

**Département Ambulatoire et Accès
à la santé**

Référent : Françoise EBER-BOUFFIER
Téléphone : 03 83 39 29 91
Mail : ars-lorraine-sante-populations-specifiques@ars.sante.fr

Enquête sur l'accès à la santé des populations précaires

Dans le cadre des travaux d'élaboration du prochain PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins), une enquête a été lancée par l'Agence Régionale de Santé de Lorraine pour recueillir les expériences de terrain sur les difficultés rencontrées en Lorraine par les publics en situation de précarité dans l'accès à la santé, les obstacles rencontrés pouvant se situer au niveau de l'obtention des droits à une couverture maladie, de l'accès à la prévention et à la promotion de la santé et/ou de l'accès aux soins et aux professionnels de santé.

Cette enquête a été envoyée à près de 300 organismes et institutions de la région accueillant ou pouvant être en contact avec des populations en difficultés. Elle comprend une série de questions ouvertes sur les difficultés identifiées par ces acteurs de terrain en matière d'accès aux droits, à la prévention et aux soins des populations précaires, des solutions déployées pour y remédier et des actions qui seraient à mener en vue d'améliorer la situation.

133 réponses à l'enquête ont été réceptionnées, soit un taux de réponse de 44%, émanant des structures suivantes :

- Etablissements d'hébergement social ou d'insertion : 31
- Missions locales, PAIO : 9
- Etablissements hospitaliers : 20
- Communes, Centres Communaux d'Action Sociale : 9
- Associations : 17
- CSAPA, CAARUD, associations « Addictions » : 10
- Centres sociaux : 7
- Organismes de protection sociale : 8
- Réseaux : 7
- Professionnels de santé : 6
- Conseils généraux : 4
- Administrations (PJJ, SPIP, SIUMPPS, délégués du Préfet) : 5

Le nombre et la richesse des réponses à cette enquête montrent l'intérêt suscité par la problématique de l'accès à la santé des populations démunies en Lorraine. La synthèse réalisée n'a pas l'ambition d'une étude « scientifique » de cette question au niveau de la région. **Elle est le reflet des constats et propositions émis par les différents répondants à l'enquête** et a pour vocation de nourrir les réflexions en cours, en particulier dans le cadre de l'élaboration du PRAPS, élément opérationnel de la prise en compte de la santé des populations les plus en difficultés au sein du Plan Régional de Santé de Lorraine en cours d'élaboration.

Après une synthèse générale des éléments récurrents figurant dans les réponses au questionnaire, le présent document reprend, question par question, la synthèse des différentes réponses.

Sommaire**Page 2**

Introduction	Page 1
Synthèse générale	Page 4
Quels sont les publics rencontrant des difficultés d'accès à la santé ?	Page 4
Quels sont les freins à l'accès à la santé ?	Page 4
Quelles actions sont à développer pour surmonter les obstacles identifiés ?	Page 4
Quelques points-clé concernant plus particulièrement chacun des trois axes de l'enquête : accès aux droits sociaux, accès à la prévention, accès aux soins	Page 5
1. Accès aux droits sociaux	Page 7
1.1 Pouvez-vous décrire de façon précise quels sont les principaux facteurs à l'origine du nonaccès aux droits sociaux que vous avez pu observer pour les publics en précarité que vous côtoyez ?	Page 7
1.1.1) Les facteurs psycho-sociaux spécifiques de cette population en difficulté	Page 7
1.1.2) L'influence des conditions de vie	Page 8
1.1.3) Le déficit d'information sur les dispositifs, d'une part, et sur les publics concernés, d'autre part	Page 9
1.1.4) La complexité et la lourdeur des démarches à entreprendre	Page 9
1.1.5) Les difficultés de procédure en lien avec les organismes de Sécurité Sociale	Page 10
1.1.6) L'accès à une couverture complémentaire	Page 11
1.1.7) Les freins spécifiques à certains publics : jeunes, femmes victimes de violence, détenus et sortants de prison, étrangers, personnes souffrant de pathologies mentales.	Page 12
1.2 Quelles actions menez-vous pour favoriser l'accès à une couverture maladie de ces populations ?	Page 15
1.2.1) L'information individuelle ou collective	Page 15
1.2.2) La tenue de permanences dans les lieux fréquentés par les publics en difficulté	Page 16
1.2.3) Le repérage des problèmes d'accès aux droits sociaux	Page 16
1.2.4) L'accompagnement dans les démarches d'ouverture des droits sociaux	Page 16
1.2.5) L'anticipation de la rupture des droits	Page 17
1.2.6) L'orientation vers les services compétents	Page 17
1.2.7) Le travail en partenariat	Page 17
1.2.8) La formation des personnels	Page 18
1.2.9) L'aide à l'accès à une mutuelle.	Page 18
1.3 Selon vous, quelles actions serait-il nécessaire de mettre en place pour lever les freins subsistants ?	Page 19
1.3.1) Développer l'information	Page 19
1.3.2) Assurer un accompagnement dans les démarches d'accès aux droits	Page 20
1.3.3) Renforcer le partenariat local	Page 20
1.3.4) Proposer une offre de formation	Page 21
1.3.5) Faciliter les démarches administratives	Page 21
1.3.6) Faciliter l'accès à une couverture complémentaire	Page 22
1.3.7) Prendre en compte les difficultés particulières des étrangers.	Page 22
1.3.8) Optimiser les dispositifs spécifiques pour les populations précaires	Page 23
2. Accès à la prévention	Page 24
2.1 Pouvez-vous faire part d'expériences ou de démarches menées qui ont favorisé l'accès à la promotion de la santé, la prévention, au dépistage, aux examens de santé de populations précaires ?	Page 24
2.1.1) Communes CCAS	Page 24
2.1.2) Conseils Généraux	Page 24
2.1.3) Missions locales	Page 25
2.1.4) Structures d'hébergement et d'insertion	Page 26
2.1.5) Centres sociaux	Page 27
2.1.6) Centres hospitaliers	Page 28
2.1.7) Organismes de protection sociale	Page 28
2.1.8) Associations thématiques, CSAPA CAARUD	Page 29
2.1.9) Associations d'usagers	Page 30
2.1.10) Réseaux	Page 31

2.2	Quels sont les principaux freins à lever pour l'accès à la prévention de ces publics ?	Page 32
2.2.1)	la situation de précarité du public	Page 32
2.2.2)	Les freins culturels	Page 32
2.2.3)	La peur	Page 32
2.2.4)	La difficulté de motiver le public	Page 33
2.2.5)	L'isolement social et relationnel	Page 33
2.2.6)	Les problèmes financiers	Page 33
2.2.7)	La conception des campagnes de prévention	Page 33
2.2.8)	L'image négative du système de santé	Page 33
2.2.9)	Les problèmes d'accessibilité géographique	Page 33
2.2.10)	L'attitude des professionnels et les pratiques professionnelles	Page 33
2.2.11)	La barrière de la langue	Page 34
2.2.12)	Le déficit d'information	Page 34
2.2.13)	Le manque de coordination	Page 34
2.2.14)	Le manque de moyens affectés à la prévention	Page 34
2.2.15)	La lourdeur des dossiers de demande de subvention	Page 34
2.3	Quels sont les facteurs déterminants pour la réussite d'une action de prévention ou de promotion de la santé auprès des publics précaires ?	Page 35
2.3.1)	La prise en compte de la santé globale	Page 35
2.3.2)	Le contenu des différentes étapes des actions de prévention	Page 35
2.3.3)	Les conditions favorisant les actions de prévention menées au sein des établissements ou structures accueillant des populations précaires	Page 36
2.3.4)	Les modalités de mise en œuvre des actions de prévention en direction des populations en difficultés	Page 37
3.	Accès aux soins	Page 39
3.1	Avez-vous connaissance de personnes parmi les publics que vous accueillez ayant des problèmes de santé somatique et/ou mentale et ne se faisant pas soigner ?	Page 39
3.1.1)	Quels publics ne se font pas soigner ?	Page 39
3.1.2)	Quelle est la proportion du public concerné par rapport au public de votre structure ?	Page 40
3.1.3)	Quelles raisons donnent-ils pour ne pas se faire soigner ?	Page 40
a)	Difficultés d'ordre financier	Page 40
b)	Non-reconnaissance par les personnes de leurs problèmes de santé	Page 40
c)	Difficultés d'accès au système de soins	Page 40
d)	Difficultés d'ordre culturel ou psycho social	Page 41
3.2	Quelle aide apportez-vous aux personnes précaires pour leur accès aux soins ?	Page 41
3.2.1)	Accompagnement et orientation	Page 41
3.2.2)	Information	Page 41
3.2.3)	Coordination entre différents partenaires	Page 41
3.2.4)	Travail sur la notion de santé	Page 41
3.2.5)	Aide financière	Page 42
3.3	Quels sont les lieux où ces publics précaires vont se faire soigner ?	Page 42
3.4	La notion de « médecin traitant » vous paraît-elle appropriée pour les populations précaires ?	Page 42
3.5	Si vous avez déjà orienté des personnes vers la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de votre territoire, le service rendu a-t-il permis un réel accès aux soins ?	Page 43
3.6	Orientez-vous vers les bilans de santé ?	Page 44
3.7	Avez-vous connaissance de lieux de soins dans lesquels les publics précaires ont eu des difficultés d'accès ?	Page 45
3.8	Avez-vous connaissance de dispositifs innovants, de procédures ou de partenariats favorisant l'accès aux soins de ces publics ?	Page 45
3.9	Avez-vous d'autres suggestions de ce qui pourrait être fait pour améliorer l'accès aux soins des publics en situation de précarité ?	Page 46
3.9.1)	Une nécessaire construction d'un réseau de partenaires	Page 46
3.9.2)	Des dispositifs innovants proposés	Page 47
3.9.3)	Renforcement de l'offre de soins, médico-sociale, sociale actuelle	Page 47
3.9.4)	Une communication à améliorer auprès des publics précaires	Page 48
	Glossaire	Page 49

Synthèse générale des réponses au questionnaire

D'après l'analyse des réponses au questionnaire, on retrouve un certain nombre de constantes, quel que soit le champ observé. Il est possible de dégager les éléments de synthèse suivants :

Quels sont les publics rencontrant des difficultés d'accès à la santé ?

Les personnes qui n'accèdent pas ou peu à la prévention et aux soins se trouvent dans une **situation précaire** économiquement, par exemple bénéficiaires de minimas sociaux et/ou **non insérées professionnellement** et souvent cumulent d'autres facteurs de difficultés : elles peuvent être en **rupture de lien social** comme les grands marginaux, vivant dans la rue, **en situation d'isolement familial** comme des jeunes en rupture familiale, des personnes âgées ou handicapées isolées, des femmes seules avec enfants ou **en perte de repères sociaux**, à savoir des personnes étrangères mal intégrées, en situation irrégulières, maîtrisant mal la langue française. Sont identifiées également des personnes en **grande fragilité psychologique**, souffrant de handicaps psychiques ou de difficultés psychologiques ainsi que des personnes **atteintes de certaines pathologies** comme celles liées à des problèmes d'addiction ou de santé mentale, ayant, le cas échéant, interrompu leur traitement.

Quels sont les freins à l'accès à la santé ?

La santé n'est pas une priorité pour les personnes en situation de précarité qui doivent affronter d'autres difficultés au quotidien et faire face aux besoins vitaux essentiels tels que l'hébergement et les besoins alimentaires. La question de préserver son capital « santé » paraît secondaire et bien loin des réalités du quotidien.

La pauvreté, la précarité provoquent souvent des sentiments comme **la mauvaise image de soi**, la honte, la dévalorisation, le sentiment d'inutilité qui rendent difficile l'entrée dans une démarche de santé. Pourquoi prendre soin de soi, si on n'a pas une bonne image de soi-même ?

Les populations précaires ont parfois une **représentation négative du système de santé** : les expériences passées mal vécues ou incomprises, l'image négative de certains professionnels de santé (gynécologue, dentiste, psychiatre, psychologue...), l'illisibilité du système de santé sont des facteurs qui ne favorisent pas l'insertion dans des actions de prévention ou de soins.

Le déni des problèmes de santé ou la minimisation de leur gravité, l'absence de motivation, la lassitude ou le fatalisme retardent l'entrée dans les soins, la dégradation de l'état de santé qui s'ensuit constitue un obstacle supplémentaire à l'accès à la santé.

L'appréhension ou **la peur du monde médical**, la peur du dépistage qui pourrait révéler une pathologie, la peur des effets secondaires des traitements, la peur de l'inconnu, la peur du regard des autres doivent être prises en compte dans les obstacles identifiés.

Les conditions de vie liées à la précarité ont un impact important sur les possibilités pour ces personnes d'accéder à la prévention et aux soins, que ce soit les problèmes financiers, l'instabilité sur le plan du logement, la qualité du logement, les problèmes de mobilité et de transport qui peuvent se cumuler avec des difficultés liées à l'illettrisme ou à la compréhension de la langue.

Quelles actions sont à développer pour surmonter les obstacles identifiés ?

Il est nécessaire de **développer l'information**, qu'elle soit individuelle ou collective, les supports de communication et les modalités de diffusion devant être adaptés aux caractéristiques du public ciblé, qui est peu réceptif aux campagnes de communication « grand public ».

Il est important, pour encourager la motivation des personnes à s'inscrire dans une démarche de santé, de **travailler sur la notion de santé**, par exemple par des animations individuelles ou collectives, pour développer l'estime de soi et la prise de conscience de son état de santé, dans une perspective de réassurance et de valorisation des personnes.

