

Journée Régionale « Personnes en situation de précarités : quels leviers pour favoriser l'accès à la santé ? »

Vendredi 9 décembre 2022

SYNTHÈSE

Table-ronde 1 : « Les précarités : définitions et place de la santé chez les publics en situation de précarité »

Louise VIROLE, Sociologue, SESSTIM – Marseille

Le terme précarité est complexe. Ce qui est précaire est fragile et incertain, peut s'effondrer à tout moment. Il convient de s'intéresser aux multiples facteurs qui peuvent sécuriser la position sociale ou la fragiliser : l'emploi, le logement, le statut administratif, etc. Les individus ne disposent pas tous des mêmes ressources ou capitaux pour faire face à ces situations de précarité.

La sociologie considère que tout le monde possède des capitaux (économique, culturel et social). Plus les personnes possèdent des capitaux, plus elles sécurisent leur position, même confrontées à un bouleversement de leur vie (comme la survenue d'une maladie chronique). A l'inverse, moins elles ont de capitaux, plus elles sont confrontées au risque de précarité.

Or, l'expérience de la précarité a des effets importants sur la santé des personnes, elle crée des inégalités sociales de santé. Trois déterminants ont leur rôle dans la reproduction de ces inégalités : les comportements individuels, l'accessibilité aux soins et les conditions de vie et de travail.

- Les comportements individuels expliquent certains écarts de santé entre les groupes sociaux, mais seulement en partie. Les habitudes les plus défavorables à la santé sont plus répandues parmi les personnes avec moins de capital culturel. Par exemple, les personnes isolées, peu diplômées et aux emplois précaires fument plus que les autres.
- Concernant l'accessibilité des soins, malgré les dispositifs qui existent, le coût constitue toujours une raison du renoncement aux soins, pour les spécialistes notamment (dentistes...). Certains médecins refusent les soins aux bénéficiaires de l'AME et de la CMUC, alors que la pratique est illégale et discriminatoire. De plus, les professionnels de santé n'interagissent pas de la même manière avec les patients selon leur classe sociale : ils adoptent une posture plus prescriptive avec les personnes de classe populaire.
- Concernant les effets des conditions de vie et de travail, une grande partie des inégalités sociales de santé est liée aux conditions de logement (logement insalubre qui augmente les risques sanitaires, notamment pour le saturnisme) et d'emploi (travail précaire qui augmente les expositions aux risques sanitaires, notamment les troubles musculo-squelettiques, cancers en lien avec l'exposition à des produits chimiques).

Pour réduire les inégalités de santé, il est donc fondamental d'adopter une approche globale des déterminants de santé.

Anne-Sylvie LAURENT, ATD Quart Monde

ATD Quart Monde a réalisé une étude participative en 2021 pour étudier la situation des personnes en situation de précarité pendant la pandémie.

La méthodologie est basée sur le croisement des savoirs et des pratiques, en travaillant en deux groupes, avec d'une part une quinzaine de personnes en situation de précarité qui se sont retrouvées

entre pairs et d'autre part un groupe de professionnels de santé. Ces groupes ont été séparés pour permettre la liberté de parole au sein des groupes puis ont échangé ensuite ensemble.

Cinq thèmes ont été particulièrement relevés : l'accès aux droits et aux soins, l'isolement et la perte de liens sociaux, la vaccination et le pass sanitaire, l'alimentation et le numérique.

Table-ronde 2 : Les dispositifs de prise en charge existants

Catherine THOMAS, DAC 92 Sud Osmose ; Elise LABRUSSE, DAC 92 Sud Osmose ; Jean WILS, ALMA Paris.

