60 ans	68 (70,1 %)	142 (75,5%)	148 (77,1 %)	148 (75,9 %)	506 (75,3%)
> à 60 ans	14 (14,1 %)	27 (14,4 %)	21 (10,9 %)	14 (7,2%)	76 (11,3%)

Consultations médicales. PASS Conception. Décembre 2010

10

La grande majorité des personnes orientées vers la PASS vient de Médecins du Monde, sans doute en partie au regard du profil des personnes.

→ La part des personnes sans aucun revenu augmente en forte proportion (les mêmes constats sont faits dans le rapport de l'observation de l'accès aux soins de MdM dans le rapport de 2010 avec un taux de personnes vivant sous le seuil de la pauvreté de 96,4 %). Ceci est à croiser avec l'augmentation de la précarité et l'attractivité de la PASS. Il n'est pas possible de découpler les deux phénomènes.

→ Les personnes issues du Maghreb représentent la nationalité la plus importante (38 et 24 % et 35,31 % respectivement entre 2007 et 2008, 2009). *Les européens hors UE représentent 15 et 14 % avec un décrochage inexpliqué en 2009 (8,42 %).*

Les personnes d'origine roumaine représentaient 18.2 % en 2007 et aujourd'hui seulement 6.2 %. Il semble que les expulsions successives sur la ville de Marseille puissent expliquer cette diminution en termes de recours à la PASS (information partagée en comité de suivi le premier février 2011) (à titre de repère, le pourcentage de cette population est de 7,8 % pour MdM Marseille).

Les 3 nationalités les plus représentées sont comparables aux constats de MdM¹¹⁷.

A partir de 2009, les populations issues du Kosovo apparaissent dans les statistiques (4.6 %) ; Arméniens, Serbes, Azéris, Rwandais, Guinéens, Irakiens, Chinois, Macédoniens, Soudanais... sont également cités.

→ La grande majorité des personnes reçues à la PASS est issue du territoire de la commune de Marseille sauf en 2009 (90 % et 86 % entre 2007 et 2008, puis 73.4 % en 2009). Les données brutes du secteur social, elles, montrent que la file active des personnes de Marseille était de 2 047 personnes en 2008 et de 1 848 en 2009.

Cette diminution semble a priori contradictoire au regard des autres constats et besoins qui ne semblent pas avoir diminué sur le territoire marseillais. Il resterait à voir si des modifications ont eu lieu dans les modes d'inclusion ou de recueils de données ou si des éléments de contextes peuvent expliquer ces variations.

¹¹⁷ Extrait du RA de MDM Marseille :

- 90.2 % des personnes reçues sont étrangères: 42.9 % sont originaires du Maghreb 21.2 % d'Afrique subsaharienne, 13.7 % de l'Union européenne et 9.8 % sont françaises.

- Algériens (31.2 %), Français (9.8 %), Roumains (7.8 %) et Comoriens (12.5 %) sont les nationalités les plus représentées. Parmi les 'autres nationalités', on compte aussi de nombreux Tchétchènes, Congolais,...

→ La part des personnes non francophones est importante (plus de 50 % sur une partie de l'année 2007), justifiant le recours aux services d'interprétariat par téléphone mis en place avec l'ISM (Interservice Migrants- Paris). La disponibilité du service d'interprétariat semble satisfaisante au regard des entretiens mais des acteurs externes tels que Médecins du Monde, souligne des plages insuffisantes. Par ailleurs, si l'organisation de la PASS de La Conception permet d'accueillir plus de personnes, les besoins en interprétariat seront à ajuster.

D'autres données sont par ailleurs disponibles dans les rapports.

Les constats confortent les observations faites en phase exploratoire en termes d'augmentation de la précarité et de recours aux PASS pour un certain nombre de personnes, le renforcement de l'attractivité des PASS dont celle de La Conception mais qui doit pouvoir être renforcée.

Des interrogations demeurent au regard des données, elles seront à clarifier. Reste-t-il des publics qu'on ne voit pas ?

Les avancées et limites concernant les aspects organisationnels des PASS de l'AP-HM

Pilotage des PASS

Le pilotage des PASS a été mis en difficulté dans la période de mise en place de l'ARS et des interfaces entre ARS et Cohésion Sociale; ce point est en cours de résolution.

Il existe un comité de pilotage interne (AP-HM, CPCAM, ARS/DT), et un comité externe qui fonctionnent sous l'égide de Mr Stingre. Ils se réunissent une fois par an.

Au niveau régional, les PASS s'organisent avec une PASS régionale de référence, un cahier des charges visant à renforcer l'expertise des PASS et la coordination régionale. La réunion du 25 janvier 2010 de la PASS régionale de référence précise le chantier prioritaire, à savoir la mise en place d'un recueil de données médico-sociales harmonisé pour l'ensemble des PASS ; la PASS de Nice et celle de La Conception doivent travailler en premier lieu autour de l'outil.

Coordination sur Marseille

Au niveau de Marseille, une coordination des PASS se profilait avec le travail d'une stagiaire ; ce travail a été ré-orienté pour approfondir les questions internes.

Cette coordination serait sans doute une réelle plus value pour l'ensemble des acteurs et permettrait d'asseoir un maillage intra-hospitalier et extra-hospitalier sur des axes de travail concrets qui méritent d'être explorés dans les deux derniers groupes de travail. L'idée est donc à garder pour la suite.

Critères d'inclusion : il était recommandé d'harmoniser ces critères au niveau des PASS.

Mention explicite est faite de la mission de l'hôpital pour accueillir tout patient y compris les plus démunis, dans les protocoles révisés.

Les procédures (2007) mentionnent les personnes exclues des PASS au regard de leur situation administrative : « *les étrangers de passage en France, en possession d'un visa de court séjour dont la durée de séjour est en cours de validité* ».

Si la circulaire autour des PASS permettait en théorie de recevoir tous les patients, il existe des personnes sans droits potentiels en raison des aspects réglementaires en vigueur en France. Ces personnes restent hors tout dispositif. Elles sont prises en charge par la structure de soins en fonction des orientations institutionnelles.

Les informations collectées concernant les critères d'inclusion à la PASS de La Conception sont contradictoires. Ces discordances ont été mises à jour au regard des critères d'inclusion pour la consultation dentaire.

A ce jour, il est communément admis que la PASS de La Conception reçoit les personnes ayant des droits potentiels au regard de la réglementation française (nous excluons les cas d'urgences vitales qui sont toutes prises en charge).

Les procédures mentionnent qui relève de la PASS ou pas. Différents courriers échangés avec la direction de l'AP-HM mentionnent que « tous les patients sont reçus à la PASS La Conception, qu'ils aient des droits ou pas de droits ».

Les personnes exemptées de la durée de 3 mois sont précisées dans une des fiches techniques (bénéficiaires du RSA puisque ce droit ouvre celui de la CMU de base et complémentaire (permettant de prendre en charge le ticket modérateur et le forfait hospitalier, demandeurs d'asile en possession d'une convocation à la Préfecture ou avec un titre provisoire de séjour, celles en possession d'un titre de séjour pour soins (APS), les français qui reviennent s'établir en France de façon durable et dont l'état de santé nécessite des soins d'urgence vitale).

Les liens avec l'Assurance Maladie

Des liens qui s'inscrivent dans la durée sont tissés avec les assistantes sociales de l'AP-HM et l'Assurance Maladie : le partage autour des difficultés concernant les droits et les évolutions réglementaires a eu lieu en novembre 2010. Un interlocuteur peut être joint (Mme Thollon) pour les dossiers complexes.

Le dernier comité de pilotage met l'accent

- sur les délais trop longs concernant la CMU, (*existe-t-il des modalités facilitant ces délais avec l'Assurance Maladie comme cela peut se voir dans d'autres PASS ?*) ;
- la réorganisation de la CPCAM avec des référents spécifiques (PARI¹¹⁸) pour les professionnels. Cette réorganisation devrait permettre aux professionnels des PASS d'avoir des interlocuteurs privilégiés à l'Assurance Maladie.

CMU, CMU-C, AME sont abordées dans les procédures actuellement mises en place dans les PASS.

La révision des procédures et les informations collectées dans les entretiens et groupes de travail ne permettent pas d'identifier de procédures type convention entre la direction de l'AP-HM, le CCAS et l'Assurance Maladie. Des PASS comme celle de Toulouse sont dotées d'une telle convention ; le modèle est disponible en annexe. Ce point nous paraît fondamental à aborder rapidement.

[Les autres dysfonctionnements et les avancées possibles au regard de la couverture maladie ont été abordés antérieurement et suite à la réunion tenue le 9 mai 2011.](#)

Le circuit des patients

En principe, tout patient qui se présente à l'hôpital pour une demande de soins doit être vu par un soignant, médecin ou infirmière.

Les procédures de La Conception induisent semble-t-il un biais : si tout patient se présente et est reçu, en revanche, les filtres mis en place (dont les agents d'accueil) pourraient faire en sorte qu'une personne sans papier ou sans droits potentiels ne soit pas vue par un soignant contrairement aux autres PASS.

Les procédures, le parcours des personnes se rendant à La Conception doivent être explicitées, révisées si besoin, pour être harmonisées avec les autres PASS.

La question de prise en charge des personnes nécessitant des soins, des médicaments, et sans droits potentiels doit être traitée.

Il serait logique d'un point de vue du droit à se faire soigner sur le territoire français et dans une logique de santé publique d'harmoniser le fonctionnement de la PASS de La Conception.

Le changement de direction intervenu récemment, permettra sans doute de réviser ces différents aspects.

¹¹⁸ Pôle d'Affiliation et Relations Internationales de la CPCAM).

Les fonds pour les soins urgents :

Le point particulier « **fonds pour les soins urgents** » semble bien fonctionner à La Conception mais MdM Marseille illustre des difficultés dans son rapport 2009. Par ailleurs, cette procédure n'est pas forcément bien connue dans les différents réseaux et par les professionnels en intra-hospitalier. Un rappel pourrait être fait à ce propos car souvent cette procédure est rapportée uniquement aux urgences vitales ce qui n'est pas le cas uniquement ; les fonds concernent les publics nécessitant des soins urgents mais dépourvus du droit à l'AME.

RAPPEL FONDS POUR LES SOINS URGENTS¹¹⁹

Créé en 2003 sous la pression des collectifs inter-associatifs pour pallier l'instauration du délai de 3 mois de présence en France pour accéder à l'AME, les fonds pour les soins urgents et vitaux permet un financement des hôpitaux pour qu'ils puissent délivrer des soins en urgence aux personnes démunies et dépourvues du droit à l'AME. Il s'agit des « soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître ». La circulaire du 16 mars 2005 inclut également les situations suivantes :

- les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le sida par exemple) ;
- tous les soins concernant les mineurs ;
- les grossesses (examens de prévention durant et après la grossesse, soins à la femme enceinte et aux nouveau-nés ;
- les IVG et interruptions médicales de grossesse.

Sur le terrain, les équipes font le constat que cette disposition reste méconnue (ou n'est connue que depuis très récemment), ou que certains hôpitaux ne sachant pas comment facturer choisissent souvent de facturer directement aux patients.

C'est en effet à l'hôpital de décider de requérir ces fonds, en établissant une demande de prise en charge à la CPCAM.

Par ailleurs, l'interprétation faite par certains hôpitaux d'une circulaire de mai 2008 prévoyant la transmission « le cas échéant », pour toute facturation par l'hôpital au titre « soins urgents et vitaux », de la notification d'un refus d'AME ajoute une difficulté supplémentaire pour accéder au dispositif.