Que ce soit pour favoriser l'accès aux droits sociaux, à la prévention ou aux soins, il est souvent nécessaire de mettre en place **une démarche d'accompagnement** des personnes, de façon individuelle et ou collective, à un moment donné ou sur la durée, suivant les besoins des personnes.

Cet accompagnement, lié à une relation de confiance instaurée entre les personnes en difficultés et leurs accompagnants, peut aller d'une simple écoute active, une incitation et un encouragement à entrer dans une démarche de soins ou de prévention, une orientation vers les structures compétentes, à une aide plus active dans les démarches et prises de rendez-vous, à un accompagnement physique des personnes dans les établissements et services de santé.

Le travail en partenariat et la **mise en réseau des différents acteurs** amenés à contribuer, chacun dans leur domaine de compétence, à lever les obstacles d'accès à la santé des populations précaires doit être encouragé pour limiter les ruptures dans les parcours de vie et de soins et améliorer l'efficacité des actions menées en développant la connaissance réciproque des difficultés rencontrées et des solutions retenues pour y faire face.

Quelques points-clé concernant plus particulièrement chacun des trois axes de l'enquête : accès aux droits sociaux, accès à la prévention, accès aux soins

Accès aux droits sociaux

Une contradiction apparaît entre la notion de « couverture maladie universelle » prévue par la loi et la **complexité des dossiers ainsi que la lourdeur des démarches** devant conduire les personnes les plus en difficulté à en bénéficier : les dossiers sont compliqués à remplir, les pièces justificatives nombreuses et difficiles à fournir eu égard aux parcours de vie suivis par les personnes en précarité, les délais de traitement des dossiers estimés trop longs, la nécessité du renouvellement annuel des dossiers source d'oublis et donc de rupture dans les droits.

Face à cette complexité, un grand nombre de répondants à l'enquête signalent les **difficultés de communication avec les organismes d'assurance maladie** : obligation de passer par une plateforme téléphonique ou par les guichets d'accueil « tous public », absence de référents identifiés pouvant être contactés directement et rapidement et à même d'apporter une aide ou une réponse aux demandes particulières sur les dossiers complexes traités.

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie de la région, conscientes de cette problématique, ont instauré des dispositifs visant à faciliter les liens entre CPAM et certaines structures accueillant des populations précaires : mise en place de permanences au sein de ces structures, désignation de délégués correspondants de la CPAM pour des organismes ayant en charge un public très précarisé. Ces dispositifs ne répondent cependant pas à l'ensemble des demandes exprimées.

L'accessibilité financière aux soins passe, par ailleurs, par **l'obtention d'une couverture maladie complémentaire**. Les difficultés suivantes ont notamment été évoquées à ce sujet : un plafond de ressources permettant l'accès à la CMU-C estimé trop bas, des conditions d'obtention de la CMU-C plus restrictives depuis l'instauration du RSA, des difficultés financières d'accès à une complémentaire santé pour des personnes disposant de bas revenus mais au-dessus du seuil d'accès à la CMU-C, une sous utilisation des aides légales et extra-légales à l'affiliation à une mutuelle.

Des actions expérimentales sont en cours dans la région pour encourager les populations en difficultés à souscrire une mutuelle et pour leur proposer des mutuelles offrant des garanties intéressantes à un coût maîtrisé.

Accès à la prévention

« Prévention sous-entend prévenir » ; or, faisant face au jour le jour à leurs difficultés, nombre de personnes en situation de précarité n'envisagent pas le futur, ce qui rend d'autant plus difficile leur entrée dans une démarche de prévention. **Les publics les plus fragilisés ne trouvent pas d'intérêt à prévenir les risques, ni de sens à des actions de prévention**. Les modalités des campagnes ou **des actions de prévention « tout public » sont inadaptées à ce public** qui n'y est pas réceptif.

Il importe en conséquence d'inscrire les actions de santé dans le **principe positif de « promotion de la santé »** avec pour objectif de valoriser les potentialités du public par l'acquisition de compétences psycho-sociales et **d'aborder la santé par les aspects du bien-être** des personnes plutôt que par la lutte contre des maladies.

Pour mener à bien des actions de prévention auprès d'un public en difficulté, un certain nombre de facteurs favorisant sont nécessaires : **il faut du temps**, l'action doit s'inscrire dans la durée, un lien de confiance devant s'établir entre le public et les intervenants. Les interventions, en petits groupes structurants et rassurants, sont à développer dans des lieux fréquentés et bien connus des

personnes ; il est important **d'aller à la rencontre du public** et de ne pas attendre qu'il vienne. La participation du public à la préparation et au déroulement des actions mises en place doit être favorisée, l'adhésion à l'action sera obtenue d'autant plus facilement que les thématiques choisies seront proches du quotidien et des préoccupations des personnes. **Le contenu des messages et les modalités de communication seront à adapter** aux besoins et au niveau de compréhension du public, les modalités pédagogiques privilégieront aux exposés et monologues les actions interactives à caractère ludique et attrayant.

Accès aux soins

Les obstacles à l'accès aux soins sont constitués, pour une part, de facteurs d'ordre financier : **difficultés de faire l'avance des frais, de payer un reste à charge**, notamment dans le cadre de la multiplication des remboursements de médicaments ou en cas de dépassements d'honoraires, et de prendre en charge les prestations peu remboursées telles que l'optique ou les prothèses dentaires. Les populations précaires subissent par ailleurs les effets de l'évolution de la démographie médicale, avec, par exemple, des **difficultés signalées d'accès à la psychiatrie** où les délais d'attente pour un rendez-vous en Centre Médico Psychologique peuvent être importants, les structures de soins éloignées et l'accès aux professionnels libéraux hors de portée.

Des patients bénéficiaires de la CMU peuvent se voir opposer des **refus explicites ou détournés de prise en charge** de la part de différents professionnels de santé, les plus nombreux cités étant les dentistes.

D'autres freins se cumulent aux problèmes strictement financiers, tels que la **barrière de la langue, des freins culturels et/ou religieux**, la difficulté à se projeter dans le temps, à programmer des soins et à les poursuivre à leur terme, le mauvais accueil ou la stigmatisation rencontrée dans des structures de soins. Le comportement (agressivité, problèmes d'hygiène...) de personnes en grande difficulté peut, par ailleurs, être de nature à susciter des réticences de la part des professionnels de santé.

La notion de « médecin traitant » apparaît appropriée, pour une majorité de réponses, quant à sa fonction, qui permet d'établir une relation de confiance et de suivi entre les personnes et le médecin. Par contre, elle est considérée comme inadaptée aux populations les plus en difficulté en raison des contraintes administratives supplémentaires apportées, incompatibles avec un parcours de vie fait de ruptures.

Au titre des dispositifs existants favorisant l'accès aux soins, de nombreuses démarches partenariales visant à développer la coordination au niveau local sont mises en avant : réseaux santé-précarité, groupe « liaison-santé-social », collectif « prévention-santé », réseau « santé-insertion », conventions entre structures sociales et de soins ... permettant le partage d'information et la mise en place d'actions locales. **Les dispositifs visant à aller au-devant des populations vulnérables** tels que les équipes mobiles ou les permanences de professionnels de soins (Centres de Soins, d'Accompagnement et des Prévention en Addictologie CSAPA centres de vaccination, centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles CIDDIST...) au plus près des populations démunies permettent également un meilleur accès aux soins.

L'accompagnement individuel ou collectif des personnes dans leur cheminement d'accès à la santé est également un élément primordial pour les aider à surmonter les appréhensions, entreprendre les démarches vers les soins et à s'y maintenir.

Les suggestions de ce qui pourrait être fait pour améliorer l'accès aux soins des publics en situation de précarité sont nombreuses : appuyer les relations de réseaux entre partenaires, réactiver ceux qui sommeillent, avec un développement des collaborations, en particulier, dans le domaine de la prise en charge des addictions et des pathologies mentales ; soutenir la pratique des médecins et autres professionnels de santé qui accueillent des populations vulnérables par exemple en implantant des permanences d'accès aux droits dans des maisons de santé, en prévoyant des dispositifs d'interprétariat et en innovant dans les modalités de prise en charge ; développer la formation des professionnels en contact avec les publics précaires ; permettre les rapprochements entre usagers et professionnels de santé en mettant en place des solutions de transport ou en soutenant les dispositifs mobiles (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues CAARUD, équipes mobiles précarité...) de soins ; optimiser le fonctionnement des dispositifs spécifiques mis en place dans la région pour l'accès aux soins des populations précaires tels que les PASS (permanences d'accès aux soins de santé).

1) Accès aux droits sociaux

1.1 Pouvez-vous décrire de façon précise quels sont les principaux facteurs à l'origine du nonaccès aux droits sociaux que vous avez pu observer pour les publics en précarité que vous côtoyez ?

Tous les publics précaires ne rencontrent pas des difficultés de même nature pour bénéficier de droits sociaux. Ainsi, des situations différentes faisant état de gradations dans les difficultés d'accès à la couverture maladie sont évoquées :

- des personnes en grande précarité, en errance, cumulant les facteurs de vulnérabilité qui, bénéficiant en théorie de la CMU-C, ne sont pas en capacité d'effectuer les démarches nécessaires pour l'obtenir,
- des personnes titulaires de faibles ressources, ayant une couverture sécurité sociale mais n'adhérant pas à une mutuelle, faute de moyens,
- des personnes ayant une couverture sécurité sociale et mutuelle mais celle-ci ne couvrant pas tous les risques (exemple : risque alcool en milieu hospitalier spécialisé non assuré),

Il est noté que l'ouverture des droits se fait souvent, pour les populations en difficulté, par le biais d'événements heureux ou malheureux de la vie : naissance, inscription à un stage, une formation ou prise en charge suite à des violences conjugales, à une incarcération...Ce sont souvent les assistantes sociales des hôpitaux qui ont à gérer en urgence l'ouverture ou la réouverture des droits parce que leur absence n'est repérée qu'au moment d'une hospitalisation.

L'absence d'anticipation et de prise de conscience de la nécessité d'avoir des droits au moment où des soins doivent être dispensés vont parfois conduire au recours à des solutions alternatives au droit commun (humanitaire).

Les freins à l'accès aux droits sociaux recensés pour les populations précaires relèvent de différents champs :

- 1.1.1) Les facteurs psycho-sociaux spécifiques de cette population en difficulté
- 1.1.2) L'influence des conditions de vie
- 1.1.3) Le déficit d'information sur les dispositifs d'une part et sur les publics concernés d'autre part
- 1.1.4) La complexité et la lourdeur des démarches à entreprendre
- 1.1.5) Les difficultés de procédure en lien avec les organismes de Sécurité Sociale
- 1.1.6) L'accès à une couverture complémentaire
- 1.1.7) Les freins spécifiques à certains publics : jeunes, femmes victimes de violence, détenus et sortants de prison, étrangers, personnes souffrant de pathologies mentales.

1.1.1) Les facteurs psycho-sociaux

En raison d'une image de soi négative, il est souvent difficile pour les populations vulnérables de se motiver pour les démarches d'ouverture de droits et de demander de l'aide et des renseignements. Différentes raisons sont citées (41 réponses) :

- le manque d'estime de soi et le manque de confiance en soi, la perte de reconnaissance de sa propre personne
- l'altération ou l'absence d'aptitudes personnelles et de compétences psychosociales,
- le mal être, le manque d'envie.
- la difficulté à parler de ses problèmes par honte, pudeur, peur du regard de l'autre
- des interrogations ressenties comme intrusives dans la vie personnelle (questions sur les revenus..)
- un sentiment de stigmatisation, de catégorisation, le refus d'être étiqueté « cas social »
- le manque de confiance dans les institutions
- le manque de motivation, en particulier pour des personnes déstructurées par l'alcool et la consommation de produits psychotropes
- une grande détresse et/ou souffrance mentale pouvant faire suite à des situations d'isolement social et familial ou des situations de rupture,
- l'absence d'intérêt pour la question de la couverture maladie, tant que les personnes ne sont pas malades ou par suite du déni d'un problème de santé

- le fait que, la santé n'étant pas un objet de préoccupation première, le problème des droits sociaux n'est pas une priorité
- pour les personnes les plus marginalisées se trouvant dans une logique de survie : lassitude, fatalisme et grande détresse, allant jusqu'à une phase d'abandon de personnes qui n'ont plus l'énergie de poursuivre les démarches.

La difficulté à faire face aux démarches peut trouver son origine dans d'autres facteurs relevant des capacités des personnes. Sont cités (**12 réponses**) :

- des difficultés de lecture et d'écriture, de l'illettrisme,
- un manque de compréhension, un niveau intellectuel limité
- des difficultés à gérer le temps,
- un état de santé ou un état personnel perturbé ne permettant pas de faire les démarches surtout en cas d'absence de famille ou de soutien social,
- une perte ou une absence de libre choix, la subordination et l'emprise à un tiers chez les personnes « victimes de trafic d'être humain »

La difficulté, voire l'incapacité à s'inscrire dans les démarches d'ouverture et de maintien de droits ouverts se manifeste par (**24 réponses**):

- une appréhension et une représentation négative des institutions entraînant une difficulté à contacter les organismes concernés et à se conformer aux exigences administratives liées à l'ouverture des droits : documents à réunir et à conserver (RIB, domiciliation, papier d'identité...), prise de rendez-vous, respect des rendez-vous,
- une indifférence aux démarches : boîtes aux lettres non relevées, désintérêt manifeste pour toute question administrative, courriers non traités à temps et mis à l'écart ;
- des difficultés à suivre l'avancement du dossier (respect des dates...)
- un manque d'anticipation de la fin des droits, l'oubli de renouvellement

pouvant aller jusqu'à une attitude de rejet face aux démarches administratives, au refus d'un accompagnement social, au souhait de ne pas être intégré dans la société.