- Les *DAC* (Dispositifs d'Appui à la Coordination).
- Les *PASS hospitalières* (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) : leur but est de communiquer auprès des partenaires puis de suivre et orienter les personnes, en fonction de leur profil. De plus, les *PASS* peuvent prendre en charge les consultations pour les personnes en situation de non-recours à leurs droits (exemple : une personne est éligible à l'AME (Aide Médicale de l'Etat, dispositif pour les étrangers en situation irrégulière) mais, du fait de la complexité d'accès à ce dispositif, n'en profite pas).
- Les *PASS ambulatoires*. La mission consiste à aller vers les personnes en situation de précarité (associations, centre d'hébergement). L'équipe compte quatre personnes qui se rendent deux par deux auprès de ces personnes. La *PASS ambulatoire* permet un premier contact avec un médecin généraliste, à proximité, sachant que de nombreuses personnes n'ont pas envie de se rendre à l'hôpital.
- L'hôpital de Fresnes, établissement de soins de suite et de rééducation qui accueille les patients détenus d'Île-de-France et de l'ensemble du territoire national.

Ces dispositifs doivent devenir plus visibles. Dans les instances de démocratie sanitaire, les personnes ne sont peut-être pas suffisamment représentées. Le mode de représentation doit être interrogé : l'expérience patient, les patients experts, les patients formateurs sont fondamentaux.

Table-ronde 3 : Aller vers et pouvoir d'agir : enjeux, réussites et défis actuels

Sarah CHAUVIN, responsable Île-de-France de l'association AIDES

Il existe, dans le monde du VIH, des populations bien identifiées. Nous ne sommes pas tous égaux face aux prises de risques.

L'étude Coïncide dénombre les nouvelles découvertes de séropositivités entre 2014 et 2021. Elle indique quelles sont les personnes concernées en distinguant hommes et femmes, leur commune d'origine, le stade de la maladie auquel le statut sérologique a été découvert et quelles étaient leurs conditions de logement. On se rend compte que la cartographie ainsi obtenue constitue ni plus ni moins une carte des inégalités en Île-de-France.

Le « profil type » d'une personne découvrant sa séropositivité est donc une femme née à l'étranger, vivant en banlieue, logée de façon précaire et ayant deux chances sur trois de découvrir sa séropositivité à un stade tardif.

Le pouvoir d'agir est profondément ancré dans l'ADN d'AIDES. Nous allons au contact des populations sur leur lieu de vie, en particulier les populations les plus à risque. Plus de 50 % de nos actions sont conduites « hors les murs », dans les lieux de vie et de socialisation de ces personnes. Cela signifie que l'association adapte aussi ses horaires et façons de travailler.

Nous disposons d'un outil qui facilite grandement l'entrée en contact avec ces populations : le TROD (test rapide d'orientation diagnostique), qui permet d'effectuer un dépistage du VIH, de l'hépatite C, de l'hépatite B et, dans certains cas, de la syphilis. AIDES s'est battue pour démedicaliser ce geste et obtenir de pouvoir proposer ce test sans avoir besoin de professionnels de santé.

Il faut penser cette démarche « d'aller vers » comme un point de départ dans un parcours qui sera construit par la personne.

Thibaut VIGNES, directeur de l'association Les Petits Bonheurs

L'association Les Petits Bonheurs accompagne et soutient des personnes qui vivent avec le VIH, c'est-à-dire qui ont déjà un pied dans leur parcours de soin.

La première question posée aux personnes orientées vers l'association n'est pas « de quoi avez-vous besoin ? » mais « de quoi avez-vous envie ? », ce qui change radicalement le prisme de l'accompagnement qui leur est proposé, autour de la notion de plaisir. Leur redonner ces plaisirs leur permet de refaire des projets d'avenir.

La première démarche « d'aller vers » des Petits Bonheurs est tournée vers les professionnels de santé, car le travail sur l'alliance entre les professionnels de santé et le monde associatif constitue l'un des axes prioritaires de ce travail.

L'association n'a pas de lieu d'accueil et se déplace au domicile des personnes dans leur lieu d'hospitalisation, la personne ayant toujours le choix du lieu de la rencontre et de l'accompagnement, tout au long du parcours. Un lien de confiance s'instaurant avec l'association, la personne peut aussi être amenée à partager des choses qu'elle aurait du mal à dire à son médecin. L'association fait alors le lien avec celui-ci.