Cette circulaire complique le travail des assistants sociaux hospitaliers qui se voient dans l'obligation de systématiquement monter des dossiers de demande d'AME parfois complexes (absence de pièce d'identité, de domiciliation...) pour obtenir un refus (durée de présence sur le territoire insuffisante) et pouvoir facturer les frais hospitaliers au titre des fonds « soins urgents et vitaux ». L'utilisation de ce dispositif est donc de plus en plus lourde. Il permet néanmoins de systématiser la démarche d'ouverture de droits dans les structures hospitalières...

Enfin, il faut noter la difficulté inhérente à la définition des « soins urgents et vitaux ». Certaines équipes médicales interprètent la notion d'urgence uniquement dans les cas où le pronostic vital immédiat est en jeu ». [Les dernières restrictions concernant l'AME doivent aussi être mises à jour pour les acteurs de terrain concernant le point « fonds pour les soins urgents » ; cela permettra d'explicitier aussi tous les cas de figure permettant son usage.](#)

Supports à la visibilité des PASS d'un point de vue organisationnel:

- signalétique des PASS : un courrier en date du 10 décembre 2009 fait mention des acquis et des prévisions. Celle de la PASS de La Conception est liée à la restructuration des locaux (toujours en pourparlers mais qui semble avancer). Même si le fléchage de la PASS a pu être mis en place, la visibilité n'est pas suffisante et le lien en intra-hospitalier ne se fait pas suffisamment. La PASS de La Conception apparaît isolée au sein même de la structure hospitalière ;
- Une fiche de poste PASS précise les activités des assistantes sociales des PASS : accès à la CMU, CMU complémentaire, AME, aide médicale pour soins urgents, suivi des dossiers jusqu'à l'aboutissement précisant les soutiens à apporter pour la reconnaissance des droits potentiels

¹¹⁹ Observatoire de l'accès aux soins de la mission France, MdM, 2010 : 108 – 109)

des personnes. *Ces éléments doivent être remis à jour périodiquement en raison des évolutions réglementaires. L'interpellation des assistantes sociales est-elle suffisamment diffusée dans les différents services ?*

- Des initiatives en termes de communication ont été déployées pour mieux faire connaître la PASS en interne et pour les patients : information à l'occasion des fiches de paie pour les professionnels, livret d'accueil (existence à La Conception ? a priori non si on se réfère au comité de pilotage du 15 décembre), intranet, internet. *Cette diffusion reste à renforcer.*

→ Les coordonnées des professionnels ont été regroupées et transmises aux partenaires du comité de pilotage. *Ce point est fondamental pour faciliter les échanges.*

→ Partenariats : il repose sur le comité de pilotage externe

→ Fiches de liaison : une fiche de liaison est en place pour un usage interne aux services hospitaliers à La Conception. *Leur utilisation semble satisfaire les médecins interrogés à ce propos. Ces fiches permettent en outre que le bureau des entrées soit informé de la situation de la personne et bloque ainsi les facturations. Ce système semble fonctionner mais des acteurs tels que Médecins du Monde mentionnent des facturations inadaptées. Ce point a également été souligné dans les groupes de travail.*

Par contre, les fiches de liaison pour les partenaires extérieurs ne sont pas en place, limitant alors les relais pour les structures qui accueillent les personnes après la PASS. Ce point a été noté par plusieurs partenaires en groupes de travail. Ceci pourrait trouver une solution assez rapidement, les supports de la PASS PSY ou encore de la PASS de Nice peuvent permettre de mettre en place une fiche le plus rapidement possible.

→ Il existe un service d'interprétariat (ISM permettant par téléphone de faciliter les entretiens) qui semble satisfaisant d'après les entretiens menés.

→ Recueil de données : ce chantier est en cours

La Conception

A la PASS de la Conception, un poste de médecin a été débloquent pour avoir au total un ETP. *Reste que pendant les congés, les plages de consultations sont rendues plus difficiles.* A ce jour, il existe deux mi-temps médicaux à la PASS de La Conception pour une ouverture 3 jours par semaine le matin, le reste étant sur rendez-vous (*ce qui peut être jugé « haut seuil » pour le type de publics auxquels la PASS est destinée*). *Les plages sans rendez-vous pourraient-elles être renforcées ?*

La PASS de la Conception devrait également gagner en envergure puisqu'avec la PASS de Nice, elles représentent les 2 piliers au niveau régional avec un découpage (ouest /est).

Ceci implique de résoudre les difficultés chroniques et sans doute l'allocation de ressources supplémentaires au regard des missions qui lui seraient assignées sur le volet régional.

Actuellement, les urgences Sud ont disparu avec une partie reprise par La Conception et une autre par la Timone. Ceci devrait augmenter le rayonnement de la PASS de La Conception et une adéquation des ressources sera sans doute nécessaire.

Médicalisation des autres PASS

Pour les autres PASS, les consultations médicales sont adossées aux consultations des urgences, ce qui peut rester insuffisant au regard du fonctionnement d'une cellule « médicosociale » pour assurer une prise en charge la plus ajustée possible et visant à réduire les fractures intra-hospitalières – nous n'avons pas de visibilité sur ce point-. Le projet pour l'hôpital Nord est à concrétiser.

Les limites/ difficultés concernant les aspects organisationnels des PASS AP-HM

Priorité institutionnelles

La difficulté majeure pour des PASS pour renforcer les aspects fonctionnels est liée pour de nombreux interlocuteurs à l'absence de volonté institutionnelle, sans pouvoir de pression auprès des différents

directeurs, tout spécialement pour la PASS de La Conception dont l'organisation reste précaire et ne permet ni un accueil satisfaisant des personnes, ni des conditions de travail optimales pour les professionnels (PASS « dans un couloir, pas de salle d'attente.. »). Les locaux semblent poser des difficultés majeures... La question annoncée au comité de pilotage du 9 juin 2009 ne semble pas avancer, sauf si l'on tient compte des annonces faites récemment à ce propos.

Les PASS ne sont donc pas reconnues comme un dispositif nécessaire pour l'accès aux soins des personnes démunies. Aucun chef de service ne semble prêt à entourer la PASS. Les professionnels « ne se sentent pas concernés » selon les divers entretiens menés.

La révision du projet d'établissement 2010 – 2014 ne permet pas d'identifier les orientations de l'AP-HM au regard de sa mission en santé publique auprès des populations en situation de précarité. Les PASS ne sont pas mentionnées dans les axes directeurs. Par ailleurs, si le projet d'établissement mentionne une ouverture sur la ville, elle concerne le lien avec les médecins libéraux et non le secteur médicosocial.

Toute une série de dysfonctionnements découlent de cette posture institutionnelle spécialement à la PASS de La Conception alors que toute une partie des professionnels impliqués font, de leur place, ce qu'ils peuvent au prix d'une énergie qui n'est pas soutenable.

Des possibilités resteraient à travailler en comité de pilotage pour énoncer explicitement les engagements de la direction de l'AP-HM pour l'ensemble de ses sites dans le champ de la précarité et le lien avec le champ médicosocial. Une série de conventions pourrait en découler, facilitant alors les relations entre les professionnels.

La nouvelle direction au sein de La Conception devrait permettre de reprendre l'ensemble du dossier « PASS » pour avancer sur les points soulignés.

Formations

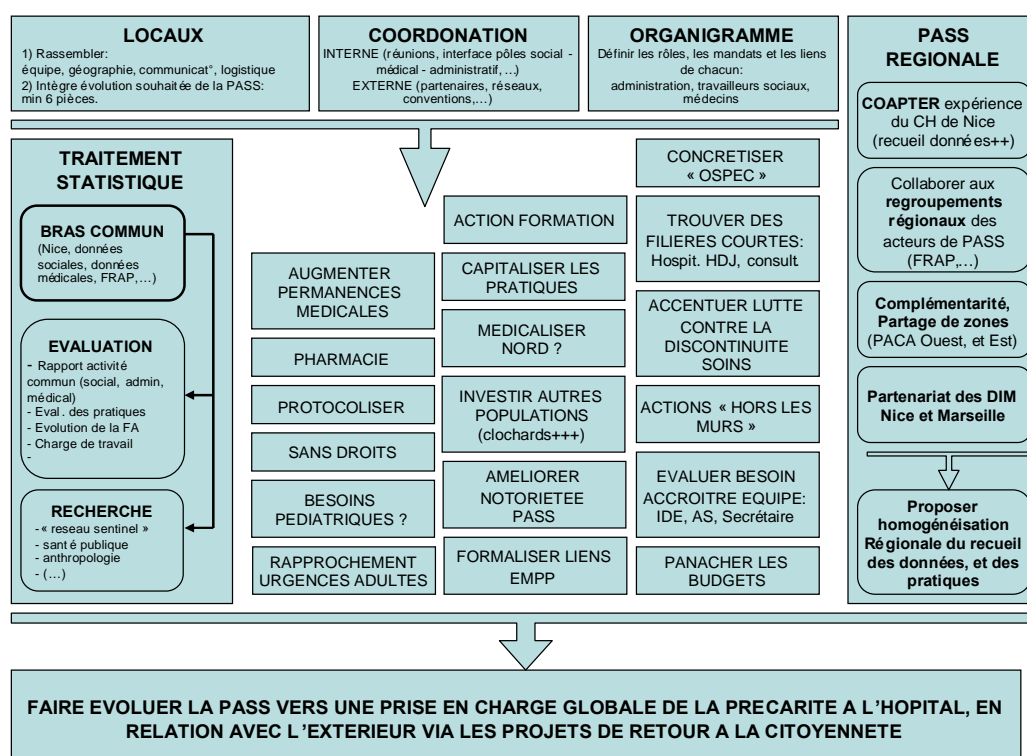
Les formations prévues pour sensibiliser les professionnels hospitaliers à la question « santé précarité » ne semblent pas avoir été réalisées. Elles étaient annoncées dans le comité de pilotage du 9 juin 2009.

Les problèmes énoncés spécifiquement autour des PASS via les entretiens de la phase exploratoire et de la deuxième phase de travail

- la PASS est prise dans une logique administrative et financière du secteur hospitalier ;
- nécessité de disposer de droits potentiels à la couverture maladie ;
- difficultés à obtenir en ouverture immédiate la CMU-C pour les demandeurs d'asile.
- absence de visibilité en interne, repérage physique difficile ou mauvaise appréciation, des structures n'adressent jamais à la PASS de La Conception ;
- plages horaires encore insuffisantes et des ruptures au moment des congés des professionnels ;
- des pièces multiples à fournir sont évoquées ;
- hormis à la PASS de La Conception, les travailleurs sociaux sont difficilement joignables ;
- les démarches seraient enclenchées seulement dans les cas d'hospitalisation (non confirmé dans le groupe de travail mais cela pose la question de la sollicitation ou non de l'assistante sociale) ;
- des situations non exceptionnelles sont constatées avec des patients qui sortent sans traitement bien qu'une fiche de liaison ait été établie ;
- une difficulté à orienter les personnes pour des consultations générales dans les autres PASS ;
- le manque d'interprétariat rend la communication difficile alors que le public des PASS est essentiellement étranger (cette information n'a pas été validée).

Des situations qui reviennent au secteur associatif sont peut être la résultante de dysfonctionnements quand les assistantes sociales des PASS ne sont pas sollicitées ou que les circuits (accès à la pharmacie de l'hôpital) ne sont pas respectés par tous les acteurs. Nous revenons alors à la diffusion des modalités de fonctionnement en interne.

Les enjeux pour les PASS montrent les défis à relever en interne et en externe. Lors du dernier Comité de Pilotage, la PASS de La Conception a ainsi présenté différents axes de travail...