1.1.2) L'influence des conditions de vie

Les conditions de vie des personnes en situation de précarité ont un impact sur la mise en œuvre des démarches d'ouverture des droits sociaux qui sont reléguées après la prise en compte de problèmes jugés prédominants. Ont été mentionnés (**20 réponses**) :

- **le niveau de vie** : les problèmes financiers et d'endettement conduisent les personnes à faire des choix : payer des soins et/ou une mutuelle ou assurer les besoins quotidiens (loyer, alimentation, chauffage),
- **le lieu de vie** : difficile de conserver des papiers pour ceux qui vivent dans la rue
- **l'instabilité sur le plan du logement** : la difficulté à se stabiliser à un endroit durablement rend difficile la conservation et la mise à jour de tous les justificatifs administratifs : justificatifs de ressources, déclaration de revenus.... Elle peut être source de problème de domiciliation (nécessité d'un minimum de stabilisation pour demander une domiciliation). Le public en précarité n'est pas sédentaire : en changeant de département, il doit régulariser à chaque fois sa situation (impliquant nombre de documents à remplir, de pièces à fournir) ; le départ non planifié de résidents (en structure d'accueil) stoppe les démarches en cours
- **l'instabilité dans l'activité** : les personnes en précarité évoluent entre des périodes d'activité (CDD, intérim, stages, contrats aidés), des périodes de chômage (indemnisées ou non), parfois des incarcérations, il faut ensuite justifier de chaque situation, documents à l'appui, avec la difficulté à récupérer les justificatifs de situation auprès d'employeurs multiples.
- **les problèmes de mobilité et de transport** : les personnes isolées géographiquement, en particulier en milieu rural, n'ayant pas d'aide ou de moyen de locomotion peuvent avoir des difficultés d'accès (présence de moyens de transport, fréquence, coût),
- **les difficultés d'accès à Internet**, qui devient incontournable dans les démarches
- **les pratiques et comportements identifiés comme déviants** (prostitution, drogue...)...consolidés par un contexte sociétal qui appréhende ces questions dans un cadre juridique et pénal.

L'accumulation de facteurs de précarité liés aux ressources, logement, liens sociaux, addictions, pathologie mentale, au mode de vie marginal...rend d'autant plus difficile l'accès aux droits sociaux.

1.1.3) Le déficit d'information

C'est un frein à l'accès aux droits sociaux très souvent cité par les répondants à l'enquête (**51 réponses**). La méconnaissance des dispositifs par les populations en difficulté recouvre :

- la méconnaissance des droits à la Sécurité sociale, à la CMU, CMU-C,
- la méconnaissance des procédures (médecin traitant, franchises, taux de remboursement...)
- la méconnaissance des aides existantes (CCAS, CPAM...) :
- la méconnaissance des démarches à accomplir : par exemple, certains résidents de CHRS pensent être automatiquement couverts par la CMU-C sans mettre en œuvre une démarche administrative particulière
- la méconnaissance du système d'accès aux soins, du rôle de la CPAM, de la PASS et des différents intervenants
- la méconnaissance de ce qu'est une complémentaire santé et de son intérêt
- la méconnaissance des relais existants (par exemple des délégués sociaux de la CPAM ou des femmes relais du CIDFF)
- la méconnaissance par les personnes de leur situation vis-à-vis des droits sociaux à la suite d'une absence prolongée de recours aux organismes sociaux ou une absence ou perte de lien avec les dispositifs d'action médico-sociale.

Il est noté par ailleurs un manque de connaissance par les professionnels des spécificités du public précaire marqué par (**3 réponses**) :

- des difficultés de repérage des publics en situation de précarité
- une non prise en compte des conditions de vie précaires par les professionnels
- une difficulté liée à l'accueil de ce public ; est cité par exemple : un certain nombre de professionnels, n'ayant pas la « technique » pour aborder des personnes en situation de handicap psychique, placent la personne en situation de stress.

Enfin, le manque de communication entre les différents organismes peut entraîner des dysfonctionnements dans la prise en charge des publics en précarité.

1.1.4) La complexité et la lourdeur des procédures

La complexité des procédures est également citée à de très nombreuses reprises (**56 réponses**) comme un obstacle important à l'accès à la santé, de nature à décourager le public précaire dans ses démarches. Sont mis en avant :

- des démarches administratives laborieuses pour un public en situation de fragilité : renvoi d'un service à un autre, attente longue, réponses différentes selon les interlocuteurs, difficulté d'accéder à la bonne personne qui prenne en considération la demande, absence de service d'aide au remplissage des dossiers...toutes ces démarches demandant beaucoup de temps et d'énergie
- des difficultés pour les professionnels d'avoir la lisibilité nécessaire pour les documents demandés, et, à plus forte raison, extrême complexité pour l'utilisateur
- des difficultés liées aux dossiers à compléter, notamment du dossier CMU (compréhension, remplissage des formulaires, pièces justificatives nombreuses et difficiles à fournir car les personnes en grande précarité ont souvent égaré leurs papiers.....),
- des démarches semblant donc insurmontables à réaliser : se rendre dans un bureau et attendre son tour, remplir un dossier, répondre à des questions qui peuvent paraître intrusives...
- des délais de traitement des dossiers trop longs (minimum 2 mois) décourageant les personnes qui abandonnent après avoir reçu à plusieurs reprises le dossier à compléter en retour.
- la complexité des situations mobilisant des législations associées (CPAM=>CMU/CMU-C/ACS et CAF=> minima sociaux RSA /AAH) ou quand plusieurs organismes doivent intervenir pour la même personne (CAF/CPAM/CRAM/pôle emploi.....). Est signalé le manque de lien entre les services pôle emploi et les travailleurs sociaux quand les gens sont en fin de droit.
- la complexité du renouvellement des droits avec le risque pour les usagers de rater la date de renouvellement des droits CMU.
- des difficultés pour l'ex ayant-droit en cas de séparation de couple : régularisation CPAM en lien avec la procédure de divorce et droits ouverts (ou pas).
- la complexité liée aux changements d'affiliation d'une caisse à l'autre.

- la difficulté liée à la constitution de télé dossiers car les documents sont parfois compliqués à compléter
- la trajectoire complexe de prise en charge des mineurs PJJ (changement de département, incarcération...) entraînant la difficulté à obtenir des informations sur la couverture sociale des familles.

Plusieurs réponses évoquent la notion de « parcours du combattant » pour la mise en œuvre des démarches nécessaires à l'ouverture ou au maintien des droits (citations) :

« Le système d'aide et de protection sociale français doit évoluer dans son mode de fonctionnement car il génère lui-même de l'exclusion (accès aux droits = parcours du combattant, manque de personnel, file d'attente interminable, dossier avec des retards de gestion, manque de travailleurs sociaux). Il faudrait d'avantage s'appuyer sur les réseaux existants. Actuellement, les associations qui peuvent prendre le relais disparaissent par faute de subvention et laissent donc le public précaire seul face à des institutions débordées. »

« Pour les jeunes, comme pour les publics en précarité, les démarches administratives sont beaucoup trop complexes, longues, « un parcours du combattant » comme nous le disent nos publics. Les administrations ne prennent pas le temps nécessaire pour les recevoir, ont un vocabulaire obscur et nous recevons souvent des personnes qui cherchent à comprendre ce qu'on attend d'eux. Les plus démunis baissent les bras et ne font plus leurs démarches. S'y ajoute, pour les personnes d'origine étrangère, la barrière de la langue. »

1.1.5) Les difficultés de procédure en lien avec les organismes de sécurité sociale

Les démarches relatives à l'ouverture ou au maintien d'une couverture sociale relevant des CPAM ou autres organismes de sécurité sociale sont rendues difficiles par différents éléments. Ont été cités (**36 réponses**) :

▪ **Les difficultés de communication avec la caisse**

- la plate-forme téléphonique de réponse aux appels vers les CPAM est décrite comme totalement inadaptée aux démarches effectuées par des populations en difficulté : difficile à joindre, ne permettant pas d'accéder directement au « service d'accès aux soins », n'étant pas en mesure d'apporter les réponses adaptées aux situations exposées. Elle fait l'unanimité contre elle.
- le coût téléphonique en est très élevé pour le bénéficiaire qui doit rappeler à plusieurs reprises pour obtenir le renseignement nécessaire.
- des interlocuteurs multiples à la CPAM et des demandes itératives de pièces conduisent les personnes à interrompre la constitution du dossier.
- est regrettée l'absence d'un interlocuteur référent joignable en dehors de la plate-forme téléphonique, repéré et identifié pour prendre en charge les dossiers, un interlocuteur à l'écoute des demandes et ayant connaissance des difficultés inhérentes au mode de vie spécifique du public en précarité, pouvant être contacté directement et rapidement
- la qualité de l'accueil aux guichets de la CPAM est jugée parfois insuffisante.
- l'éloignement des guichets d'accès aux soins pose difficulté
- une structure accueillant des populations précaires a signalé des difficultés pour obtenir des informations sur la situation de ses usagers; les justificatifs de droits sont envoyés uniquement au domicile de l'assuré alors que la personne est hospitalisée; des difficultés sont rencontrées pour obtenir des informations sur une demande instruite par elle.

▪ **Les difficultés dans le traitement des dossiers :**

- le temps de traitement des dossiers est estimé trop long : sont pointés le délai d'instruction des demandes d'affiliation à la CMU, CMU-C ou de renouvellement des demandes CMU, CMU-C, le retard dans les transferts de dossiers, voire la perte de dossiers, les délais de régularisation administrative en cas de mutation, déménagement ou changement de caisse; il est noté à plusieurs reprises que ces délais se sont allongés dans une période récente
- les délais entre l'appel pour un entretien et le jour du rendez-vous découragent souvent les personnes : les papiers où sont notés les rendez-vous sont égarés et les personnes peinent à se souvenir des dates.
- la prise en charge des soins part de la date de décision d'attribution de la CMU-C et non plus de la demande, sans attestation provisoire d'accès aux droits.

- est signalé le non automatisme des renouvellements et l'absence d'information sur la nécessité du renouvellement (plus de lettre de rappel pour signaler le besoin de renouvellement des dossiers CMU et complémentaire)
- le CIVIS signé avec la mission locale doit ouvrir des droits sécurité sociale, mais la caisse d'assurance maladie n'est pas informée de ce dispositif qui n'est donc pas mis en œuvre.

- **Les difficultés liées aux exigences réglementaires**

Sont signalés comme problématiques :

- l'année de référence ne permettant pas l'ouverture des droits CMU (passage de l'Allocation Retour à l'Emploi à l'Allocation de Solidarité spécifique...)
- la nécessité d'établir qu'aucun autre droit ne peut être ouvert avant de d'ouvrir un droit à la CMU : démarches longues, décourageantes.
- l'absence de CMU-C liée à des erreurs de déclaration (complexité des démarches), à l'absence de pièces d'identité, l'absence de domicile. Sans adresse, les dossiers CMU-CMUC-AME ne sont pas possibles : retour des dossiers incomplets

1.1.6) L'accès à une couverture complémentaire

Pour réduire l'obstacle financier à l'accès aux soins des populations précaires, il est nécessaire de permettre l'accès à une couverture complémentaire à la couverture maladie de base : la CMU-C pour ceux qui remplissent les conditions financières pour en bénéficier et l'adhésion à une mutuelle pour les autres.

Sont citées comme difficultés d'accès à cette couverture complémentaire (**28 réponses**) :

- **Le plafond de ressources permettant d'accéder à la CMU-C est estimé trop bas** : malgré des ressources faibles, de nombreux personnes dépassent les plafonds CMU-C et ne bénéficient donc pas d'une couverture complémentaire gratuite ; le dispositif de CMU-C ne couvre pas l'ensemble des besoins réels
- Le nombre de personnes pouvant bénéficier de la CMU-C est en diminution : depuis la mise en place du RSA « activité », nombre de personnes ayant effectué des contrats aidés ou des missions intérimaires ou encore des CDD accèdent à des ressources au-dessus du seuil CMU complémentaire. Avec l'instauration du RSA, les sorties de la CMU-C sont plus rapides et fréquentes. Autre motif évoqué : la non-neutralisation des ressources : par exemple, des jeunes qui ont une succession de contrats précaires se trouvent à certains moments sans ressources et n'ont pourtant pas droit à la CMU-C.
- **Des difficultés d'accès à une complémentaire santé sont signalées pour les personnes disposant de ressources au-dessus du plafond CMU-C mais faibles** : des personnes handicapées (ex : bénéficiaires AAH), des personnes âgées avec de très petites retraites, veuves souvent, des personnes en situation de surendettement, des « travailleurs pauvres » qui perçoivent un SMIC ou un peu plus, ceux qui occupent un emploi à temps partiel, en CDI ou CDD, dans des entreprises ou structures associatives qui n'offrent pas de prise en charge partielle d'une complémentaire santé « groupe » : il s'agit d'un public qui a, en règle générale, une couverture maladie mais fait l'impasse sur la mutuelle pour des raisons de budget ; ce choix va entraîner un nonaccès aux soins les plus coûteux (soins dentaires, lunettes...)
- Ces personnes pourraient, si elles en remplissent les conditions, bénéficier de l'A.C.S. (Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé) mais souvent ne le savent pas ; **l'ACS est peu utilisée**, 30% seulement des bénéficiaires potentiels la demandent
- Une des raisons de ce sous-recours à l'ACS vient peut-être du fait que l'obtention de l'ACS suppose en préalable l'affiliation à une complémentaire santé. Or, les personnes concernées n'ont pas la culture de la « mutualisation ». Il est noté aussi qu'elles sont perdues dans la jungle des complémentaires santé de type mutualiste, de type assurantiel...vendues par des vendeurs qui font du marketing et pour qui ils sont des proies faciles.
- Le manque d'affiliation à une complémentaire lors de l'inscription à la CMUC et la mise d'office pour plus de simplicité à la mutuelle « cochée sécu », pose des problèmes car, à la sortie du dispositif CMUC, le bénéficiaire ne bénéficie pas d'une année de couverture du même type comme c'est prévu mais il doit faire la démarche de trouver une complémentaire lui-même et à des tarifs non négociés avec des paniers de biens pas toujours adaptés à la vie en précarité.
- De nombreux étrangers, étudiants ou travailleurs n'ont pas de sécurité sociale et donc pas de mutuelle.