Sur le plan des difficultés rencontrées, le cumul des vulnérabilités vient souvent mettre à mal la notion « d'aller vers ». Ces facteurs de vulnérabilité impactent ainsi le parcours de soin, alors que ne plus suivre son traitement expose à une dégradation de sa santé et à la perte de son travail, lorsqu'on en a un, alimentant un cercle vicieux qui paraît sans fin. De plus, le VIH est sans doute la pathologie engendrant la plus forte discrimination.

Atelier 1 : « Précarités et rapport à la santé : comment le vécu des précarités a des incidences sur le rapport à la santé ? »

Animateurs : **Louise Virole, sociologue (SESSTIM, Marseille) et Mathé Toullier (Association des Familles Victimes du Saturnisme)**

Etat des lieux des obstacles au recours aux soins, on retrouve 3 dimensions :

- 1. Facteurs individuels liés au comportement et aux propres représentations de la personne**
 - La santé n'est pas considérée comme une priorité chez les personnes en situation de précarités
 - Image de soi dégradée, honte, intériorisation du stigma conduisant à renoncer aux soins
 - Frein culturel (ex : renoncement au dépistage du cancer du sein)
- 2. Facteurs environnementaux**
 - Conditions de travail
 - Logement
 - Situation fréquente d'isolement de ces personnes
- 3. Facteurs relevant du système de santé**
 - Complexité du système de santé, notamment sur le plan des procédures
 - Coût de certains soins, par exemple les soins dentaires

- Discrimination vis-à-vis des personnes étrangères par exemple

Atelier 2 : Repenser collectivement les parcours de santé des personnes en situation de précarités

Animateurs : Jean WILS, ALMA Paris, et Denis MECHALI, collectif national des PASS

Comment repenser *collectivement* les parcours de santé des personnes en situation de précarités ?

- Les Représentants des Usagers (RU) peuvent et doivent intervenir dans le parcours de santé des personnes en situation de précarités, mais pour cela ils doivent être formés, notamment sur les risques de rupture de parcours.
- Un désengagement financier progressif de l'Etat existe dans les politiques publiques. Il est difficile voire impossible de construire des projets avec des financements précaires.
- Il faut s'appuyer sur les dispositifs existants et les expérimentations en cours, mais pour cela il est important de bien communiquer sur l'existence même de ces dispositifs et expérimentations. Attention aux termes qui brouillent la compréhension : la majorité des personnes ignorent ce qu'est un DAC ou une CPTS.
- L'idée du référent unique est reprise par plusieurs associations car avoir une multiplicité d'interlocuteurs et devoir se raconter à chaque fois constitue un motif de non-recours aux soins.
- Comment construire une politique publique de santé ?
 - Les politiques publiques de santé ne tiennent souvent pas compte de la réalité. Il faut co-construire les solutions, au plus près des usagers et de leurs besoins. Pour cela il serait enrichissant de multiplier les espaces de rencontres pour se nourrir de l'expérience des patients. En effet, certaines décisions sont prises au niveau territorial sans entendre la voix des usagers : il faut éviter cet effet descendant. Attention : comment la voix des usagers peut être transformée en politique publique ?
 - La construction d'une politique publique pourrait répondre à une méthodologie consistant à identifier et à solliciter les acteurs : dans certaines instances et commissions, des représentants des usagers ont ainsi été introduits de manière systématique.
 - Il faut penser selon une logique territoriale : les problématiques diffèrent selon les spécificités territoriales. De plus, le local est une force : un lien de confiance se construit progressivement et les accompagnements locaux sont plus à même de détecter les moments de coupure et les failles.

Atelier 3 : Renforcer le pouvoir d'agir en santé des personnes en situation de précarités.