Focus : « Lits Halte Soins de Santé » :

Les LHSS de Fontainieu sont récents (2008) et sont situés dans le 14^{ème} arrondissement, à proximité de l'hôpital Nord et de l'UHU la Madrague. Ils sont un peu excentrés du centre ville. Le rapport d'activité de 2009¹²⁰ rappelle l'objet des LHSS et son public : « les personnes sans domicile stable » ouvrant ainsi la possibilité d'accueillir d'autres personnes que celles « sans domicile fixe » stricto sensu ; les couples sont par ailleurs admis.

En 2009, Fontainieu a pu accueillir 249 personnes. Les structures orientant le plus étaient en 2009 les hôpitaux (64 % de la file active), l'UHU de la Madrague (15,3 % de la file active) et les associations médicales (13,7 %). *Le rapport souligne que la collaboration est bonne avec les accueils de jour, mais que ceux-ci adressent plus vers les hôpitaux car ils ne disposent pas de service médical pour apprécier d'emblée l'orientation vers les LHSS et le rapport souligne que ce partenariat pourrait se développer.* Cabinet d'infirmier, kinésithérapeute et l'EMLPP y interviennent soit quotidiennement soit en fonction des besoins et pour l'EMLPP 1/2j par semaine pour l'infirmière et 1 fois tous les 15 jours pour le médecin psychiatre ; Le secteur éducatif est présent via des stagiaires. Une assistante sociale est à temps plein.

Les publics ne pouvant être reçus en raison des limites organisationnelles de la structure, sont les personnes nécessitant le plateau technique et la présence médicale possible uniquement dans un hôpital, les personnes ayant des troubles psychiatriques isolés et n'étant pas suivies. Le taux d'occupation moyen pour 2009 était de 77,71 %. Les LHSS se sont dotés d'un traitement de données adapté de Médecins du Monde pour organiser leur recueil de données.

Des difficultés :

➔ Si 249 personnes ont été accueillies, 196 demandes n'ont pas abouties à un accueil (rapport 2009 : 22). Le taux d'inclusion est donc de 56 %.

¹²⁰ Première année pleine de fonctionnement, les LHSS de Fontainieu ont ouvert le 31/12/2008.

Ceci doit être rapporté à la mise en place récente des LHSS qui explique peut être une difficulté pour les acteurs à se saisir du dispositif.

- Les annulations spontanées de la demande pour aggravation de l'état de santé (13,3 % des demandes) montrent à la fois la lourdeur des situations et les difficultés à orienter.
- Les refus des patients dans les mêmes proportions seraient à mieux analyser pour comprendre cette mise à distance qui peut procéder de plusieurs mécanismes.

Enfin, les 142 dossiers refusés se répartissent ainsi:

- Patients non SDF = 4 demandes
- Trop lourd médicalement = 31 demandes
- Aucune indication sanitaire = 44 demandes
- Demande de « lieu de vie » spécialisé = 63 demandes

Ces refus montrent la part non négligeable de l'écart entre la demande, les demandes non justifiées au regard des missions des LHSS et les possibilités de la structure. *Tout comme le note le rapport d'activité, une meilleure appréhension du fonctionnement des LHSS est nécessaire pour les différents acteurs (mais depuis le rapport de 2009 les constats ont peut être évolués).*

D'autres données invitent également à imaginer la façon de soutenir l'organisation de la structure, nombre de difficultés se rapportant à l'ensemble des LHSS (Rapport 2009 : 20 ; 21 ; 29-36).

- l'âge des bénéficiaires (26, 5 % de plus de 60 ans à Fontainieu) nous renvoie à la difficulté des sorties en structures adaptées pour les personnes âgées. Les initiatives telles que celle de la maison de retraite de Saint Jean de Dieu constituent à ce titre une organisation intéressante. Mais les cas « limites » ne relèvent pas non plus de telles maisons de retraites ; un travail plus approfondi sur ces situations limites devait être entrepris à Fontainieu en 2010 ;
- le taux d'hospitalisation (18,87 %) montre la lourdeur des situations accueillies à Fontainieu ;
- près de 25 % des patients ont quitté la structure à leur initiative : éloignement du centre ville et contraintes de la vie collective nous ramenant aux réflexions autour du bas seuil d'exigence sans doute pour une partie d'entre eux ;
- un peu plus de 7 % ont été exclu soit pour des actes de violence, soit en raison de consommation d'alcool rendant complexe la vie au sein de la structure. Là encore les complémentarités soulignent l'interface avec le champ des addictions « bas seuil » et de la psychiatrie dont la présence peut être réfléchi hormis les cas d'orientation inadaptés ;
- Enfin, les orientations vers un hébergement soulignent la problématique de l'aval évoquée dans l'évaluation nationale des LHSS, mais de façon plus accrue, avec une grande majorité des personnes retournant dans la rue, à l'UHU la Madrague, en squat ou en hôtel (74,3 % de la file active selon le rapport de 2009 : 30) :

Orientations à la sortie	
UHU-Rue-Squat-Hôtel	185
CHRS	15
ACT	7
Maison Relais	2
Maison de retraite	5
Retour au pays d'origine	5
Hébergement chez un tiers	4
Logement autonome	1

Ces éléments sont concordants avec les informations au niveau national. La situation sur Marseille est de ce point de vue, préoccupante. Sans avoir pu creuser ces questions lors de l'étude au regard des contraintes, ce point serait à approfondir.

Les autres difficultés mentionnées font état :

- De grandes difficultés psychiques ou les troubles psychiatriques interférant avec le projet de soins (durée de séjour de 2 mois en théorie par ailleurs) ;
- De problèmes administratifs (droit au séjour pour raison médicale, papiers, accès à des ressources pour les jeunes de moins de 25 ans...) ;
- De délais d'admissions dans le réseau de l'hébergement social ou médico-social (ACT) ;
- Du manque de dispositifs adaptés pour les personnes âgées disposant de très faibles ressources.

Au total :

Les LHSS présentent une réelle alternative sur Marseille en compléments aux dispositifs existants. Il existe des marges de manœuvre pour ajuster les orientations avec une meilleure appropriation par les acteurs des LHSS.

- Cette meilleure appropriation passe-t-elle par une meilleure évaluation au sein des structures d'accueil de jour ou d'hébergement ? Sans doute ; des analyses de cas concrets en amont ou encore en aval pourraient permettre de mieux comprendre les orientations dans l'ensemble du réseau ; un plus grand partenariat avec les équipes mobiles de psychiatrie semble indispensable (renforcer leur présence) ;
- Le travail autour de la couverture maladie est également un point crucial ;
- La problématique notée autour de la sortie vient renforcer ce que l'on connaît sur le sujet et invite à développer les structures type LAM, type maisons de retraite adaptées et donc, de travailler cette interface avec les décideurs et acteurs de ce champ, innover en la matière en s'appuyant sur les expériences intéressantes, au titre desquelles celles développées par la maison de retraite de Saint-Jean de Dieu.

Les atouts et difficultés relevés jusqu'à présent mettent en toile de fond l'importance du maillage des acteurs sur lequel nous ferons désormais un point.

VII.4. Le maillage des acteurs : atouts et limites identifiés

L'importance de comprendre chacun des secteurs impliqués dans l'accès aux soins des personnes concernées par l'étude est fondamentale : plusieurs travaux révisés de façon ciblée permettent de documenter différents types d'acteurs : PASS, EMPP, premier accueil médicalisé, médecins généralistes, etc. Le rapport « *La santé des personnes sans chez soi, plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen* » (Girard V., et coll., 2009) est sans doute un des documents qui reprend de la façon la plus systémique la problématique d'accès aux soins, à la santé des personnes concernées.

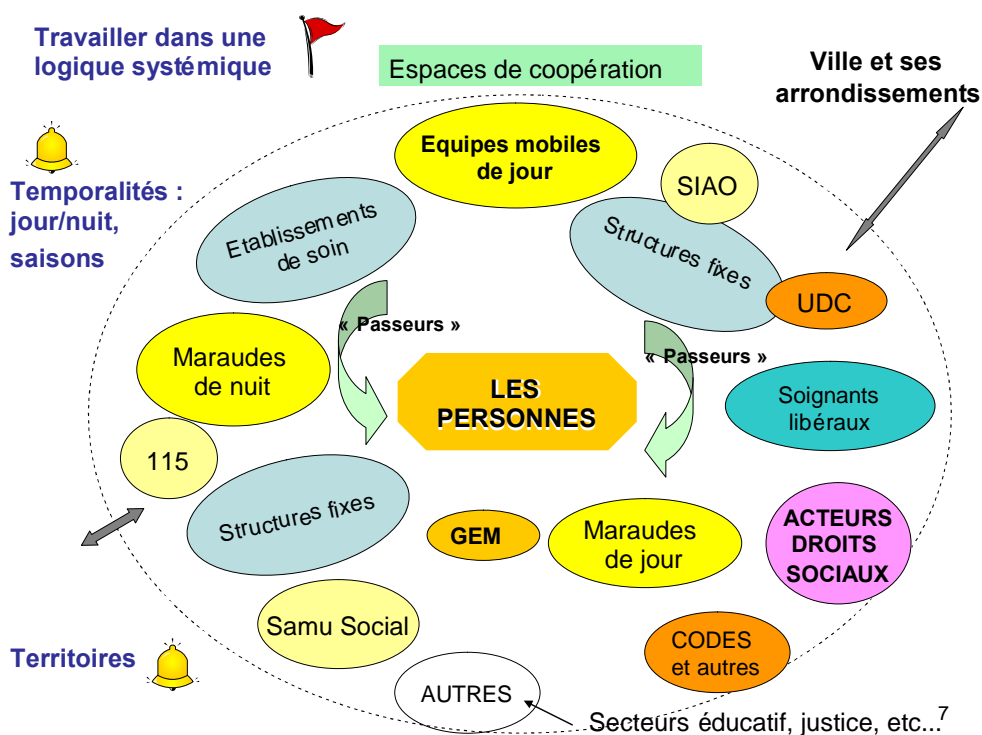
La double approche, sectorielle et systémique permet d'identifier ce qui doit être renforcé d'un point de vue spécifique mais aussi de façon globale et synergique, de penser les espaces de coopération d'une part, de coordination ou régulation d'autre part. L'idée est bien de produire collectivement du « faire ensemble » et d'apporter des réponses innovantes dans un champ complexe, celui de la précarité.

Si le maillage des acteurs est un des déterminants concernant l'objet de l'étude, il apparaît comme un déterminant nécessaire mais non suffisant au regard des autres déterminants mis à jour.