1.1.7) Difficultés spécifiques à certains types de publics

a) Les jeunes (26 réponses)

- les jeunes ne se sentent pas concernés par les démarches d'accès aux droits sociaux, car ce n'est pas une priorité pour eux ; ils disent être en bonne santé et faire attention. Ils ont recours à l'automédication (pharmacie familiale) ou se rendent auprès d'un pharmacien. Ils ne se posent la question que lorsqu'ils sont confrontés à de réelles difficultés ; se sentant en bonne santé, certains jeunes ne voient pas l'intérêt de prendre une mutuelle ou font des choix différents par rapport à leur faible budget
- les jeunes fréquentant les missions locales ou d'autres jeunes en précarité ont une grande ignorance de ce qu'est la sécurité sociale, du rôle d'une mutuelle, du système d'accès aux soins, de leur couverture sociale (bénéficiaires ou ayant-droits), des délais imposés par l'administration, notamment par rapport aux demandes de CMU, des aides dont ils peuvent bénéficier
- ils manquent aussi d'accompagnement, se découragent face aux démarches et aux dossiers à remplir et ont des difficultés à réunir tous les documents exigés pour faire une demande de CMU par exemple (surtout après un parcours instable : rupture familiale, déménagements successifs, hébergement d'urgence...).
- le public jeune peut ne pas avoir droit à la CMU-C en raison du niveau de revenus des parents, mais il y a problème quand ceux-ci refusent de payer une mutuelle ou si les enfants sont en rupture de lien familial :
- des mineurs sont en difficultés pour faire signer des documents à certains parents qui ont l'autorité parentale
- en FJT, le début des contrats de travail implique un délai d'inscription et l'absence de ressources en attente du premier salaire oblige à trouver des dons.
- le bas niveau de qualification et la précarité du logement sont des facteurs aggravants des difficultés d'accès aux droits des jeunes
- les étudiants étrangers manquent de repères en France et d'informations sur les démarches administratives et le montant des frais de couverture sociale ; le délai de 3 mois pour la délivrance du titre de séjour est préjudiciable car il est indispensable pour bénéficier de la CMU. La prise en charge sécurité sociale des étudiants est fixée au 1er octobre alors que les droits sont acquittés en septembre, voire en juillet, pour certains ce qui pose problème notamment pour les étudiants étrangers (mois non couverts, retards dans la délivrance des attestations, numéros provisoires...).

b) Les femmes victimes de violence (2 réponses)

Les personnes victimes de violences conjugales rencontrent des difficultés pour effectuer leurs démarches. Ces freins à l'accès aux droits, en particulier à l'obtention de la CMU/CMUC/AME peuvent être de différentes natures :

- Manque d'informations /désinformation quant aux droits et démarches.
- Dépendance vis à vis de l'auteur de violences conjugales pour se déplacer/être véhiculé.
- Epuisement, démotivation des victimes de violences conjugales en particulier lorsqu'elles développent des dépressions (50 % des victimes de violences conjugales en souffrent).
- Violences administratives : dans certaines situations, l'auteur des violences intercepte, détruit, dissimule les documents administratifs destinés à leur partenaire.

c) Les détenus ou sortants de prison (3 réponses)

Les personnes détenues ont droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale, durant leur incarcération et pendant un an après leur sortie, mais cependant pour en bénéficier il faut qu'elles fassent la preuve de ces droits en montrant la carte vitale qu'elles n'ont pas toujours.

Les services des greffes des établissements pénitentiaires doivent faire connaître leurs coordonnées à la CPAM du département, dès leur arrivée dans l'établissement pénitentiaire (fiche signalétique et fiche navette). Mais les personnes détenues n'ont pas toujours leur carte vitale à l'arrivée ou/et peuvent l'égarer à l'occasion d'une permission de sortie.

Les cartes vitales « nouvelle génération » avec photo d'identité obligent les établissements pénitentiaires à faire appel à des photographes : les délais de préparation du dossier en sont allongés. Ces délais, ajoutés aux délais de la CPAM, peuvent faire en sorte que, dans les maisons d'arrêt qui accueillent des courtes peines, les cartes vitales arrivent alors que le détenu est libéré.

De plus, les personnes détenues d'origine étrangère en irrégularité de séjour, qui ont les mêmes droits aux prestations de la sécurité sociale que les autres détenus pendant leur incarcération, ont plus de difficulté à obtenir ne serait-ce qu'une attestation avec leur numéro d'immatriculation.

Il est signalé que des personnes sortant de prisons pâtissent de sorties de prison non organisées, malgré le maintien de droits d'office.

d) **Les étrangers (55 réponses)**

Les étrangers rencontrent des difficultés liées à leur parcours de vie et sont confrontés dans leur accès aux droits à :

- La barrière de la langue qui peut se conjuguer à l'analphabétisme : les personnes ne comprennent pas le contenu et l'importance des courriers, ont des difficultés à compléter les documents CERFA (en cas d'absence d'explications disponibles en langue étrangère)
- La lourdeur des démarches administratives pour les personnes en situation irrégulière : sans adresse fixe, elles ne reçoivent pas les courriers, sans les justificatifs demandés, les démarchent n'aboutissent pas
- La demande de documents impossibles à fournir : actes de naissance du pays d'origine avec filiation complète etc.
- La peur de l'expulsion pour les personnes sans papier.
- Le manque de relais dans l'information
- Le manque d'accompagnement dans les démarches
- Le manque de confiance dans ce qui relève du fonctionnement de la société

L'accès aux droits sociaux reste plus compliqué pour les femmes issues de l'immigration vivant en milieu rural.

Les étrangers pouvant prétendre au bénéfice de l'AME (Aide Médicale Etat) se heurtent à la complexité croissante de mise en œuvre de ce dispositif marqué par :

- le problème du délai nécessaire de présence de 3 mois sur le territoire français en-dessous duquel, l'AME n'est pas attribuée
- la difficulté parfois à établir les trois mois de présence en France par manque de justificatifs ; les services de l'AME sont souvent pointilleux et réclament, par exemple, des factures que les familles ne peuvent fournir bien que des attestations de présence aient été fournies ou bien des pièces administratives différentes sont demandées dans le traitement du dossier selon l'agent CPAM.
- la transition difficile entre C.M.U. et A.M.E. si des soins sont en cours,

Le forfait d'accès aux soins de 30 € pour le bénéfice de l'AME, la réduction du panier de soins et les accords préalables seront autant de freins à l'accès aux soins des étrangers bénéficiaires de peu ou pas de ressources.

La situation des demandeurs d'Asile

Les délais apparaissent démesurés pour une population à la santé souvent très dégradée :

Si le demandeur d'asile est régularisé : 2 à 4 mois d'attente pour la CMU - CMUC

Si le demandeur d'asile n'est pas régularisé : 3 mois (récépissé) puis 2 à 4 mois pour la CMU – CMUC

Pour les demandeurs d'asile déboutés, la situation est sans issue.

La situation des personnes étrangères ne relevant pas de l'AME

- Certains ressortissants de l'Union Européenne sont sans couverture sociale dans leur pays d'origine et viennent en France sans ressources : ils ne peuvent donc prétendre ni à la CMU ni à l'AME.
- La situation est complexe pour des personnes étrangères bénéficiant de titre de séjour européen, sollicitant un suivi de grossesse et un accouchement en France sans avoir obtenu au préalable le formulaire E112 (au final : aucune prise en charge et refus et impossibilité des patientes de payer les factures de suivi de grossesse et d'accouchement).
- Certaines personnes viennent en France sous couvert d'un visa touristique pour lequel elles ont souscrit une assurance ; celle-ci ne prend en charge que les soins inopinés. Ainsi, les personnes nécessitant des soins en lien avec une maladie chronique ne pourront prétendre à aucune prise en charge (ni de leur assurance, ni à l'AME car ne remplissant pas les critères).
- Il n'y a pas d'ouverture de droits sous APS (autorisation provisoire de séjour).

- Pour un public primo arrivant de l'étranger, rapatrié par le ministère des affaires étrangères ou non (majoritairement des couples mixtes, franco-étranger), la principale difficulté d'accès à une couverture sociale concerne le conjoint étranger, qui ne peut avoir droit à la CMU base et complémentaire durant les trois premiers mois de résidence en France.
- Il peut y avoir un décalage entre la réglementation et son application : par exemple, impossibilité signalée de bénéficier d'une ouverture de droits en urgence.

e) Les personnes souffrant de pathologies mentales (6 réponses)

- La souffrance et les problèmes psychiques engendrent l'isolement, la rupture de liens sociaux et bien souvent des ruptures administratives
- Les pathologies psychiatriques ou problématiques psychiques personnelles compromettent l'accès aux soins : crainte des institutions et d'un possible « tutorat », déni de la maladie donc refus (formel ou informel) de prise en charge, notamment au niveau des soins et des démarches de reconnaissance afférentes. Dans le meilleur des cas, difficulté à s'inscrire durablement dans une démarche.
- Ces pathologies ne permettent pas la conscience de la nécessité d'avoir une couverture maladie, la compréhension des démarches à entreprendre.
- Pour certaines personnes en situation de handicap psychique, la confrontation à la réalité administrative étant source de stress, ils préfèrent ne rien faire.

1.2 Quelles actions menez-vous pour favoriser l'accès à une couverture maladie de ces populations ?

Face aux constats précédents, les institutions et acteurs du secteur social initient des actions facilitant l'accès à la couverture maladie des populations précaires qui peuvent se regrouper autour de différentes modalités :

- 1.2.1) l'information individuelle ou collective
- 1.2.2) la tenue de permanences dans les lieux fréquentés par les publics en difficulté
- 1.2.3) le repérage des problèmes d'accès aux droits sociaux
- 1.2.4) l'accompagnement dans les démarches d'ouverture des droits sociaux
- 1.2.5) l'anticipation de la rupture des droits
- 1.2.6) l'orientation vers les services compétents
- 1.2.7) le travail en partenariat
- 1.2.8) la formation des personnels
- 1.2.9) l'aide à l'accès à une mutuelle.

1.2.1) Actions d'information individuelle et collective

Face à la méconnaissance constatée de tout ce qui touche aux droits sociaux, des actions d'information sont menées aussi bien au niveau individuel qu'auprès de groupes pour expliquer ce qu'est une couverture maladie, la nécessité d'y souscrire et comment y accéder.

A) Information individuelle

Des informations sur les dispositifs existants et sur les différents droits (sécurité sociale, CMU, CMU-C, AME...) sont délivrées aux personnes en difficultés par les personnels des organismes qu'ils sont amenés à fréquenter : centres hospitaliers, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, CCAS, centres sociaux, missions locales, foyer de jeunes travailleurs, conseil général, associations d'aide...

Les modalités d'information citées sont : information délivrée au cours d'entretiens individuels d'aide ou d'instruction de dossiers, élaboration et distribution de plaquettes d'information, envoi d'informations par courrier, mise à disposition de documentation au sein d'un espace santé ...