Animateurs : Anne-Sylvie Laurent (ATD Quart Monde) et Christophe Figeac (Les Petits Frères des Pauvres)

Représentations autour de la question du pouvoir d'agir en santé

Le pouvoir d'agir c'est : une prise de conscience des "capabilités" des personnes, un « empowerment », le contraire de l'aliénation, l'autonomie des personnes, l'accompagnement (en tant que condition de réalisation du pouvoir d'agir), un processus, la reconnaissance de capacités qui existent déjà qu'il faut simplement prendre en compte.

Les obstacles pouvant freiner le pouvoir d'agir des personnes

Le manque d'estime de soi / la confiance en soi ; la difficulté d'ouverture et de maintien des droits ; les présupposés d'incapacité à agir ; les questions afférentes à la santé mentale et, plus particulièrement, le manque de moyens en santé mentale ; le fait que les capacités d'agir des personnes soient déjà mobilisées par d'autres besoins ; la literacy en santé ; l'illettrisme ; l'invisibilité/invisibilisation des personnes ; le manque de coopération et de coordination entre les personnes et les institutions, mais aussi entre les institutions elles-mêmes ; l'individualisation des parcours et l'absence d'organisations collectives efficaces.

Les participants ont choisi deux obstacles qui leur semblent prioritaires puis ces obstacles ont été travaillés en sous-groupes. L'objectif était de faire émerger des leviers d'action.

I) Sous-groupe 1

Volet institutionnel, c'est-à-dire le rapport aux institutions. Ce point englobe les aspects ayant trait au système, à la coordination, à la coopération, aux présupposés, au paternalisme et au pendant structurel et opérationnel, ainsi que tout ce qui touche à la représentation des personnes.

Leviers d'action :

- Mobiliser non seulement les bénévoles, mais aussi les collectivités locales telles que les mairies, en informant notamment davantage les élus.
- Donner une force supérieure aux Représentants des Usagers (RU) et aux pairs-aidants.
- Mettre en place un réseau regroupant les aidants afin de renforcer la communication entre les acteurs et de centraliser l'information.
- Interroger les premiers concernés.
- Collaborer avec des associations agissant hors du domaine de la santé.
- Organiser des journées d'information et/ou des rencontres avec des associations pour évoquer la question du pouvoir d'agir en santé.
- Développer la médiation et la coordination (grâce aux médiateurs et coordinateurs).
- Simplifier des procédures parfois extrêmement longues, complexes et nécessitant le recours à un trop grand nombre d'intervenants.

II) Sous-groupe 2

Volet ayant trait au vécu, à la situation, à la réalité des personnes. Ce point englobe les questions de l'illettrisme, de la literacy et des capacités d'agir mobilisées sur d'autres champs.

Leviers d'action :

- Ne pas appliquer des schémas intellectuels standards aux situations des personnes en souffrance.
- Débloquent des budgets afin de former les intervenants sociaux 1) sur la manière de redonner du pouvoir d'agir sans infantiliser les personnes et 2) à se défaire des représentations qui ont été intériorisées de longue date.
- Mener des campagnes de sensibilisation dans les écoles.
- Passer par le collectif, passer par un système associatif (en raison des difficultés d'accès aux personnes en situation de précarité).

- Favoriser les échanges pour contribuer à gommer la dichotomie entre les personnes en situation de précarités et « les autres. » La notion même d'« aller vers » est une sorte de dévoiement. Il serait plus pertinent de parler d'« être avec ».
- Utiliser un langage simple à comprendre. Exemples : des pictogrammes ou la méthode « Facile à lire et à comprendre ».
- Garder en tête que la santé n'est pas forcément la porte d'entrée. Le travail ou le logement peuvent l'être. Exemple du dispositif « Premières Heures » : des maraudes vont à la rencontre de personnes sans domicile pour leur proposer de travailler selon les modalités qui leur conviennent. Ces personnes peuvent bénéficier d'un hébergement et finissent souvent par signer un contrat de travail. Une fois que des réponses ont été apportées sur la question du logement, les personnes sont plus enclines à s'occuper de leur santé. De fait, il est peu judicieux de parler immédiatement de santé car cela peut créer un blocage.
- Valoriser le savoir-faire des personnes en situation de précarités.