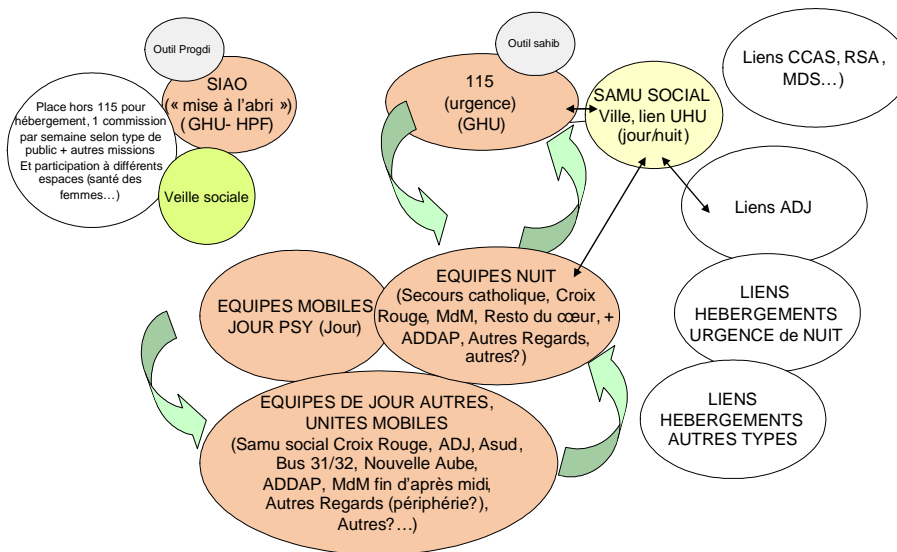
Une analyse plus fine organisationnelle aurait pu être menée autour du réseau sans les contraintes inhérentes à l'étude mais le matériau disponible est déjà riche d'enseignements

Le schéma suivant peut résumer les différents acteurs impliqués dans le champ de l'étude : certains ont été repérés (voir liste en annexe), d'autres ont participé activement aux groupes de travail. Comme mentionné, si 46 personnes ont participé à un moment donné aux groupes de travail, la présence en continu n'a pas été facile à obtenir. La continuité de différentes structures a été assurée au mieux. Il faut tenir compte aussi qu'au fil des mois, différents acteurs ont pu être inclus (effet boule de neige). La dynamique ne s'arrête pas au temps de l'étude et il sera important de poursuivre la mobilisation. Des acteurs clés ont manqué tout particulièrement. Les profils des acteurs représentent ainsi une palette assez large ; un travail sera sans doute nécessaire pour élargir au champ hospitalier (urgences, agents d'accueil...). L'implication de médecins de ville reste un défi à relever. D'autres acteurs (milieu carcéral en particulier) sont concernés par le thème de l'accès aux soins et à leur continuité, la prévention.

L'analyse des acteurs doit non seulement croiser les champs professionnels, mais aussi leur organisation territoriale, temporelle.



Il existe en outre un réseau qui mérite d'être approfondi au regard des problématiques évoquées : celui de l'urgence, 115, Samu Social, du lien avec les équipes mobiles (toutes confondues), du SIAO récemment installé et en charge de la veille sociale :



Les flèches dans le schéma illustrent le lien particulier entre 115 et Samu Social d'une part et plusieurs conventions signées avec la PASS psy, accueils de jour, Armée du Salut, etc.

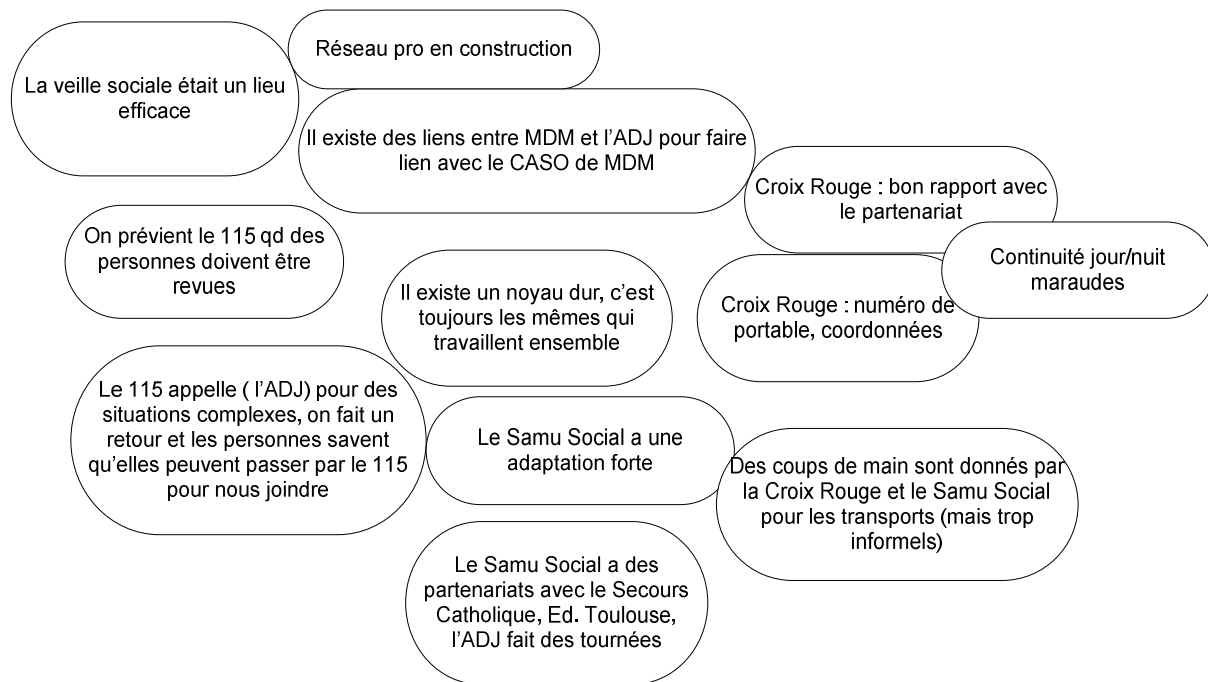
VII.4.1. Les aspects positifs du réseau

Les ressources sont assez nombreuses. Les appréciations qualitatives recueillies lors de la phase exploratoire sur les maillages et modes de coopération à l'œuvre s'accordaient assez largement :

- sur la densité d'acteurs, structures, dispositifs existant sur Marseille autour de la problématique des sans domicile en général et de leur santé en particulier
- sur la qualité et le dynamisme des réseaux, notamment associatifs
- sur l'existence de partenariats efficaces, fondés sur des relations interpersonnelles de qualité, donc très informels, mais très réactifs
- des espaces reconnus : espace d'échanges par exemple en psychiatrie.

Les entretiens réalisés par la suite ont confirmé ce sentiment général et les groupes de travail ont pu l'illustrer avec des modes de coopération souvent ponctuelles, de l'ordre du « coup de main », et qui permet au réseau une bonne réactivité pour résoudre les problèmes :

Extraits de groupes de travail :



Il existe aussi des modes de collaboration installés dans la durée. A titre d'illustration :

- Le soutien qu'apportent les équipes mobiles de psychiatrie n'est pas à rappeler avec une double action : soutien aux personnes et soutien aux professionnels. Leur interface avec le milieu hospitalier est à souligner, dans différents CHRS aussi ; *un travail peut être approfondi de ce point de vue (entretiens).*
- Le secteur psychiatrie a mis en place un système de « référent précarité » dans les CMP pour faciliter les interfaces.
- Les 2 EMPP échangent des informations autour des personnes connues réciproquement.
- Accueils de jour et hébergements de nuit peuvent avoir des liens (on nommera à ce titre les repas organisés à Saint Jean de Dieu pour les personnes de l'ADJ Marceau).
- On soulignera aussi des modes de collaboration plus ou moins récentes entre HAS et le Bus 31/32, l'ADJ Marceau, Autres Regards et l'EMPP. Les acteurs en sont satisfaits.
- Des acteurs tels que l'Université du Citoyen, apportent une approche nouvelle.

L'implication des pairs, bien que limitée dans l'ensemble du réseau se traduit au sein de l'équipe de l'EMPP et des équipes d'ASUD (auto-support) (on fait ici simplement référence aux dispositifs qui ont participé aux groupes de travail).

L'organisation des maraudes de la Croix rouge à la fois la nuit et le jour et les bénéfices retirés en termes de suivi des personnes et de cohérence entre les équipes, de meilleure reconnaissance des possibilités d'orientation dans le réseau devrait trouver son expression dans d'autres espaces : comment renforcer l'organisation dans le temps des acteurs ? *Cet aspect mérite réflexion.*

La veille sociale avant de changer d'organisation était un espace valorisé. Actuellement, au regard des changements (SIAO) il s'agit de mettre en place et de renforcer la cohérence autour des dispositifs, et de maintenir un type d'animation qui permettent aux acteurs de retrouver ce qu'ils appréciaient : informations autour des réglementations, remontée des difficultés, recherches de solutions, prise rapide de décisions. Cet espace facilitait l'interconnaissance, permettait d'approprier les modes de fonctionnement de chacun et de mieux s'orienter dans les options possibles. La santé y trouvait une place.

Par contre, l'ensemble des bénévoles qui tournent la nuit et qui ne participent pas à ces espaces n'a pas nécessairement les codes pour repérer les solutions existantes dans le réseau.

On notera aussi les liens avec la police nationale pour éviter les incarcérations ; ce lien ne semble pas possible en revanche avec la police municipale.

Les expériences « innovantes » montrent aussi de nouvelles façons de « faire ensemble » et donc différemment qui sont importantes. Elles ont été reprises antérieurement. Elles font vivre le réseau et le nourrissent. Le travail dans la proximité est difficile à transmettre mais des échanges d'expériences pourraient optimiser la richesse acquise par différents types d'équipes. Le maillage « approche intégrée » et les stratégies du « aller vers » (facilitant le lien dehors-dedans et dedans – dehors) sont des points importants à conforter dans les pistes de progrès. La culture « bas seuil » et les principes de réduction des risques sont en revanche à mieux diffuser, sous des formes adaptées en fonction des champs (logement, social, santé, professionnels ou bénévoles, etc.) : de fait, c'est le concept qui est important ; sa traduction pratique ne se limite pas au champ des addictions ; les postures des acteurs sont intéressantes à travailler.

Enfin, les temps de travail collectifs ont permis d'identifier un noyau dur d'acteurs motivés, exprimant leur besoin de travailler ensemble.

Le repérage des soutiens potentiels pour avoir un avis d'un professionnel de santé nous a amené à repérer les ressources existantes dans les équipes mobiles (en rouge dans le tableau ci-dessous). Attention, elles doivent être mises en regard avec les structures fixes dont les LHSS, la PASS, la PASS Psy, autant d'atouts pour avoir un avis à un moment donné. Ce premier repérage n'est pas forcément exhaustif. Les équipes disposent avant tout d'infirmiers/ères qui ne sont pas tous les jours disponibles ; la nuit les ressources sont plus limitées.

EQUIPE MOBILE DE JOUR	EQUIPE MOBILE DE NUIT
ADDAP (Serv. Centre Educ.)	ADDAP (Serv. Centre Educ.)
ASUD	
ADJ MARCEAU / CONSOLAT	
SAMU SOCIAL CROIX ROUGE	SAMU SOCIAL CROIX ROUGE
SAMU SOCIAL VILLE	SAMU SOCIAL VILLE
AUTRES REGARDS (extérieurs de Marseille)	AUTRES REGARDS (tournées de nuit)
MDM équipe sdf (fin de journée)	MDM équipe sdf (ponctuel)
EMLPP (équipe Hop. Edouard Toulouse)	RESTOS DU CŒUR
EMPP (équipe AP HM)	SECOURS CATHOLIQUE
Bus 31 / 32 (stationnement les après midi)	
Nouvelle Aube (squats)	

Les espaces de coopération repérés à ce jour :

Ces espaces constituent une base importante pour mieux s'en saisir ou en donner une autre dimension dans la vie du réseau.