B) Information collective

Des actions collectives d'information sur les droits sociaux sont organisées par de nombreux organismes ou associations accueillant des publics précaires, avec parfois la participation à ces séances de personnels spécialisés. Quelques exemples :

- actions d'information lors de journées de prérentrée ou de journées de promotion de la santé sur un campus,
- intervention de la PASS et de la CPAM sur les droits sociaux au sein d'un centre social,
- information sur les droits liés à la santé réalisée dans le cadre d'ateliers collectifs ou rappel sur l'importance de la couverture santé dans des résidences sociales,
- explications données aux jeunes d'une mission locale présents à un atelier d'orientation, sur la sécurité sociale, la mutuelle, les prises en charge, les droits ouverts, le numéro de sécurité sociale...etc.
- actions d'information menées dans le cadre d'une Epicerie Sociale pour un public en grande difficulté d'insertion sociale,
- des rencontres « informations collectives » menées par un Conseil général à l'adresse des bénéficiaire du RSA où sont abordées les problématiques dans leur ensemble, dont la santé,
- apprentissage de l'autonomie dans les démarches développée par un CHRS lors de formations collectives au cours desquelles toutes les demandes et les dossiers correspondant sont abordés,
- action d'éducation à la santé menée dans un CHRS en vue de favoriser la compréhension de l'organisation du système de santé (droits- connaissance de l'offre médicale sur le territoire...) dans un langage compris,
- information collective sur les conditions et les dispositifs d'accès aux soins en direction d'une population précaire (minimas sociaux) menée avec la CPAM et la CARSAT dans un centre social

1.2.2) Permanences

Afin de fournir une aide au plus près de leur lieu de vie aux personnes ayant besoin de conseils, d'information, d'orientation, de vérification des droits, des **permanences de personnels spécialisés dans l'ouverture des droits** sont assurées dans des structures accueillant ces publics. Par exemple :

- permanences de référents de CPAM dans des CHRS, structures sociales, CCAS, associations caritatives,
- permanences au sein d'une mission locale d'un conseiller d'une mutuelle associée aux actions santé menées au sein de la structure
- permanences de l'accompagnatrice santé d'une PASS au sein d'associations caritatives de la ville
- permanences d'accès aux droits, d'information, d'accompagnements, assurés par un CIDFF dans 14 communes du département
- permanences d'assistantes sociales au service des urgences d'un établissement hospitalier ou présence d'assistantes sociale du CH au sein du CLAT, du CIDDIST, du Centre de Planification de l'établissement.

1.2.3) Repérage des problèmes d'accès aux droits sociaux

Le repérage de la non-ouverture des droits à une couverture maladie ou des difficultés pour y accéder constitue une action préalable à la démarche d'aide vers les soins.

Ainsi, différentes structures sociales ou médico-sociales précisent qu'un examen systématique de la situation administrative des personnes accueillies est réalisé dès leur arrivée au sein de l'établissement (CHRS, missions locales, FJT, CSAPA...) afin de vérifier si elles bénéficient d'une couverture maladie, d'une mutuelle, voire d'un médecin traitant.

Des établissements hospitaliers indiquent que ce repérage est effectué par le bureau des admissions qui est sensibilisé à la nécessité d'orienter ensuite les personnes dépourvues de droits ouverts vers le service social ou la PASS, en application, dans certains cas, d'un protocole de signalement existant entre les admissions et le service social.

Des organismes d'assurance maladie mettent en place des actions visant à vérifier que leurs assurés bénéficient de tous leurs droits potentiels.

Enfin, une association fait part d'un travail à long terme avec les personnes en difficulté constitué de rencontres mensuelles sur différentes thématiques de la santé permettant de recueillir les difficultés et stratégies d'accès à la santé développés par les plus pauvres.

1.2.4) Accompagnement dans les démarches d'ouverture des droits sociaux

Cet accompagnement est assuré par les personnes en contact avec le public : référents sociaux de CHRS, de CADA, CSAPA, équipe mobile précarité, centres hospitaliers, conseil général, conseillers de mission locale, associations tutélaires, SAVS, bénévoles d'associations... Les modalités d'accompagnement dans les démarches administratives par les établissements, associations et services accueillant des populations précaires sont diverses. Elles peuvent varier suivant les capacités de ces structures et le niveau des besoins des personnes :

- invitation à réaliser les démarches nécessaires, mobilisation de personnes ne formulant pas de demande bien que disposant de droits potentiels, stimulation en vue de l'engagement dans des démarches
- aide à la constitution de dossiers CMU, CMU-C, AME, ACS, par la mise à disposition de dossiers vierges, l'aide au remplissage, l'aide au recueil des pièces nécessaires, l'aide à la recherche de complémentaire santé
- prise de contact téléphonique ou au guichet avec les institutions concernées (CPAM, mutuelles, professionnels de santé, assistantes sociales...); possibilité, dans certains cas, de contact avec un interlocuteur référent de la CPAM
- suivi éducatif et accompagnement personnalisé dans les démarches d'accès aux droits pour aider à comprendre les demandes et à suivre les procédures jusqu'à leur terme ; « faire avec ou être à côté », selon le cas ; accompagnement physique à la CPAM, incitation à se rendre à une permanence sur place s'il en existe
- inscription de la démarche comme axe prioritaire de travail inscrit dans le contrat de séjour de l'utilisateur d'un CHRS
- domiciliation administrative et instruction de dossiers par l'établissement d'accueil; établissement de certificats ou d'attestations de présence sur le territoire qui permettront l'accès à l'AME après les trois mois de présence requis

- obtention d'une attestation provisoire de CMU, à charge ensuite de régulariser le dossier ; mise en place de procédures, de courriers-types en accord avec diverses institutions pour accélérer l'ouverture des droits

Plusieurs structures précisent qu'en attendant l'ouverture effective de droits à une couverture maladie, elles prennent en charge, sur leur budget, le financement des soins urgents.

1.2.5) Anticipation de la rupture des droits

Les droits à couverture maladie CMU étant ouverts pour une période limitée, il convient pour éviter les ruptures de renouveler régulièrement les dossiers de demande.

- Une CPAM envoie des courriers pour inviter les assurés à régulariser leur situation. Par ailleurs, elle a mis en œuvre des « parcours attentionnés » pour des publics fragiles : femmes enceintes, assurés en arrêt de travail prolongé.
- Des CHRS exercent un suivi individuel permettant de veiller à une bonne mise à jour de la situation : le travailleur social relance le bénéficiaire quand la date de l'échéance de ses droits arrive, sinon le renouvellement ne serait pas fait.

1.2.6) Orientation vers les services compétents

Un autre moyen de permettre aux personnes en difficulté d'accéder à leurs droits sociaux est de les orienter vers un service à même de les aider, à savoir vers :

- la CPAM et notamment son service social : cité par un CIDFF, un médecin, deux CCAS...
- la PASS : cité par une CPAM, un CADA, des CHRS
- la CRAM et/ou le CLIC : cité par un centre social
- les assistantes sociales ou le service social de secteur : cité par un centre social, un centre hospitalier, un réseau, une maison médicale, une PMI, un CSAPA, des associations
- les services appropriés sans précision : cité par des associations, un conseil général
- la trésorerie générale, cité par un centre hospitalier en vue de négocier des échéanciers de facture de soins

1.2.7) Travail en partenariat

La collaboration entre, d'une part, les organismes accueillant des populations en difficulté et, d'autre part, les institutions en charge de l'ouverture des droits sociaux sont de nature à faciliter les démarches d'accès aux soins et de résoudre les problèmes posés par les situations complexes. Le travail en partenariat permet aux institutions d'expliquer la source et la nature d'éventuels points de blocage dans l'avancée des dossiers et, par ailleurs, de mieux connaître les difficultés inhérentes aux populations en précarité.

L'instauration de liens entre des structures sociales, établissements de santé, centres de détention... et des référents au sein des CPAM, par le biais de **permanences au sein des structures ou par la possibilité de contacts téléphoniques directs**, permet ainsi d'éviter le passage par le guichet ou la plate-forme téléphonique. Ce partenariat peut être formalisé par une convention – par exemple entre la PJJ et certaines CPAM.

Le travail en partenariat peut prendre la forme de transmissions de données entre institutions : par exemple, la CAF signalant mensuellement à la CPAM les bénéficiaires potentiels d'ACS, la branche maladie se chargeant ensuite d'adresser aux personnes signalées un courrier ciblé concernant une possibilité de demande d'ACS.

Les Journées d'Accueil et d'Orientation (JAO) créées en Meurthe et Moselle lors de l'entrée en vigueur du RSA, grâce à un partenariat Conseil Général, CAF, CPAM, Pôle emploi, CCAS, sur 13 sites du département permettent grâce à la mise en réseau des partenaires concernés, de simplifier les démarches administratives du futur bénéficiaire de RSA/CMU en offrant un service de proximité où l'utilisateur bénéficie en un même lieu et un même temps de l'ouverture du droit RSA et autres droits CAF et l'ouverture du droit CMU, CMU- C, la CPAM investissant également ce temps pour mener des actions de prévention (M'T Dents, vaccination...) et proposer un bilan de santé au centre de médecine préventive.

Est citée également l'instauration de liens entre des PASS et leurs partenaires locaux : CCAS, CHRS, centres médico-sociaux, CPAM...qui permettent une meilleure connaissance du rôle de la PASS et une prise en charge et un suivi optimisés des personnes.

Enfin, des réseaux locaux « santé précarité » favorisent les échanges d'information entre tous les acteurs d'un territoire, leur permettant de mieux accompagner et de mieux informer les personnes qu'ils accueillent.

1.2.8) Actions de formation

Quelques organismes mentionnent les **actions de formation ou de sensibilisation menées auprès de leur personnel ou de leurs partenaires sur la thématique des populations en précarité** :

- formation des agents d'accueil d'une CPAM à la détection des cas d'illettrisme
- actions de formation de CPAM auprès de partenaires : CCAS, PMI, Service Social CRAM, CAF, sur les problématiques d'accès aux droits et les offres en matière d'action sanitaire et sociale
- sensibilisation des agents du bureau des admissions, du service des urgences et des services hospitaliers d'un centre hospitalier à la nécessité d'orienter les populations précaires vers le service social
- sensibilisation et formation à l'adresse des référents RSA d'un département dans le cadre de l'élaboration du projet d'insertion.

1.2.9) Aide à l'accès à une mutuelle

Pour permettre au plus grand nombre de personnes d'accéder à une couverture complémentaire, trois types d'action sont mis en avant :

- information, sensibilisation à l'intérêt d'adhérer à une mutuelle, aide au décryptage des offres proposées, aide aux démarches d'adhésion
- partenariat établi avec des mutuelles, conclusion de contrats de groupes permettant aux personnes de souscrire une mutuelle offrant des garanties intéressantes à un coût maîtrisé (CHRS, missions locales, CHS, ATD...)
- Aide financière à l'adhésion proposée par des CPAM sur leur fonds d'action sociale, des CCAS...

1.3 Selon vous, quelles actions serait-il nécessaire de mettre en place pour lever les freins subsistants, en précisant le type de démarche à développer, les acteurs, partenaires et/ou institutions à solliciter ?

Pour lever les freins subsistants à l'accès aux droits sociaux, les réponses à l'enquête préconisent le développement d'un certain nombre d'actions relevant des domaines suivants :

- 1.3.1) Développer l'information
- 1.3.2) Assurer un accompagnement dans les démarches d'accès aux droits
- 1.3.3) Renforcer le partenariat local
- 1.3.4) Proposer une offre de formation
- 1.3.5) Faciliter les démarches administratives
- 1.3.6) Faciliter l'accès à une couverture complémentaire
- 1.3.7) Prendre en compte les difficultés particulières des étrangers.
- 1.3.8) Optimiser les dispositifs spécifiques pour les populations précaires

1.3.1) Développer l'information

Il apparaît nécessaire d'améliorer l'information sur :

- Les droits à une couverture maladie, CMU, CMU-C, AME, ACS...
- La prise en charge des soins : ticket modérateur, forfait hospitalier, explications sur les prises en charge (par exemple, 100 % qui signifie à la même hauteur que la sécurité sociale et non remboursement total des frais de santé engagés).
- Les aides possibles et leurs conditions d'obtention, en lien avec la CPAM
- Les dispositifs et structures accueillant des populations spécifiques
- Les coordonnées des assistantes sociales de secteur

A destination en particulier des publics suivants:

- Public scolarisé (et pas uniquement précaire)
- Jeunes de missions locales et des structures de prévention
- Des publics ciblés, comme des bénéficiaires du RSA
- Services sociaux et associations caritatives avec une diffusion annuelle des barèmes actualisés,
- Acteurs de terrain, proches de ces populations, vers qui les personnes vont se tourner plus facilement : centres sociaux, associations caritatives...

En utilisant divers moyens :

- Développement de campagnes d'information (télévisées)
- Diffusion de documents d'information adaptés au public visé : brochures, livrets informatifs ; moyens de communication à mettre à disposition des usagers (plaquettes en nombre, affiches ...) ; publicité papier, type flyer, avec des mots simples, des dessins, mettant en évidence les chiffres plafond permettant d'avoir accès à la CMU, CMUC et à l'AME ; guides en plusieurs langues indiquant les adresses des services sociaux
- Envoi systématique de courriers d'information aux personnes bénéficiaires des minima sociaux
- Tenue de permanences, animation de séances d'information par des assistantes sociales de la CPAM au sein de structures de proximité, rencontres avec les personnes en situation de précarité dans les lieux fréquentés par ce type de population pour les informer sur les dispositifs existants.

En privilégiant certaines modalités :

- Innovations dans la communication
- Multiplication des modes d'information à destination de ce public.
- Amélioration et développement des supports de communication de la CPAM (dépliants, affiches, exposition)

- Informations adaptées aux populations tenant compte de la barrière de la langue ou des difficultés d'accès à la lecture (personnes étrangères, personnes en situation d'illettrisme).
- Actions de proximité à mettre en place en collaboration avec les personnels de soins (médecins, pharmaciens, infirmiers, dentistes....) d'un quartier.

Mais l'information ne suffit pas : l'une des particularités de ces populations est d'avoir une estime dégradée d'elles-mêmes. Prendre soin de soi, même si on est informé de tous les modes d'accès aux soins, n'est pas nécessairement une priorité.

1.3.2) Assurer un accompagnement dans les démarches d'accès aux droits

Certains publics sont tellement démunis qu'ils ont besoin, à un moment donné, d'un accompagnement dans les démarches pour faciliter l'accès aux droits.

Il est donc préconisé de développer le travail d'accompagnement dans les démarches : accompagnement individuel des personnes y compris accompagnement physique vers les services administratifs, ateliers d'aide aux démarches administratives, approches éducatives en groupe, échange sur les dispositifs, partage d'expériences...

Différentes modalités d'accompagnement sont suggérées :

Il est nécessaire pour les intervenants d'avoir une grande disponibilité afin de répondre rapidement aux demandes quand elles se présentent.

L'accompagnement doit pouvoir être assuré sur la durée, avec la notion d'instauration d'un climat de confiance entre l'accompagnant et la personne en difficulté, afin que les personnes osent parler de leurs difficultés.

Ce travail d'accompagnement doit être renforcé au quotidien dans tous les lieux où se trouve le public non couvert : rue, hébergements d'urgence, CHRS...

Il importe de stabiliser les personnes sur un lieu d'hébergement afin d'avoir une adresse et une équipe sociale qui puisse assurer un suivi.

Il faudrait inciter les médecins, les pharmaciens à orienter les patients, qui n'ont pas de couverture maladie, vers des lieux où ils peuvent être accompagnés dans leurs démarches.

Il faudrait augmenter le nombre de professionnels disponibles sur les sites d'intervention, accompagnateurs administratifs, travailleurs sociaux...

1.3.3) Renforcer le partenariat local

Pour améliorer l'accès aux droits des personnes précaires, de nombreuses réponses insistent sur l'importance d'un travail collaboratif entre les acteurs concernés.

Le partenariat est à développer entre les acteurs institutionnels de l'ouverture des droits (organismes de sécurité sociale) et les acteurs de terrain pour améliorer :

- l'information claire et précise sur les droits
- l'accompagnement du public dans les démarches administratives d'ouverture des droits
- la constitution et le traitement rapide des dossiers
- les échanges d'informations entre les structures
- la sensibilisation et la formation des travailleurs sociaux par les professionnels de la CPAM.

Des liens ont déjà été instaurés entre organismes de sécurité sociale et certaines structures sociales et de santé (voir question 1.2) mais ils ne répondent pas à tous les besoins puisque de nombreux organismes (missions locales, CCAS, CHRS, PASS, établissements pénitentiaires, PJJ, réseau...) demandent, et ce dans les quatre départements lorrains, l'installation ou le développement d'un tel partenariat qui pourrait se traduire concrètement par :

- l'instauration de permanences (CPAM, CAF, MSA...) dans les lieux accueillant des populations précaires,
- la désignation de référents privilégiés,
- la tenue de réunions d'informations....

Des conventions pourraient utilement formaliser ce travail de partenariat.

Les liens doivent être renforcés entre:

- l'hôpital et les assistantes sociales de secteur et les CCAS
- les structures qui suivent les populations précaires et celles qui participent au suivi de grossesse (PMI, maternités...)

- les établissements pénitentiaires, les services d'insertion-probation et les CPAM

Pour faciliter la prise en charge du public précaire, il est souhaité que soit mis en place au niveau local **un travail en réseau** qui viserait à :

- recenser, cordonner et mutualiser les interventions de l'ensemble des acteurs directs et indirects agissant auprès des publics précaires (santé, sociaux, médico-sociaux, associations, professionnels de santé libéraux, collectivités...),
 - renforcer et maintenir de façon étroite les liens entre les différents partenaires.
 - tisser un réseau social de repérage et d'orientation
 - échanger et partager des informations concernant les différentes personnes suivies dans les différentes structures
 - diffuser une culture commune de promotion de la santé en valorisant les moyens des associations, des services concernés par l'accompagnement social, médical et favorisant les échanges de pratiques
- Les actions préconisées portent sur la mise en place de réseaux type « santé-précarité », le soutien à des réseaux existants ou la réactivation de réseaux en sommeil.

Une proposition concerne l'organisation de **rencontres entre les populations précaires et les professionnels de la santé ainsi que des professionnels de la CPAM.**

Enfin, il est rappelé l'intérêt de démarches de type « **atelier santé ville** » qui regroupent des partenaires du monde associatif / MJC, centre social, commission de quartier, des institutionnels / CPAM, CCAS, services de la commune.. et des professionnels de santé à une échelle fine. Elles ont vocation à agir au plus proche des demandes et des besoins des habitants, grâce à la mobilisation et la coordination d'acteurs de terrain, qui vont s'entendre sur un diagnostic qualitatif, des priorités, une programmation et une évaluation partagés.

1.3.4) Proposer une offre de formation

L'objectif des actions de formation à développer serait d'améliorer la connaissance partagée des missions et actions de chaque partenaire pour favoriser le conseil et l'orientation des personnes en difficulté.

Deux notions se dégagent des réponses apportées :

- **Former les intervenants des structures sociales** et les personnes en contact avec les publics précaires (y compris des associations de quartier) pour leur donner des informations précises sur les droits et les démarches à effectuer, les dispositifs existants
- **Former les professionnels qui accueillent les publics** aux différentes dimensions de la précarité (santé, prévention, accès aux soins, éthique, insertion, droit, ...), à l'accueil spécifique d'un public marginalisé par des parcours de vie chaotique ou fragilisé par un handicap psychique et à la prise en charge de dossiers complexes.

1.3.5) Faciliter les démarches administratives

De très nombreux souhaits sont émis concernant la facilitation des démarches en lien avec les organismes d'assurance maladie :

Accueil :

- Rencontrer un personnel accueillant et ouvert qui prenne le temps d'aider à remplir les documents.
- Nommer un référent C.M.U., A.M.E. au niveau de l'accueil de la C.P.A.M
- Limiter les différences de prise en charge, les inégalités de traitement du bénéficiaire de CMU par rapport à un autre assuré.
- Rendre le service social de la CPAM plus accessible et plus connu du public. Il pourrait proposer une aide pour remplir les formulaires
- Développer des solutions de transport vers les services ou mettre en place des points relais

Délai :

- Accélérer les délais de traitement des dossiers
- Résorber le retard dans le traitement des dossiers (renouvellement de la CMU par exemple)
- Pouvoir obtenir rapidement une attestation provisoire,
- Mettre en place une procédure d'urgence pour l'accès aux droits sociaux
- Pour les détenus, mettre en place la CMU avant la sortie de prison

- Revoir la réglementation liée à la CMU afin que les personnes en situation régulière et qui ont déposé une demande de carte de séjour en tant que conjoint de français en France, puisse ouvrir les droits à la CMU base et complémentaire rétroactivement à la date de leur arrivée en France, au moment de l'obtention de leur titre de séjour.

Simplification des procédures :

- Alléger les procédures existantes : simplifier les formalités pour les mettre à la portée du public, alléger les formulaires, revoir les exigences concernant les pièces à fournir, en particulier pour les étrangers qui sont dans l'incapacité de les produire
- Simplifier les procédures d'affiliation à la CMU et CMU-C, notamment en faveur des étudiants et scolaires.
- Assouplir les modalités d'accès aux dispositifs (CMUC/prise en compte du montant des ressources et non de la nature des ressources, ne pas reprendre la situation sur 12 mois mais sur la situation au moment de la demande...), relever les plafonds de la CMU-C.
- Ouvrir des droits et constituer le dossier ensuite
- Avoir un guichet unique pour les formalités
- Mettre à disposition de dossiers de demande de CMU dans toute structure d'accueil du grand public

Identification d'un interlocuteur référent :

- Mettre en place un référent CPAM par assuré, disponible et compétent dans ce domaine, dont les coordonnées seraient indiquées sur l'attestation de droits.
- Mettre en place un interlocuteur privilégié et identifié à la CPAM qui traiterait des situations particulières des publics en difficultés, pour faciliter la prise de contact et débloquer les situations complexes
- Mettre en place des permanences décentralisées des agents CPAM
- Communiquer des numéros de téléphone directs aux professionnels et au public pour éviter le passage obligé par la plate-forme téléphonique
- Contacter par écrit (double de courrier) ou par téléphone, le travailleur social référent de la personne lorsque les coordonnées sont sur le dossier

Renouvellement des droits :

- Editer un courrier de rappel, précisant les échéances CMU ou CMU-C, qui favoriserait les demandes de renouvellement.
- Etablir un renouvellement automatique quand la situation n'a pas changé.

Concernant les personnes étant en attente de l'obtention de la CMU-C, il serait souhaitable de disposer d'un fonds de secours dédié.

1.3.6) Faciliter l'accès à une couverture complémentaire

Les actions d'aide à l'accès à une couverture complémentaire proposées sont les suivantes :

- Réévaluer les plafonds pour bénéficier de la CMU-C, de l'ACS ou du complément local
- Permettre une couverture complémentaire peu chère et négociée pour les suites de CMU-C, ou les personnes qui n'y ont pas le droit.
- Aider à la cotisation d'une mutuelle en raison du coût des mutuelles relativement conséquent
- Augmenter le temps de validité des complémentaires santé pour ne pas avoir à les refaire tous les ans
- Renforcer le partenariat avec une mutuelle partenaire : Mise en place de convention tiers-payant entre les partenaires de santé et la mutuelle, poursuite d'accord tarifaire préférentiel

1.3.7) Prendre en compte les difficultés particulières des étrangers

Les propositions émises d'actions spécifiques aux problématiques particulières des étrangers portent sur les axes suivants :

- Permettre le recours à des interprètes, à coût raisonnable
- Autoriser une AME provisoire de 3 mois pour les demandeurs d'asile en procédure prioritaire permettant de couvrir les trois mois de carence.
- Retirer la condition de résidence en France de 3 mois pour les bénéficiaires de l'AME
- Supprimer les 30 € d'accès à l'AME
- Ouvrir des droits avec APS

- Pour le public migrant, nécessité d'un accompagnement des travailleurs sociaux pour compléter les formulaires en raison de la barrière de la langue et de la non maîtrise des dossiers administratifs.
- Créer un réel partenariat avec les pays d'origine des étudiants étrangers pour la qualité de la transmission des informations : liens vers sites Internet, informations traduites dans plusieurs langues, transparence des frais occasionnés par la venue en France. Amplifications des actions de collaboration avec l'office d'immigration. Rapprochement avec les associations étudiantes qui sont en relation avec les pays d'origine
- Ouverture des droits et régularisation administrative plus rapides

1.3.8) Optimiser les dispositifs spécifiques pour les populations précaires

Tout d'abord, il y a lieu de favoriser l'accès au droit commun (médecin de ville, dentiste, spécialiste,...) en mettant en place un partenariat de professionnels permettant d'apporter des réponses pertinentes et en favorisant le recours au tiers payant.

Cependant, l'opportunité du recours à différents dispositifs spécifiques pour aider à l'accès aux soins et aux droits des publics précaires a été mentionnée :

- les PASS, dont il convient d'améliorer le fonctionnement en :
 - menant une réflexion sur une harmonisation ou une complémentarité des différentes PASS qui n'offrent pas toutes les mêmes prestations
 - identifiant mieux la PASS comme un relais pour les démarches
 - s'interrogeant sur l'opportunité de création de PASS dentaires
 - des réseaux de type microstructure, originaux et opérationnels, pour travailler avec des médecins de ville acceptant une triangulaire: travailleur social, médecin de ville/hôpital, patient
 - une action d'accompagnement aux soins bucco-dentaire déjà engagée qui est à poursuivre
 - les GEM qu'il importe de conserver et de développer: pour faire fonctionner de manière pérenne des lieux d'accueil qui permettent un contact régulier avec des publics fragiles
 - les dispositifs d'hébergement d'urgence, par lesquels les plus précaires sont souvent obligés de passer pour accéder aux soins (accueil anonyme et gratuit).

2) Accès à la prévention

2.1 Pouvez-vous faire part d'expériences ou de démarches menées qui ont favorisé l'accès à la promotion de la santé, la prévention, au dépistage, aux examens de santé de populations précaires ?

Les expériences ou démarches de nature à favoriser l'accès à la promotion de la santé et la prévention décrites dans les réponses à l'enquête peuvent être regroupées par type d'acteurs ayant mis en place de telles actions au profit des populations en difficultés qu'ils accueillent : communes ou CCAS, conseils généraux, missions locales, structures d'hébergement social et d'insertion, centres sociaux, centres hospitaliers, CPAM, CAF, associations thématiques, associations d'usagers, réseaux.

Les réponses citées ne sont pas exhaustives des actions menées mais décrivent pour chaque catégorie d'acteurs un panel d'actions adaptées aux besoins particuliers des populations précaires.