- Le 115 organise une fois par mois une réunion des équipes mobiles. Cet espace est cité par la Croix Rouge, l'EMPP, MdM, la PASS PSY, SARA – GHU. Il peut permettre de renforcer la coordination des maraudes mais aussi des équipes mobiles. Au-delà des points de logistique à réguler, le 115 organise aussi dans ses réunions des discussions autour de thématiques (les populations Roms dernièrement). En complémentarité aux espaces que peut organiser le SIAO, il s'agirait de penser des espaces différenciés dont le mode d'animation peut permettre aussi des échanges de pratiques.
- Le travail autour des femmes et précarité réunit plusieurs types d'acteurs dont Jane Pannier, et Hospitalité pour les Femmes, pour réfléchir sur cet aspect.
- Le lien avec le groupe de travail national engagé par la DIHAL (sous l'égide du préfet Régnier) doit être fait (entretien avec la FNARS et Eric Kerimel)

- d) Les commissions psychiatrie – précarité des secteurs CMP (mensuelles ou bimestrielles) permettent de réaliser :
- des études de cas
 - des signalements de situations
 - une réflexion sur les pratiques
 - la promotion d'habitudes partenariales, du « faire ensemble »

Ce mode de coopération nous paraît important. Il pourrait s'ouvrir si les acteurs en sont d'accord aux questions de santé au sens large. Ceci rejoint l'idée de Groupement local de santé développé dans le rapport « La santé des personnes sans chez soi, plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen » (Girard V., et coll., 2009). Ce rapport fait aussi référence au MALISS (voir annexe) dont le concept serait à creuser.

- e) La commission psychiatrie – précarité du CH E. Toulouse réunit 30 à 50 personnes venant de champs diversifiés le 3^{ème} vendredi de chaque mois.

Elle apporte :

- un niveau de réflexion global concernant l'aire sanitaire d'E. Toulouse
- une appréciation de l'activité de l'EMLPP sur son aire d'intervention
- l'élaboration de pratiques renouvelées entre partenaires du social et du soin

- f) L'ASV est cité par plusieurs partenaires (dont l'EMLPP et SARA – GHU dans les entretiens) et les « après midi ASV » sont valorisés.

Et de nombreux lieux sur Marseille, cités principalement par l'EMPP et/ou l'EMLPP dans les entretiens menés :

- le réseau santé mentale et logement (DSPH de la Ville de Marseille)
- le GEM Nomades Célestes
- le collectif alerte de la FNARS
- le collectif de l'URIOPSS
- l'espace ARS – secteur psychiatrique pour le suivi ambulatoire des sdf.

Au niveau national, le réseau l'ONSMP – ORSPERE¹²¹

Il ressort de cette énumération que c'est dans le champ psychiatrique que la coopération est essentiellement développée, mais il s'agit peut être aussi d'un biais autour des personnes rencontrées.

Des projets en cours ... autant d'interfaces intéressantes que de défis à articuler

a) Les pistes 2010/2011 du Samu Social restent difficiles à cerner mais l'informatisation du PC, la « géolocalisation » des acteurs travaillant dans le champ de la précarité (application web en cours), la mise en place de référents territoriaux pour mieux repérer, suivre les personnes sans domicile fixe ne peuvent être déconnectées du reste de la dynamique en cours.

b) La dynamique autour du Conseil Local de Santé Mentale/ COSM et l'initiative inter-hospitalière en psychiatrie sont des espaces qui nous semblent importants à prendre en compte car les interfaces avec la santé « tout court » apparaissent évidentes. Par contre les passerelles concrètes à créer ne sont pas encore identifiées. Ceci doit faire l'objet sans doute d'un point spécifique avec les acteurs concernés et la DSPH tout spécialement.

c) Le projet des soins ambulatoire ARS/ EMPP/CMP : Le travail de coordination des CMP et d'unité bas seuil en ambulatoire (Equipes AP-HM, CHS E. Toulouse et Valvert) fait partie des espaces de coopération en émergence avec lesquels il serait important de s'articuler. Un des derniers entretiens menés avec V. Girard pour mieux comprendre le projet dans sa globalité et dont un volet comporte une unité mobile nous semble extrêmement intéressant à creuser pour faire lien et sens avec différents aspects identifiés dans l'étude:

¹²¹ Observatoire National des Pratiques Santé Mentale et Précaire/ Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion.

- possibilité de réaliser des soins (infirmiers en particulier) en ambulatoire (notion de bas seuil d'exigence mais haut seuil de qualité)
- décloisonnement possible somatique – psychiatrique
- possibilité de créer des interfaces entre CHRS, ADJ, 115, équipes mobiles/maraudes, et secteur hospitalier (PASS La Conception tout spécialement)
- implication de travailleurs pairs
- possibilité de stationnements, mais aussi de circuits, d'explorations pour aller au plus près des personnes
- etc.

Un tel projet doit continuer à être débattu, structuré, selon un processus méthodologique qui ne fige pas non plus son organisation. Lors de la restitution aux acteurs le 17 juin 2011, puis le 12 juillet, l'idée semblait intéresser tout en évitant les dérives également mentionnées si ce type de projet est mal ajusté.

Dans la période actuelle, ce projet pourrait faire sens, d'abord pour les personnes dans la rue, mais aussi pour beaucoup de professionnels et de bénévoles. Il permettrait de lever une série de contraintes actuellement fortes. La recommandation a été donnée aux décideurs le 19 juin 2011. Nous la réitérons à ce jour en tenant compte aussi de l'opinion des usagers.

Des aspects tout à fait opérationnels restent à régler mais ils ne sont pas insurmontables.

Cette unité mobile ne peut être pensée sans prendre en compte les autres préconisations car elle pourrait alors produire des effets non désirés.

C'est encore la logique systémique qui doit prévaloir.

d) Le projet « un toit d'abord », (« Housing First ») est porté conjointement par HAS et l'AP-HM. Cette innovation est mise en place également à Toulouse, Lille. La coordination nationale est animée par Pascale Estecahandy du réseau santé / précarité de Toulouse pour la mise en œuvre (en partie du moins).

e) Le projet d'unité d'hébergement d'urgence à Marseille pour les personnes vulnérables et notamment à la rue, personnes âgées et mamans sortant de la maternité en partenariat avec MDM, Fondation Abbé Pierre (information donnée par D. Febvrel – contact Kader Attia, de l'AMPIL (insertion sociale par le logement) est à mieux connaître.

VII.4.2. Les limites identifiées du réseau

On observe un contraste entre les appréciations positives évoquées ci-dessus, les dynamiques en cours et les réserves apportées par les acteurs interviewés sur le travail en réseau, souvent considéré comme insuffisant, déficitaire... Peut-être n'y a-t-il pas réellement contradiction entre ces constats, si l'on considère qu'ils relèvent de registres différents. On peut avoir d'une part des relations interpersonnelles de qualité, permettant la constitution de mini-réseau électifs, la résolution de problèmes au cas par cas, etc., et d'autre part un déficit de travail en réseau au sens de production, élaboration, construction collective ou tout au moins coordonnée autour d'objets ou d'objectifs précis.

C'est ainsi que sont relevés :

- le manque de lisibilité des différentes structures (« orientations vers » pour mémoire) et donc la difficulté à s'inscrire en cohérence. Des difficultés d'adressages ont pu être mentionnées autour de la PASS Psy : en fonction de quoi le réseau adresse-t-il en direction de l'EMPP, de l'EMLPP, de la PASS PSY par exemple ? Cette question doit être néanmoins rapportée à l'inscription récente de la PASS Psy dans le réseau d'acteurs.
- Les changements réglementaires sont complexes à appréhender.

- La veille sociale est déstabilisée mais le SIAO viendra apporter des réponses. Elle ne semble pas encore inclure certains acteurs qui pourraient être impliqués en particuliers les EMPP (point à vérifier néanmoins).
- Le manque de partenariats permettant la construction de parcours résidentiels est souvent énoncé (alors qu'une large palette de solutions existe – même si elle reste pour certains insuffisante ou incomplète). Ce point doit être néanmoins mis en lien avec les zones de ruptures identifiées dans le chapitre antérieur et ce manque de coordination ne peut être attribué uniquement aux modes de fonctionnement collectif quand des maillons de la chaîne présentent des limites importantes.
- Le manque de coordination autour des personnes, pour améliorer le suivi individuel – au moins sur les cas complexes, souvent connus par une multiplicité d'intervenants. *Cet aspect peut tout à fait être résolu par la mise en place de « réseau d'analyse pour les adultes en difficultés » (RESAD) avec des règles de fonctionnement explicites (voir annexe et charte du réseau toulousain).*
- Les interfaces et modalités de coordination du Samu Social serait à mieux travailler en ayant une meilleure lisibilité. La question de la formation des professionnels peut être intégrée à celle d'autres professionnels et bénévoles, les pistes avec les pairs.
- Les difficultés autour de la coordination des maraudes aussi bien dans l'organisation temporelle, territoriale que dans la composition de cette coordination peuvent trouver des modalités plus ajustées: des associations n'y viennent pas, des équipes comme celles de la réduction des risques, pourrait aussi être incluses, les EMPP. Selon certains acteurs une coordination destinée à optimiser le maillage territorial a existé jusqu'en 2008. Selon le coordinateur du 115, cette organisation est toujours en vigueur. Quoi qu'il en soit, cette coordination ne concernait (ou ne concerne) que les « maraudes associatives régulières », à savoir celles du Secours Catholique, des Restos du Cœur et de la Croix Rouge, Médecins du Monde.

Les relations entre acteurs de statuts différents (bénévoles / professionnels) apparaissent également comme une des limites énoncées du réseau - sans gommer non plus l'implication bénévole -. Cette problématique touche aussi bien à la dimension organisationnelle des interventions (disponibilité des uns et des autres, turn-over important chez les bénévoles...) qu'à des questions plus complexes touchant aux représentations (représentations des uns sur les autres, représentations de la précarité...) et à la finalité de l'action, certains professionnels estimant que l'action des structures bénévoles ne favorise pas toujours la sortie de la rue... La question de la complémentarité bénévoles / professionnels pourrait être utilement travaillée dans des espaces à imaginer. Les pairs auraient un rôle à jouer dans ces interfaces.

D'autres limites qui impactent la vie du réseau ont été abordées dans le chapitre antérieur.

Il existe donc une série d'atouts, de possibles, des envies pour dépasser les limites actuellement constatées dans la production, élaboration, construction collective de réponses. Par contre, il faut trouver les modalités opérantes concrètes qui donnent des résultats rapides dans un premier temps pour asseoir des modes de coopérations dans la durée et sur plusieurs niveaux ; nous y reviendrons dans le chapitre suivant.

VIII. PRECONISATIONS ET CONCLUSIONS

Les préconisations qui suivent et l'établissement de leurs priorités s'appuient sur les recommandations actuellement validées dans le champ de la réduction des inégalités de santé.

D'autres critères ont été pris en compte au regard du contexte et des acteurs concernés par la prise en charge du public de l'étude. Ces recommandations restent valides comme le cahier des charges le demandait pour un public plus large et le processus de renforcement de la coordination des acteurs.

Enfin, la Charte d'Ottawa a été utilisée pour conforter la synergie des actions à mettre en place. Ceci a été utilisé uniquement pour les actions qu'il nous semble important de mettre en place à très court terme (dans les 6 mois à venir). Les autres préconisations, devront faire l'objet d'un travail avec le comité de suivi – élargi si besoin - pour valider certains axes, les organiser de façon à prendre en compte l'effet démultiplicateur d'une mesure si elle est associée à une autre, établir un plan d'action avec des objectifs quantifiés visant la réduction d'écarts.

Réduction des inégalités de santé : rappel de quelques principes pour une meilleure efficacité dans le cadre de l'étude actuelle

Au-delà des politiques qui doivent promouvoir la réduction des inégalités, il est acté aujourd'hui que l'environnement organisationnel des structures influence le recours aux soins et à la prévention ; il s'agit donc de coupler des mesures individuelles permettant de faciliter le recours mais aussi agir au niveau de l'environnement ; les stratégies collectives, en lien avec le support social doivent être encouragées par ailleurs. Les actions qui ne portent que sur les comportements renforcent les écarts.

La réduction des inégalités de santé et de recours aux soins passe par la mise en synergie de différentes politiques, institutions et services : leur mise en cohérence sera un axe de travail qui viendra appuyer la coordination des acteurs de terrain.

Même si la question du gradient des inégalités d'accès à la santé mais plus précisément aux soins doit être prise en compte, souvent, les mesures « pour tout public » vont venir accroître les inégalités. Dans des situations complexes, il faut agir aux deux niveaux mais surtout faire porter les efforts pour les publics en situation de précarité, quitte à réorienter des financements.

Les stratégies de proximité sont les plus efficaces : les stratégies du « aller vers », l'implication d'adultes relais, de médiateurs, des pairs donne des résultats. Elles portent leurs fruits à plusieurs niveaux : compétences psychosociales, stratégies de dépistages plus performantes par exemple. Les accompagnements constituent aussi une stratégie facilitant l'accès aux droits, à la prévention et aux soins. Ils peuvent trouver leur ancrage aussi bien avec les professionnels que les pairs ou médiateurs.

L'environnement réglementaire et institutionnel

Nous avons présenté dans la première partie de ce document les grandes orientations qui prévalent en région Paca et sur la ville de Marseille. Ont ainsi été pris en compte :

- Les orientations de l'ARS, de l'ACSé
- Plus précisément le Plan Local de Santé Publique de Marseille et les axes de travail de la coordinatrice de l'ASV de Marseille Centre ; nous avons souligné que le champ de l'étude intégrait une partie de son mandat, il le dépasse aussi (territoire, public).

D'autres critères ont été pris en compte pour établir des priorités dans le temps : l'urgence des décisions à prendre par exemple.

Les autres critères sont les suivants : existence d'initiatives en cours, recommandations déjà émises antérieurement, interfaces déjà créées ou en voie de l'être, facilité de mise en œuvre, concrétisation permettant de lever rapidement des contraintes récurrentes.

Certains aspects sans doute complexes à mettre en place ont été laissés néanmoins dans le court ou moyen terme en raison des impacts négatifs constatés au cours de l'étude.

Le principe de la Charte d'Ottawa

Celui-ci n'est pas exclusif et peut être maillé avec d'autres grilles de lecture.

Il s'agit de choisir dans un espace temps donné, les actions qui vont se potentialiser sur 7 axes : aptitudes individuelles (comme les formations par exemple), changements organisationnels (au cours de l'étude dans le cadre de la préfiguration d'une plateforme), renforcement de la place des usagers, stratégies de communication efficaces, promotion d'environnements favorables, politiques publiques favorables (politiques institutionnelles, conventions, chartes, etc.), étude/observation.

Nous [avons proposé](#) pour le comité de suivi du 8 avril, une proposition « bas seuil d'exigence, mais haut seuil de qualité et d'effectivité » !! Pour la suite, les scénarii possibles seront à discuter pour élaborer un plan d'action évolutif avec l'identification de qui fait quoi et un suivi du plan dans le cadre du contrat local de santé et de la gouvernance actuelle. [Un travail a débuté pour établir des priorités avec les institutionnels \(réunion en date du 9 mai 2011 matin\), puis lors de la restitution aux acteurs le 17 juin 2011. Le 12 juillet 2011, la restitution avec les personnes ayant participé aux focus groupes n'a pas permis de balayer les préconisations mais la question des discriminations est venue spontanément dans les discussions, de même que la satisfaction des besoins de base. Deux axes de préconisations seraient à prendre en compte ; ils complètent de qui a déjà été énoncé.](#)

[Par ailleurs, des espaces effectifs pour prendre en compte la parole des usagers, médiateurs sont absolument à renforcer. Des conditions sont à créer pour cela de façon à consolider l'axe droits/citoyenneté.](#)

LES AXES DE TRAVAIL

** recommandations déjà émises dans des études antérieures [pour illustration \(se reporter aussi aux annexes\)](#)*

1. Lutter contre les discriminations

Court terme

- Sensibiliser selon les secteurs institutionnels* : agents d'accueil des services hospitaliers de façon prioritaire, professionnels, bénévoles, pompiers, ambulanciers, policiers municipaux...
- Faire connaître les outils existants (charte, loi, charte des maraudeurs, etc....)
- Les espaces de travail permettant une connaissance réciproque sont une des clés dans ces questions de discrimination.
- [Sur un registre différent mais appartenant bien à cet axe, même s'il résonne avec les aspects de santé à l'évidence, il nous semble impératif, de se préoccuper des situations de misère et de la faim mentionnées. Cet aspect engage élus, institutionnels, associations et ne peut reposer uniquement sur le secteur caritatif.](#)

Moyen terme

- Identifier les valeurs communes mises en avant sur Marseille par la rédaction d'une charte locale dans le champ des acteurs du réseau santé / précarité tout spécifiquement (cf. charte de Toulouse)

2. Coordonner les réponses

Court terme

- Mettre en place rapidement une réunion pour expliquer de façon très interactive aux acteurs médico-sociaux la nouvelle organisation des services de l'Etat, suite à la RGPP et surtout les interfaces entre les services, articulations (et évolutions réglementaires : SIAO...)
- Se doter de règles de fonctionnement communes, notamment sur le respect du secret professionnel (notion de secret « partagé », utiliser les outils existants sur la ville cf. CMP, cf. RESAD en annexe) dans les espaces de coopération, d'études de situations complexes.
- Repenser la faisabilité des systèmes de référent au niveau de l'assurance maladie* ou en imaginant un système qui réponde à la fois aux besoins des professionnels et aux contraintes de l'assurance maladie.
- Renvoi systématique des dossiers incomplets par les professionnels de l'assurance maladie vers les travailleurs sociaux (et non les personnes) – a minima contact systématique avec le travailleur social de référence si problèmes légaux.
- Mettre en place un moyen (alerte...) pour éviter, si hospitalisation, une radiation au CCAS (courriers à récupérer par exemple).
- Mettre en place une fiche navette pour garantir la continuité des soins et ne pas recommencer des examens déjà réalisés (entre professionnels du soin, entre structures si besoin)
- Toute sortie de l'hôpital doit s'accompagner d'une fiche de liaison*, en attendant les comptes rendus pour permettre la mise en œuvre des traitements. Si la personne est en CHRS, le traitement pour le jour même devrait être facilité.
- La fiche de liaison externe de la PASS de la Conception* est un impératif.
- Proposer des rencontres concrètes sur des études de cas complexes selon trois modalités possibles:
 - Soit sur l'ensemble de la ville (réunions régulières, règles à établir)
 - Soit par arrondissement en se basant sur le principe des réunions avec les CMP ou en élargissant si cela est possible leur champ de travail à la santé en général
 - Par arrondissement en créant des groupes ad hoc en l'absence de groupe existant et selon la répartition territoriale des publics et des acteurs.

Ces espaces pourraient faciliter la résolution de situations complexes*:

- Des signalements de situations
- Une réflexion sur les pratiques
- La promotion d'habitudes partenariales : « le faire ensemble » et amélioration des orientations dans le réseau
- Capitaliser l'expérience pour produire des guides opérants.

S'appuyer sur les espaces de coopérations existants (Jane Pannier/HAS, ADJ/EMPP/Autre regards, Bus 31-32/HAS)

- Affirmer la mission de coordination du SIAO afin d'y retrouver la dynamique connue autrefois sur la veille sociale
- Lorsque les équipes mobiles, ou maraudes font leur débriefing, l'envoi d'un fax de façon centralisée (115 à Toulouse) pour signaler les personnes à revoir (préoccupation de tous ordre) par une autre équipe par exemple est une modalité opérante; c'est la personne qui centralise (115 à Toulouse) qui avertit les autres équipes ou les structures (mode d'organisation à étudier selon les villes) ; permet en particulier d'éviter les ruptures jour/nuit, les jours où certaines maraudes ne fonctionnent pas, les lieux qui ne sont pas toujours visités, etc. Implique partage N° téléphones portables et fax de tous avec une responsabilité de chacun des acteurs pour faire les mises à jour nécessaires.
- Impliquer les pairs médiateurs dans l'organisation des dispositifs chaque fois que possible*.

Moyen terme

- Renforcer les temps d'intervention des équipes mobiles dans les lieux d'hébergement et dans les LHSS*

- Former les intervenants dans le cadre de formations-actions interdisciplinaires sur le travail de rue, le travail de médiation* (pairs, bénévoles, professionnels du soin, éducateur, police, SAMU social, pompiers) et
- Former (sous forme de formation-action) les intervenants de la rue (maraudes en premier lieu dans le cadre de formations action premiers secours (bénévoles, SAMU Social), avec la participation des EMPP, avec l'implication des pairs. Cette formation peut se prolonger autour des problèmes de santé dans la rue et la conduite à tenir (les études de cas seraient à privilégier) ; le contenu serait à penser à partir des astreintes téléphoniques si elles peuvent se mettre en place
- Former les intervenants interdisciplinaires* (et bénévoles pairs, professionnels) autour de la mise en œuvre des concepts de la réduction des risques adaptés au champ médicosocial (bas seuil, posture, gestion des situations de violences...).
- Formation des pairs (cf. GEM, voire les adultes relais) afin de former les médiateurs (en articulation avec le projet « Housing first ») *
- Proposer un espace collaboratif (type web communautaire) pour: personnaliser, créer du lien; échanger de l'information et créer un vocabulaire commun ; proposer des ressources en ligne; proposer des espaces par communauté (sur un thème, un territoire, un type d'acteur...), faire remonter les situations de discriminations.
- Créer de façon régulière (une fois par an par exemple) si cela ne se fait pas en routine, un espace de rencontres entre les acteurs médico-sociaux, les institutions, les élus (DRJSCS, ARS, délégations territoriales, Politique de la Ville, SIAO...) pour une information sur les évolutions réglementaires ; ces espaces devraient pouvoir faciliter la compréhension de l'utilisation des différents services.
- Mettre en œuvre les formations « Santé – Précarité » en milieu hospitalier (forme adaptée à trouver : formation continue, étude de cas (rechercher des modalités les plus opérantes pour le secteur hospitalier : staff, formation continue, séminaires, etc.) *

3. Mieux cerner l'accès aux soins et objectiver cette question, les populations concernées

Court terme

- Réaliser de façon périodique (janvier, juillet, novembre) l'analyse des bases de données des accueils de jour, hébergement d'urgence et des maraudes ainsi que des équipes mobiles en respectant l'anonymat.
- Mettre en place un système permettant de documenter les files actives des maraudes en formant les équipes sur la base de l'expérience de celles qui le réalisent déjà.
- Acter la réalisation d'études de cas collectives (PASS et LHSS, secteur psy, intégration de médecins généralistes volontaires*) : études de cas cliniques pour favoriser les liens secteur ambulatoire/hôpital, entre praticiens de champs divers, et renforcer le lien avec les médecins généralistes)
- Mieux documenter les zones d'ombre signalées dans la partie « problèmes de santé » et l'accès à des besoins primaires dont l'accès à l'alimentation.
- Dans un deuxième temps, harmoniser les statistiques médicales en respectant les intérêts et spécificités des structures (idée de tronc commun à développer)
- Mettre en application les recommandations du rapport Chambaud pour mieux connaître le nombre de personnes sans domicile (Veille par le biais des domiciliations : personnes sans domicile fixe et sans domicile stable)
- Documenter les expulsions locatives pour documenter les problèmes de santé (SAMU social et ADJ Marceau qui dispose d'un infirmier au sein de son équipe)
- Maintenir et développer les articulations au niveau de la CCAPEX
- Tenter d'articuler les travaux du DIHAL au niveau régional et départemental
- Améliorer la connaissance de la situation des enfants en situation de précarité, en s'appuyant sur l'expérience de Saint-Mauront – Belle de Mai.