2.1.1) Communes, CCAS

- Octobre Rose : Déclinaison sur un quartier de la campagne « Octobre Rose » en adaptant la communication aux spécificités du public
- Action « à la rencontre de mon dentiste » : elle consiste à organiser des visites en petits groupes auprès des praticiens chirurgiens dentistes du quartier en dehors d'une situation de soins. En renforçant les liens (connaissance, confiance) entre les habitants et leurs chirurgiens dentistes en dehors de toute situation d'urgence ou de douleur, il s'agit de « démystifier » et de dédramatiser les soins dentaires. Cette action peut se réaliser grâce aux acteurs sociaux du territoire (centre social...) qui prennent le temps de rentrer en confiance avec les personnes, d'aborder ces thématiques et de les préparer à la visite chez le dentiste
- Action avec les femmes-relais: les femmes-relais accueillent des personnes bénéficiaires des minima sociaux, des femmes issues de l'immigration primo-arrivantes. L'accompagnement apporté, y compris physique vers les soins, pour les démarches administratives permet à ces personnes de reprendre confiance en elles et de créer du lien social
- Information communale dans le mensuel municipal, sur le site de la ville et courrier d'information sur des campagnes santé spécifiques (exemple Octobre rose, cancer colorectal...). Mise en place d'expositions, de conférences et d'ateliers sur la commune (y compris complexes sportifs, au sein de la distribution de la banque alimentaire) sur les thématiques cancers, nutrition, diabète, hypertension...
- Action de prévention santé d'un CCAS : Mise en place d'une action sur la nutrition avec l'intervention d'un nutritionniste ; participation à un groupe « liaison santé-social » où sont organisées des vaccinations gratuites en lien avec l'hôpital et l'accès à des bilans de santé.
- Sensibilisation du public dans le cadre de l'épicerie sociale, en partenariat avec la CPAM et la Médecine Préventive, à des thèmes Santé/bien Etre, Nutrition, organisation par le CCAS de dépistages (Diabète, Cholestérol, Tension Artérielle et B.P.C.O.)
- Travail de prévention de l'Epicerie Sociale, auprès de bénéficiaires, dont la plupart n'a pas vu de médecin depuis plusieurs années, pour réaliser un bilan de santé. Ils sont accompagnés par un membre du CCAS qui réalise le bilan en même temps. Le médecin du centre de Médecine Préventive vient ensuite au CCAS rencontrer les personnes pour donner les résultats.

2.1.2) Conseils Généraux

- Actions santé collectives des Unités territoriales d'action sociale et de l'Insertion, modules consacrés à l'équilibre alimentaire, à la sensibilisation au sport, à la campagne "prévention j'aime mon cœur" menée sur le bassin houiller, Sarreguemines et Dieuze.
- PMI : Visites à domicile des puéricultrices et sages-femmes de PMI et déplacement dans les hôtels hébergeant des personnes défavorisées, consultations de Pédiatrie Préventive et consultations de puériculture de PMI
- Différentes initiatives mises en œuvre par le Conseil général : des actions collectives, financées dans le cadre du Plan Départemental d'Insertion (PDI), qui ont permis de mobiliser des usagers pour les amener à prendre en compte leur santé... Exemple : un déplacement au centre de médecine préventive ; une action avec une stratégie et une méthodologie adaptées pour faire en sorte que l'utilisateur accepte le projet, se l'approprie et y participe... Des actions de prévention au niveau des salles d'attente des consultations de nourrissons en PMI, Des bilans systématiques de santé en école maternelle faits par le service de PMI.

2.1.3) Missions locales

- Manifestation annuelle en direction du public jeune, nécessitant un large travail partenarial tant au niveau de la conception et l'animation qu'au niveau de la mobilisation du public sur un thème de santé : le mal être, les dépendances, le bien être... Lors de ces manifestations, de nombreux partenaires de la santé apportent des réponses aux questions des jeunes. Les informations portent sur la sexualité, la relaxation, l'alimentation, les examens de santé, les postures pour porter des charges, les drogues, les risques du soleil, les conditions d'un bon sommeil, le rôle d'un centre médico-psychologique...
- Actions sport/ nutrition en invitant des jeunes à participer à des activités sportives ; en parallèle de cette activité, pause collation pour sportifs avec une information sur la nutrition
- Animation d'un réseau de professionnels du social ou de la santé, qui mutualisent leurs connaissances et échangent sur leurs actions, ce qui permet d'améliorer pour chacun d'eux la prise en charge des jeunes
- Atelier Sens et Vie mis en place sur une période de 12 à 15 semaines, pour un total de 20 heures par bénéficiaire, réparties en entretiens individuels et ateliers en petits groupes. Ils offrent aux jeunes un lieu où ils peuvent exposer leurs problèmes et tenter de trouver des réponses. Ils permettent dans certains cas d'amorcer les démarches vers des structures d'aide.
- Ateliers « Bien Etre » mis en place en direction du public 16-25 ans. Lors de ces ateliers, différents thèmes sont abordés par des professionnels en vue d'informer, de sensibiliser les jeunes sur la santé au quotidien : l'hygiène de vie (l'alimentation, l'hygiène corporelle, les rythmes de vie), les dépendances, le stress, le rôle du CPEF, libertés et dépendances... dans le but de favoriser à la fois la prévention et une prise en charge globale de la santé. Lors de ces ateliers, un bilan de santé est organisé au Centre de Médecine Préventive.
- Organisation de bilans de santé au centre de médecine préventive, avec une sensibilisation préalable, un accompagnement physique par la conseillère de la mission locale au bilan de santé, une restitution sur site par le médecin en collectif et individuel et un accompagnement individuel dans les démarches proposées aux jeunes.
- Sensibilisations à la vaccination auprès de jeunes, avec la PASS
- Action Planet : organisation avec un groupe de jeunes bénévoles d'une soirée sans alcool dans une discothèque
- Actions sur le thème de la santé proposées parmi les actions d'insertion sociale et professionnelle; présence d'un Espace Santé à la Mission Locale où les jeunes peuvent s'exprimer et trouver conseil en matière de santé, de prévention du SIDA et des IST, contraception, etc., mise à disposition de documentation et de préservatifs ; tous les ans, mise en place d'actions spécifiques visant l'accès la promotion de la santé, la prévention, le

dépistage, les examens de santé, avec pour objectifs opérationnels de favoriser le développement de compétences psychosociales chez les jeunes, informer les jeunes sur l'importance d'une alimentation variée et équilibrée, proposer aux jeunes le passage de bilan de santé, mener avec les jeunes une réflexion sur les méfaits de la sédentarité et l'intérêt de pratiquer une activité physique régulière

2.1.4) Structures d'hébergement social et d'insertion

- Actions d'information collective proposées aux résidents du CADA, à destination des adultes, des enfants ou des familles: rythme scolaire, alimentation, hygiène, dépistage de la tuberculose...Elles ont permis une sensibilisation, une meilleure compréhension, des échanges et une prise en compte des thématiques abordées.
- Intervention sociale de proximité, telle que le travail de rue, qui permet de toucher les personnes (toxicomanes, prostituées, ...) n'ayant pas ou peu de contact avec les dispositifs de santé
- Accompagnement physique dans les démarches, l'éducation à la santé incluant le fait de savoir se repérer sur un territoire, de connaître les lieux de santé et les professionnels qui y exercent
- Action sport et santé : organisation d'activités sportives et de détente
- Mise en place de séances de vaccinations collectives
- Embauche d'une coordinatrice santé pour amener les personnes aux soins, travailler avec les professionnels et mettre en place des actions de prévention.
- Organisation d'une semaine santé au sein du CADA avec participation de différents partenaires sur le site (PMI, CLAT, Croix-Rouge, médecins, spécialistes etc..) avec vulgarisation des informations ; réunions d'informations/documentation bilingue
- Actions collectives de promotion de la santé dans les établissements, au plus près des usagers (Vie affective, IST, vaccinations) en lien avec les structures spécialisées (CSAPA, CIDDIST...), conclusion de convention avec Filiéris pour faciliter l'accès des usagers aux centres de santé, formation d'usagers relais auprès de leurs pairs
- Dans les actions d'insertion, interventions de professionnels de la santé sur des thèmes précis (cancer du sein, de l'utérus, maladies cardio-vasculaires, alimentation, hygiène de vie,...) et dans un discours adapté
- Permanences dans un CHRS du Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), Permanences hebdomadaires de Médecins du Monde, Actions de dépistage VIH, VHC, VHB, Actions de vaccination, Action sur la pollution interne, Démarche annuelle de la prévention de la tuberculose par le CLAT
- Information, inscription et accompagnement des publics accueillis à la médecine préventive pour la mise en place de bilan de santé, organisation d'ateliers et de réunions d'information et de promotion de la santé pour les publics accueillis sur différents thèmes (tabac, alcool, drogues, sexualité...)
- Accompagnement individualisé de chaque usager qui, après un premier diagnostic de son histoire de vie, de l'état de sa santé au moment où il est admis au CHRS, bénéficie d'un accompagnement personnalisé qui tente de l'amener à une réflexion sur l'importance de recouvrer la santé pour envisager une démarche d'insertion durable et réaliste. La prévention s'effectue au niveau individuel, et reste prioritaire dans la prise en charge de l'utilisateur. Les actions collectives portent sur des réunions d'information relatives par exemple à l'addiction, sans obligation de participation, d'actions de formation gestes et postures autour d'une activité de type professionnel, ou bien encore de formation aux premiers secours. Ces deux types de formation valorisent l'identité de citoyen de l'utilisateur et a moins tendance à stigmatiser son identité sociale. Elles paraissent adaptées puisque très fréquentées et suivies.

- A travers l'espace santé jeunes au FJT, mise à disposition de dépliants, d'affiches, de préservatifs, des coordonnées de professionnels de santé afin d'informer et de sensibiliser les jeunes sur leur santé..Dans le cadre de cet espace santé, de nombreuses actions sont mises en place notamment dans le cadre des thématiques nationales. Ex : journée mondiale de lutte contre le SIDA ; distribution de préservatifs, adresses de centres de dépistages gratuits et anonymes, soirée quizz avec des référents santé...Le travailleur social du FJT, référent de l'Espace Santé Jeunes, bénéficie de formations dans différents domaines de la santé afin de pouvoir accompagner et orienter au mieux les jeunes en difficulté.
- Ateliers santé proposés dans le cadre des chantiers éducatifs encadrés chaque année aux jeunes âgés de 16 à 18 ans. Au cours de ceux-ci, proposition de temps d'échange et de sensibilisation au public. Les éducateurs sont présents et peuvent reprendre les différents sujets par la suite avec les jeunes.
- Mise en place d'ateliers sur le lieu de travail de chantiers d'insertion ; intervention d'acteurs de la santé (addictologie, médecin du travail, psychologue,...) sur le lieu de travail.

2.1.5) Centres sociaux

- Mise en œuvre d'actions d'information et de sensibilisation contribuant à rendre les gens plus attentifs à leur santé, à se faire dépister, à s'alimenter autrement et à être mieux physiquement comme psychologiquement tout en maintenant du lien social : activité « sport pour toutes » en partenariat avec le CDOS de Lorraine permettant à des femmes en situation précaire de se maintenir en bonne santé par la pratique d'une activité sportive accessible à leurs problématiques, actions sur l'équilibre alimentaire, dans le cadre des vacances familiales organisées par le centre, information des familles aux risques du soleil et sur la nécessité de bien s'hydrater, participation à « octobre rose » en relayant l'information sur le dépistage, pour les seniors organisation de séances de gymnastique équilibre, de cours d'informatiques, d'un stage mémoire
- Réalisation de trois actions en promotion de santé, deux actions en santé mentale et une action sur l'application des bases d'une alimentation équilibrée auprès des familles avec une démarche participative de la population ciblée (contenus pédagogiques, orientation vers des services de soins adaptés, recherche et implication du partenariat, évaluation et entretiens individualisés). Une action auprès de personnes en situation de vulnérabilité sociale, à l'instar d'une action tous publics, relève plutôt d'un accompagnement sur la durée mettant en synergie les acteurs sociaux de proximité. Il s'agit avant tout de créer des liens de confiance et de valorisation de ces personnes avec une écoute bienveillante et un accompagnement au quotidien dans les démarches de santé. Les actions collectives mettant en avant les potentialités des personnes sont particulièrement positives et aident à lever des freins en matière d'accès aux soins de santé.
- Actions de promotion de la santé mises en œuvres par le centre social suite à un travail de réflexion mené par le Comité Local pour la Promotion de la Santé constitué de professionnels de la santé, de travailleurs sociaux, de représentants d'associations, de représentants institutionnels (inspection académique, municipalité...), d'habitants du quartier, ce qui permet d'avoir une approche multi- factorielle d'un problème et de croiser les besoins, les demandes et les réponses existantes. A partir du CLPS, ont été menées des actions autour de plusieurs thématiques : prévention des cancers (organisation d'exposition et de conférences, d'animation sur la consommation de cigarettes auprès d'adultes et d'enfants scolarisés en primaire et première année de collège, information autour du dépistage du cancer du sein, formation de relais santé), alimentation (bien manger - bien bouger à petits prix, participation aux journées nationales de lute contre le surpoids infantile, organisation de bars à soupe....
- Intervention de professionnels dans des ateliers collectifs : AMODEMACES, POIPLUME, planning familial. Accompagnement de groupes au centre d'examens de santé pour des examens personnalisés de santé

- Sensibilisation et accompagnement pour des examens de prévention dans le cadre des activités pour adultes (groupes de parents, activités de loisirs, alphabétisation), mise en place, découverte de lieux ressources en matière de santé : cela débouche sur des bilans de médecine préventive, des vaccinations, des mammographies...travail avec différents partenaires : Maison de la Santé, CMP, Maison du Diabète...
- Mise en œuvre d' actions à l'égard des ados : « Ma tête, mon corps et les autres » afin de mener une réflexion autour de la santé et les situations de discrimination, à l'égard de femmes bénéficiaires de minimas sociaux : « Activ'santé » afin d'encourager l'activité physique comme atout de santé et organiser des groupes de discussion autour de thème divers sur la santé. Depuis 2004, le centre social mène une action transversale à tous les accueils, de la petite enfance aux adultes, autour des questions de santé : Hygiène et équilibre alimentaire, Hygiène bucco-dentaire (intervention de M'T dents), Promotion de l'activité physique dès le plus jeune âge, Prévention de la pédiculose en partenariat avec la PMI et la CPAM, L'estime de soi, l'image de soi dans le but de favoriser des situations de bien être

2.1.6) Centres hospitaliers

- Travail d'accompagnement réalisé par l'assistante sociale et l'accompagnatrice santé de la PASS permettant d'aborder de manière globale les questions de santé en petit comité ou bien de façon individuelle, ce qui favorise l'intérêt des personnes à échanger sur ces questions.
- Orientation vers les services spécialisés du centre hospitalier (centre de planification et d'éducation familiale, centre de lutte antituberculeuse) ou des services externes à l'établissement
- Travail en étroite collaboration avec le CPEF de la maternité et l'antenne CIDDIST de la maternité ; le CPEF peut accueillir des personnes majeures sans couverture sociale ou sans complémentaire pour : diagnostic grossesse, contraception, dépistage MST ...
- Prise de contact auprès des réseaux santé des différents territoires santé publique.
- Prise en charge des détenus (CIDDIST, CV, CLAT).
- Semaine européenne de la vaccination.
- Présentation de la PASS dans un centre social
- Participation de l'hôpital à des journées organisées au niveau national, en liaison avec des associations, prévention tabac, journée mondiale de l'allaitement, information dans des centres d'hébergement, contraception, prévention des MST et dépistage, actions menées dans les UCSA.