Moyen terme

- Mettre en place un système d'alerte pour repérer les personnes sans domicile aux urgences afin que le suivi soit assuré (ou renforcer si des systèmes de cette nature existent) ; le lien avec les fiches de liaison se retrouve dans ce cadre.
- Mettre en place un observatoire de l'accès au soin sur Marseille
- Concernant les expulsions locatives :
 - d'identifier de façon pragmatique les sources d'information pertinentes : la première étape, pragmatique serait que le Samu Social en lien avec l'ADJ (infirmier) puisse documenter les situations. Une fiche pratique sera à construire pour cela.
 - Par la suite, il s'agit de pouvoir qualifier les motifs de ces expulsions en les rapportant à des problématiques de santé (somatique/psychiatriques) et de précarité
 - d'identifier des modalités de vigilance, de protection (principe du fichier canicule ?) pour anticiper les expulsions. Le lien avec les bailleurs est à ce titre essentiel.

→ La question avait été posée au début de l'étude de préfigurer l'élaboration d'un **questionnaire à destination des acteurs** impliqués directement ou indirectement dans l'accès aux soins des sans domiciles, afin d'identifier de la façon la plus exhaustive « qui fait quoi et comment sur le territoire ? ».

La question ayant été mise en débat lors du dernier groupe de travail, il est apparu que les besoins des acteurs relèvent plutôt d'une utilisation très pratique des ressources et du réseau, qui passe par d'autres stratégies qu'une enquête auto-administrée, dont on sait par ailleurs que les taux de retour sont généralement faibles et ne garantiront donc pas l'exhaustivité recherchée.

Une alternative a minima serait de mettre à jour et compléter le Guide de l'Urgence Sociale en y intégrant les structures susceptibles de prendre en charge les questions de santé (LHSS, Maisons médicales de garde, PASS, centre de dépistage, de vaccination, etc.).

4. L'accès aux droits : lever les complexités et barrières administratives

Court terme

- Faire passer le soin avant les aspects administratifs : l'accès aux soins pour les personnes sans droit potentiel à la PASS de la Conception devrait être discuté très rapidement avec la nouvelle direction de La Conception et acté lors du prochain comité de pilotage (harmonisation des pratiques entre les PASS).
- Mettre en œuvre le processus de Convention entre les PASS et l'assurance maladie pour une ouverture des droits rapides à l'instar de l'expérimentation en cours avec la CAF (modèle de convention en annexe)
- Favoriser l'utilisation du CCP (en complément du livret A) pour permettre le prélèvement des cotisations des mutuelles (contact donné – suivi enclenché par R. Verdier, ASV Marseille Centre)
- Faciliter les domiciliations des personnes sans abri : lever les dysfonctionnements résiduels, poursuivre les avancées, et mettre en place le principe de rencontres régulières pour faciliter les améliorations et éviter ainsi les interpellations itératives (ce type de rencontre peut être couplé à celles avec les autres acteurs sociaux, l'assurance maladie).
- Vérifier les procédures des agents d'accueil chargés des facturations pour valider l'adéquation avec la règle du blocage de la facturation en cas de fiche liaison PASS.
- Clarifier les problèmes concernant les mineurs (domiciliation, droits)
- Ouvrir un espace de discussion sur les nouvelles modalités concernant l'AME et la manière de ne pas aggraver l'accès aux soins.

Moyen terme

- Faciliter l'accès à une mutuelle par le biais d'informations opérantes et en trouvant les mutuelles les plus accessibles et dont les services sont effectifs.
- Créer un espace de rencontre régulier entre les acteurs sociaux, l'Assurance maladie, le CCAS, la CAF, le CG sur les évolutions réglementaires et les problèmes rencontrés (fréquence : à déterminer)
- Assouplir la question des effets de seuil permettant l'ouverture de droits

5. Accès aux soins, prévention

Court terme

- Renforcer les modalités d'accueil à la PASS de la Conception : tout patient doit être vu par un soignant après l'accueil (confirmer le circuit).
- Identifier la faisabilité d'astreintes téléphoniques avec un planning (géré par le 115 ?). Les ressources actuelles identifiées si cette fonction ne peut reposer sur une seule structure : médecins de la PASS la Conception, des LHSS, de la PASS Psy, EMPP, EMLPP, soignants des maraudes ou des équipes mobiles identifiées. Par exemple, une astreinte médicale jusqu'à 23 h a été organisée sur Toulouse pour avoir un avis si doute ou inquiétude avec les personnes rencontrées ; ceci a été fait pendant 1 an, puis une formation adaptée sur la base des demandes et interrogations a été organisée pour les acteurs (hébergement, maraudes...); a donné de bons résultats. Sur Toulouse, ces astreintes étaient organisées à partir de la coordination du réseau santé précarité ; voir autres options possibles sur Marseille si cette idée est reprise.
- Capitalisation des demandes qui remontent pour organiser les formations/actions
- Mise en place d'une formation action à partir de cette base. Public concerné : des référents CHRS, bénévoles des maraudes, pairs et médiateurs, professionnels du SAMU social... Dans l'attente d'une formation, des gestes aux premiers secours pourrait être organisée en veillant à mélanger les participants et favoriser le lien entre les équipes mobiles tout spécialement (de jour, de nuit)
- Veiller à la connaissance de l'utilisation des « fonds pour soins urgents » par l'ensemble du réseau médicosocial.
- Renforcer les actions de l'Université du Citoyen autour de l'accès aux droits et au soin, à la prévention en valorisant l'approche autour de la restauration des compétences psychosociales.
- Renforcer les liens entre LHSS et les accueils de jour : espaces de rencontres sur la base d'études de cas
- Concernant le centre dentaire de formation Gaston Berger, vérifier le processus d'accès aux soins (quel public ? circuit ?).

Moyen terme

- Concernant les PASS, développer les horaires d'accueil et les plages horaires sans rendez-vous.
- Développer les soins infirmiers des PASS et mettre en œuvre les recommandations de la DHOS*
- Continuer à développer les opportunités de prévention* dans les hébergements, de façon ajustée pour les personnes en situation de précarité (stratégie des petits pas : vaccination, dépistage de la tuberculose...). Peut impliquer une convention avec l'assurance maladie et une coordination avec la Ville de Marseille sur vaccinations.... Soutenir les implications de l'Université du citoyen, du CODES en privilégiant les principes d'animation issus de l'éducation populaire.
- Concernant la santé des femmes, développer l'axe prévention, en articulation avec le groupe femmes et précarité (Jane Pannier).
- Soutenir les réflexions autour de la problématique des personnes vieillissantes.
- Développer des interfaces avec le milieu carcéral en articulation avec l'EMPP qui semble engagée sur ce champ.
- Inscrire la politique en matière de précarité dans le projet d'établissement de l'AP-HM

6. La question de la continuité des soins

Court terme

- Analyser la couverture territoriale et identifier les manques
- [Réaliser une cartographie de l'offre \(expertise géographie de la santé permettant de replacer les cartographies dans une analyse plus globale – lien Université évoqué par G. Coruble/ ARS\).](#)
- Réaliser une cartographie des maraudes en utilisant ce temps de travail pour analyser l'organisation territoriale, l'organisation d'explorations de façon concertée. La mise à jour de ces éléments doit être facilitée par un système opérant (informatique) et accessible à tous.

- Organiser collectivement les maraudes pour une continuité dans le temps (jour/nuit ; saisons), l'espace incluant les différentes équipes mobiles dont les EMPP [amplitudes horaires*, nuit (?)]
- Impliquer les travailleurs pairs dans l'organisation des maraudes
- Mettre en place un système d'alerte opérant pour interpeler systématiquement les équipes mobiles (EMPP)* ou encore alerter le 115 pour toute personne qui sort des urgences, des LHSS, d'hospitalisation sans solution d'hébergement (faire une fiche standard)
- Revoir les modalités de sortie des LHSS vers l'UHU au regard des changements actuels.

Moyen terme

- Veiller à une continuité jour / nuit
- Poursuivre et amplifier les initiatives facilitant le recours aux soins de premiers recours (médecins généralistes, ambulanciers) *
- Lien ville – hôpital : identifier la façon de renforcer les liens entre AS des secteurs hospitaliers et ambulatoires
- Médiation dans le cadre des transports : développer la facilité de transport avec le SAMU social de la Ville et de la Croix Rouge avec ou sans médiation par ailleurs ; renforcer les conventions qui existent déjà ; établir des plannings pour tout ce qui peut être programmé.
- Revoir la ré-organisation de l'UHU pour qu'elle permette une prise en charge effective des soins.

7. L'accès à l'information et le droit des usagers ; le recueil de leur avis sur les dispositifs

Court terme

- Proposer une restitution de l'étude accès aux soins auprès des personnes interrogées dans les focus groupes ([faite le 12 juillet mais peut être reproduite par les acteurs locaux](#)).
- Information sur leurs droits : organiser des temps d'information dans les CHRS* de façon ajustée : l'information simple ou classique ne suffit pas.
- Participation à la formation des personnels de l'accueil (non discrimination, droit des usagers...) ou tout autre modalité qui permettent de créer une interaction positive ; utiliser tout moyen interactif (vidéo, témoignages, etc.) *
- Favoriser l'implication des GEM* dans les processus de réflexion et de décision en leur donnant les moyens d'une participation effective (accompagner le processus)

Moyen terme

- Recueil de leurs avis, satisfaction.
- Identification des possibilités de créer des associations d'usagers, en lien avec les pairs
- Intégrer dans la vie des CHRS un rôle actif des personnes hébergées dans les décisions qui sont prises*

De façon très opérante, 4 axes pourraient être utilisés pour faciliter les interactions avec les pairs :

- les formations / réflexion sur le droit des usagers
 - l'implication dans les formations/actions autour du travail de rue, de médiation
 - l'implication dans les formations/actions autour des gestes de premiers secours et la santé
 - La co-construction de formations qui se réfèrent aux personnes en situation de précarité ;
- D'autres champs sont potentiellement à développer en fonction des processus.

8. Distinguer adapter les réponses par type de problématique santé / Par type de public

Court terme

- Apporter une attention (et évaluer) sur le parcours de soin (et une approche adaptée et différenciée) pour les publics les plus fragiles (femmes, sortant de prison, enfants...)
- Veiller aux publics particulièrement stigmatisés et signalés dans l'étude

Moyen terme

- Développer des initiatives pour les personnes âgées, sans domicile, à très bas revenus dans les politiques du Conseil général et des politiques régionales
- Développer des alternatives pour les personnes ne pouvant accéder à un hébergement la nuit (type halte de Toulouse)

→ Point sur la question de la médicalisation des maraudes

La médicalisation des maraudes a été posée lors de la toute première réunion ayant abouti à la présente étude le 29 septembre 2009 en présence d'un certain nombre d'interlocuteurs¹²². On parlait entre autres points de « médicaliser les maraudes du SAMU social et de la Croix Rouge ».

Nous avons souligné lors de la première restitution que les questionnements soulevés dans la réunion de 2009 étaient légitimes. Les réponses données a priori, devaient resituées dans une réflexion plus large et la médicalisation des maraudes « nous semble de toute façon devoir être intégrée dans un ensemble de réponses plus large (donc ne pas exclure non plus) et pour lesquelles la pertinence doit être validée ». Il nous semble cependant que la série d'arguments collectés au fil des entretiens autour de la réponse à apporter est en discordance avec le type de réponse évoqué (présence d'un médecin sur les maraudes).

Les discussions en cours de deuxième phase ont fait état des points suivants (Mr Bourgat, Mme Gaunet, Croix Rouge, Médecins du Monde, surtout) :

- ⇒ L'objet des maraudes est d'établir du lien (entretien Mr Bourgat, Croix Rouge, MdM). Une personne interviewée explique que lorsqu'il y a un soignant, cela prend toute la place dans la relation.
- ⇒ Le SAMU social dispose de 12 véhicules, il est impensable de médicaliser l'ensemble des véhicules
- ⇒ La question se pose pour des situations où il n'existe pas d'urgence, un avis médical serait utile
- ⇒ Pour les vraies urgences, il y a le 15 ou le 18
- ⇒ Le problème se fait sentir quand les problèmes n'ont pas été détectés dans la journée mais la nuit et que les bénévoles se sentent démunis. Les tournées en journée permettent de mieux détecter les problèmes et de soulager les équipes qui tournent la nuit.

On voit dans ces débats :

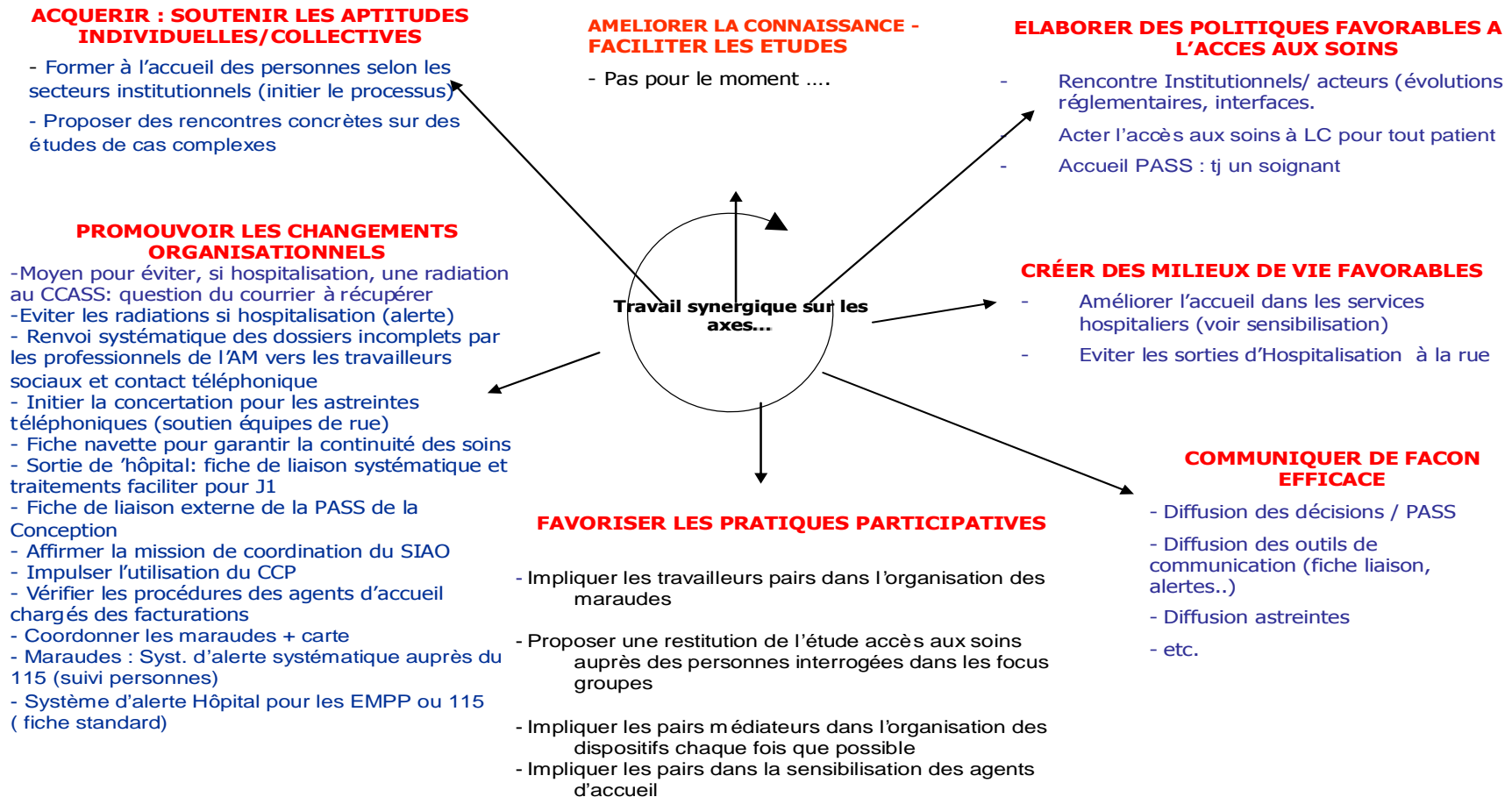
- a) Qu'il existe une difficulté énoncée par certains acteurs au regard des problèmes de santé
- b) Que l'utilisation des ressources existantes n'est sans doute pas optimisée (ceci a été illustré dans la deuxième restitution, le premier groupe de travail)
- c) Que le sens du soin dans la rue n'a pas été suffisamment élaboré et que les arguments avancés se trouvent en décalage avec une médicalisation potentielle des maraudes.

→ La question renvoie in fine à la finalité des maraudes du Samu Social.

Au regard des avis collectés au cours de l'étude, d'autres alternatives (soutien à la formation des agents, astreintes téléphoniques, meilleur repérage de l'utilisation des LHSS, etc.) semblent pouvoir répondre aux préoccupations du SAMU social et présenter d'autres bénéfices.

¹²² Françoise Gaunet Escarras, adjointe au Maire de Marseille, Michel Bourgat, adjoint au Maire de Marseille, Gérard Coruble, médecin DDASS 13, Brigitte Fassanaro DDASS 13, René Giancarli, Directeur du Samu social, Jean-Pierre Guelfi, directeur CCAS, Raoul Viger, président Raoul Kanazi, Didier Febvrel, médecin Direction santé Publique, Noura Payan Equipe mobile de Psychiatrie

SCÉNARIO À TRÈS COURT TERME : ILLUSTRATIONS ; BASE DE DISCUSSION
(avec prise en compte des remarques du comité de suivi du 080411 sur certaines formulations)



(Source : adaptation de la Charte d'Ottawa, OMS, 1986. www.euro.who.int)

Recommandations générales :

Toute initiative à mettre en place doit être systématiquement interrogée au regard des priorités des ASV et du PRSP ainsi qu'au regard des initiatives et projets en cours (voir chapitre méthodologie et coopération).

Le rapport sur la santé des sans chez soi (Girard et collaborateurs, voir bibliographie) est une base très pertinente de réflexion qui peut être utilisée pour alimenter les débats sur l'accès aux soins des personnes sans domicile.

Au-delà des évaluations des différents dispositifs, mettre en place des indicateurs simples qui mesurent la cohérence des réponses et la dynamique de réseau.

De la gouvernance...

L'amélioration de l'accès aux droits, aux soins et à leur continuité ainsi que la prévention implique une gouvernance forte et une articulation entre les différents types de coordination, services de la Ville, de l'Etat, du local au régional.

L'importance de la transversalité, des modalités des interfaces entre différents référents, services impliqués est un des déterminants pour améliorer la prise en charge de la santé des personnes concernées par l'étude, et de façon générale pour les personnes en situation de précarité, là où les ruptures sont les plus fréquentes, les modes d'organisation sont essentiels à considérer.

Les différents champs qu'interpellent les préconisations impliquent une coordination la plus opérante possible entre la ville et les services de l'Etat, entre les services de la ville, entre les services de l'Etat. Actuellement le défi est complexe à relever mais il est incontournable.

Dans le cadre de l'étude, intégrée au plan local de santé et à la démarche ASV, la gouvernance est complexe, surtout dans le nouveau cadre des contrats locaux de santé. Un système devenant de plus en plus complexe peut donc se revisiter. L'étude pose la question à la fois du territoire, des publics et de diverses thématiques qui se rencontrent, tout en ayant des spécificités fortes. L'enjeu va donc être de renforcer les coordinations existantes en tenant compte des préconisations que les décideurs déclineront de façon concrète.

L'idée de plateforme n'est pas encore acquise, des espaces pour en amorcer ou mieux en poursuivre le processus de construction sont là ; les différentes préconisations mises en place de façon organisée, synergique dans le temps peuvent permettre assez rapidement de structurer une plateforme en tenant compte des craintes justifiées des personnes interrogées à ce propos : éviter les systèmes trop complexes, être à la fois dans l'opérationnalité et la réflexion dans des espaces temps différenciés, qui tiennent compte à la fois de la maturité des processus en cours, des initiatives et des spécificités de chacun ; l'enjeu sera que tout le monde ait quelque chose à gagner dans cette plateforme.

Quelles seraient alors les fonctions autour de la coordination de cette plateforme ?

Aujourd'hui en fonction des données disponibles, il semble que la coordination ait plus un rôle d'animation et de facilitateur de processus, la coordination pouvant renvoyer à la juxtaposition d'actions alors que la coopération et l'animation qui doit aller avec, implique de transformer les pratiques de façon collective.

La fonction de « coordination » doit s'ajuster à la forme que prendrait l'organisation locale des acteurs en complémentarité aux autres espaces tels que la veille sociale par exemple.

Cette fonction doit par ailleurs être légitimée par tous les décideurs, en l'occurrence la Ville et l'Etat. Le positionnement dans l'organigramme de la ville devra faciliter le mandat, les interfaces, la continuité de la fonction.

Les groupes de travail ont initié ce qu'ils attendraient d'une « plateforme » :

- Mise à jour et diffusion des informations réglementaires

- Favoriser les études de cas, une « commission santé »
- Partager collectivement les difficultés, dont celles liées aux droits
- Définir des contenus de formations croisées
- Favoriser la production d'écrits commun (outils...)
- Centraliser les alertes concernant les personnes à revoir dans la rue
- Faciliter la coordination des maraudes jour/nuit, territoires
- Etre impliquée dans la facilitation des transports des personnes vers les structures hors urgence
- Faciliter l'interface entre les usagers et les professionnels
- Identifier des référents à différents niveaux, centraliser les informations, interface
- Gestion des sorties d'hospitalisation
- Appuyer les modalités d'organisation facilitant le quotidien des personnes : bagagerie, etc.
- Centraliser la veille autour du nombre de personnes sans domicile (impulsion et veille autour de recueil de données.... les problèmes de santé...).

A noter que l'idée de plateforme rejoint deux axes : une plateforme pour les professionnels mais aussi les usagers (pourrait-on penser à un copilotage ?).

La suite de l'étude et sa reprise doivent permettre de consolider les processus enclenchés, permettre la mise en œuvre rapide de certaines préconisations et affiner les attendus et conditions à mettre en place pour construire une plateforme à moyen terme.

L'étude-action a permis de produire et d'enclencher déjà un processus de changement sur des aspects fondamentaux au moment de la rédaction de cette mise à jour: les droits, l'organisation des PASS. L'étude s'inscrit dans la lignée des efforts que de nombreux professionnels, bénévoles ont mis en œuvre depuis plusieurs années. La vision systémique a de notre point de vue apporté un plus ainsi que la participation dans les groupes de travail de trois champs droits- citoyenneté/logement/secteur sanitaire.

Reste que les défis à relever pour que les changements s'organisent dans la cohérence doivent être portés par tous. Nous l'avons souligné dans une dernière présentation réunissant des financeurs en date du 20 juin 2011 et dont le support est disponible en annexe.

FIN