2.1.7) Organismes de protection sociale

- Invitation préférentielle des populations précaires au bilan de santé, par le centre de médecine préventive et le centre d'examen de santé, et ciblage des populations dans les quartiers où résident ces publics fragilisés ; contact direct par téléphone avec ces personnes plutôt que par des invitations « papier ». Sensibilisation et préparation en amont à l'examen de santé avec les groupes en insertion. Restitution des résultats des bilans en aval. L'assurance maladie offre une consultation gratuite chez le médecin traitant après bilan de santé pour toute personne chez qui un risque est dépisté (SES).
- Organisation du programme de prévention bucco-dentaire M'Tdents depuis 2007 : mise en œuvre des programmes de proximité vers les enfants de CP (6ans) dans les zones les plus défavorisées en partenariat avec l'Education nationale, les chirurgiens dentistes, les CCAS des municipalités concernées ; accompagnement dans cette démarche de prévention, des familles situées dans les quartiers les plus défavorisés. (Classes de ZEP)

- NUTRITION : Sur sollicitation de partenaires, développement par la CPAM d'actions vers des groupes de populations spécifiques au sein des dispositifs d'insertion sociale ou professionnelle : pour les populations « fragilisées », la thématique Nutrition est souvent plébiscitée, elle est facilitatrice d'échanges, avec moins de connotations négatives, de stigmatisation que les autres thématiques comme Tabac, Alcool, par exemple, elle est souvent une porte d'entrée pour une aide à l'expression de la demande de santé ; de plus, cette thématique fait partie du quotidien de chacun et peut leur permettre également de mettre en avant leur savoir faire, leur savoir être.
- Action de sensibilisation menée par la CPAM auprès des jeunes en insertion professionnelle venant au Centre d'examen de santé : action de d'information sur la (poly-) consommation de substances addictives en amont du Bilan de Santé
- Développement des actions par la CPAM dans le cadre de l'Examen bucco dentaire (les soins dentaires étant un marqueur fort de la précarité), ainsi les classes des écoles primaires visitées se situent dans les zones défavorisées et la CPAM, en partenariat avec l'UC CMP et les dentistes (libéraux et centre dentaire mutualiste) a mis en place une stratégie d'invitation des jeunes sans soins dentaires en lien avec les invitations aux examens de santé de l'UC MP. Les jeunes ciblés se voient offrir le droit au tiers payant pour l'EBD et les soins dentaires nécessaires
- Organisation, par la mutualité, d'une campagne de prévention régionale sur le lien entre cancers et nutrition qui s'est déclinée notamment par des ateliers santé : travail avec une population en situation difficile en lien avec une association de Toul « Femmes Relais ». Le groupe de femmes constitué avec l'association était composé exclusivement de femmes étrangères : avec le recours à une interprète, le savoir des participantes a été valorisé et l'action s'est appuyée sur leur culture notamment culinaire et leurs habitudes afin d'amener progressivement des notions de prévention et des recommandations en matière de nutrition qui soient adaptées. Un travail sur l'équilibre alimentaire à petit budget a été mené. En 2006 et 2007, travail sur la prévention des risques d'accidents de la vie courante des enfants. Une partie de ce programme était dirigé vers un public précaire, sous forme d'ateliers avec le public accueilli par la Croix-Rouge, avec des centres sociaux et associations de quartier. Autre expérience, en 2008 mise en place dans chaque département d'une action intitulée « L'équilibre en toute convivialité » qui s'adressait à un public précaire, avec des partenaires locaux type, centres sociaux et associations de quartier à travers une séquence de 7 ateliers thématiques en partant toujours de la pratique et du vécu des participants.

2.1.8) Associations thématiques, CSAPA, CAARUD

- Interventions sociales collectives développées dans des résidences sociales ou auprès de groupes avec pour objectifs : promouvoir la détente et le bien-être à travers des activités spécifiques, aider au maintien ou à l'amélioration de la santé au sens de l'O.M.S, prévenir la désocialisation. La démarche allie prévention et soin, en essayant de réduire les inégalités, en valorisant les compétences personnelles des participants, en apportant des soutiens sociaux pour pallier le manque d'énergie relationnelle. Exemples de démarches : séances de vaccination pour la grippe saisonnière ; rappels de vaccins ; bilans de santé à la médecine préventive; atelier santé sur le diabète, l'estime de soi...travail sur des déterminants sociaux, culturels, psychologiques (définition d'un programme d'activités, atelier d'écriture, atelier esthétique, activité physique)..., travail avec les personnes sur les dispositifs de droit commun (accès à l'information) en limitant la stigmatisation. (Faire partie d'un groupe peut déjà être paradoxal).
- Permanences délocalisées au sein de structures sociales par un éducateur spécialisé du CSAPA
- Les actions de terrain, d'ateliers autour de thématiques sont généralement bien accueillies. Dans ce cadre précis, il est important de rendre les participants acteurs de ces ateliers, en sollicitant et valorisant leurs compétences psychosociales afin qu'il ne s'agisse pas uniquement d'un moment d'information, mais plutôt d'un moment d'échange et de réflexion dans lequel ils vont pouvoir s'investir.

- Interventions menées par le chargé de prévention, les infirmiers, les CESF et les psychologues de l'association dans de nombreuses structures telles que les foyers d'hébergement, la prison, le centre de peine aménagée, le SPIP, la PJJ, la CAMEI (Centre d'Accueil pour Mineurs Emigrés et Isolés). Chaque intervention est pensée et adaptée en fonction du public rencontré. L'échange et la réflexion sont toujours favorisés. Plusieurs médias et outils de prévention peuvent être utilisés en fonction des interlocuteurs (photo-langage, brainstorming, courts-métrages, sac à dos, histoire de dire, médiation artistique, construction d'un objet de prévention avec le groupe...). L'idée est de partir de la santé en général (qu'est-ce qu'être en bonne santé ?). Le fait de partir d'une notion générale permet aux participants de ne pas se sentir trop investis à titre personnel (permet de contourner certaines résistances), tout en favorisant un espace de pensée autour d'un objet commun et accessible à tous (évite de renforcer les inégalités sociales).
 Dans le cadre des consultations psychologiques, un travail autour des représentations de manière générale, de l'estime de soi, de la valorisation des compétences globales, de l'autonomisation et de l'élan vital est notamment proposé. Ce type de travail est plus approfondi et nécessite de fait un investissement beaucoup plus important de la part du patient. C'est souvent un travail à long cours mais qui permet un impact à plus long terme en comparaisons d'actions plus ponctuelles ou de courte durée (sur la base du fait qu'une action de prévention n'a d'impact réel que si elle est adaptée et répétée dans le temps).
 Il est à noter que ces actions sont toutes des actions de proximité. Les professionnels intervenants se déplacent sur site, afin de se rendre accessibles. L'idée de proximité apparaît essentielle face à un public généralement fragile, très renfermé sur lui-même, marginalisé et pas forcément en mesure (économique, physique et psychologique) de se déplacer.
- Interventions au sein des quartiers hommes et femmes de la maison d'Arrêt d'Epinal : information, sensibilisation, réduction des risques liés au VIH/Sida, hépatites et autres IST.
 Lors du programme d'échange de seringues : entretiens individuels : point sur l'état global de la santé de la personne, dépistée ou pas, accompagnement et orientations selon les problématiques.
 Mise en place d'ateliers santé avec intervenant extérieur (CDAG, CIDDIST, infirmières) destinés aux personnes séropositives ou concernées par le VIH ou VHC.
 Mise en place de deux sessions (de 4 jours par an) de sensibilisation, information et documentation destinées aux acteurs sociaux (éducateurs centres sociaux, foyer d'éducation, prévention de rue, infirmières scolaires, agent de probation, surveillants Maison d'arrêt... en proximité avec des publics dits vulnérables et précaires).
- Développement d'actions de prévention par le CSAPA, CAARUD visant à favoriser l'accès aux soins, l'information et l'orientation. Interventions dans les lycées, PAIO, CFA, FJT, CHR, chantiers éducatifs, médecine du travail, maison d'arrêt, stage de sensibilisation,..... Dans le cadre d'un protocole méthadone, chaque personne est vue par le généraliste pour un bilan de santé : vaccination, sérologie, soins dentaires.

2.1.9) Associations d'usagers

- Campagne d'informations menée auprès d'un public itinérant par une association, en lien avec l'ADECA : permanence d'ADECA dans les locaux de l'association et temps de rencontre sur les aires d'accueil pour favoriser l'appréhension des messages de prévention diffusés à l'occasion d'Octobre Rose ; relais des campagnes d'information réalisées par Carrefour santé (diabète et hypertension)
- Création d'un groupe de femmes en situation de handicap psychique qui abordent les questions de la relation au corps à travers ce groupe et à travers des rencontres avec des partenaires de santé. Certaines ont ainsi accédé à des actions de dépistage tel que celui du cancer du sein.
- Proposition d'inscription pour un bilan de santé lors de l'entretien individuel à l'inscription à l'aide alimentaire,
- Sorties de groupe au centre de médecine préventive : action proposée à un public bénéficiaire du RSA résidant en zone rurale avec souvent peu de possibilités de se déplacer, elle est

présentée en particulier à des personnes ayant tendance à négliger leur santé. Un transport collectif est assuré.

2.1.10) Réseaux

- Mise en place par la maison du diabète d'une action de prévention intitulée « Dépistage et prise en charge de l'obésité de personnes en situation de précarité sociale : comprendre pour agir avec plus d'efficacité par des actions de proximité », programmes d'éducation sur les lieux de vie des personnes, dans des quartiers défavorisés, en les intégrant dans les activités de structures existantes (tels que des centres sociaux, des lieux d'accueil associatifs...), en partenariat avec les acteurs de terrain concernés (travailleurs sociaux, associations) et en coordination avec les Ateliers Santé Ville
- Actions de prévention d'un réseau gérontologique au sein de foyers de migrants en partenariat avec des associations locales qui travaillent avec des publics précaires ; information sur l'existence du bilan de santé

2.2 Quels sont les principaux freins à lever pour l'accès à la prévention de ces publics ?

Si de nombreuses réponses lient les freins pour l'accès à la prévention à 2.2.1) à la situation de précarité du public cible, d'autres réponses apportent des précisions sur les différents facteurs qui constituent des obstacles pour ces populations :

- 2.2.2) Les freins culturels
- 2.2.3) La peur
- 2.2.4) La difficulté de motiver le public
- 2.2.5) L'isolement social et relationnel
- 2.2.6) Les problèmes financiers
- 2.2.7) La conception des campagnes de prévention
- 2.2.8) L'image négative du système de santé
- 2.2.9) Les problèmes d'accessibilité géographique
- 2.2.10) L'attitude des professionnels et les pratiques professionnelles
- 2.2.11) La barrière de la langue
- 2.2.13) Le déficit d'information
- 2.2.13) Le manque de coordination
- 2.2.16) Le manque de moyens affectés à la prévention
- 2.2.17) La lourdeur des dossiers de demande de subvention

2.2.1) La situation de précarité (36 réponses)

La santé n'est pas une priorité pour les personnes en situation de précarité qui doivent affronter d'autres difficultés au quotidien (hébergement, besoins alimentaires...) et faire face aux besoins vitaux essentiels.

« Prévention sous entend prévenir ». Or, il est des publics précaires qui n'envisagent pas le futur, faisant face au jour le jour à leurs difficultés et ne pouvant pas se projeter. La question de préserver son capital « santé » paraît secondaire et bien loin des réalités du quotidien.

La pauvreté, la précarité provoquent souvent des sentiments comme la mauvaise image de soi la honte, la dévalorisation, le sentiment d'inutilité qui rendent difficile l'entrée dans une démarche de prévention. Pourquoi prendre soin de soi, si on n'a pas une bonne image de soi-même ?

Les principaux freins à lever sont dépendants des parcours de vie et de chaque situation vécue :

- Sentiment d'insécurité dû à un quartier, au logement
- Troubles de l'humeur associés aux phénomènes de précarisation (affects dépressifs, troubles psychosomatiques, troubles anxieux)
- Manque de repères au quotidien notamment dans le soutien éducatif
- Existence de maladie chronique (hypertension, diabète, emphysèmes..) ou maladie psychiatrique
- Dénî et minimisation de l'état de santé
- Eclatement et instabilité de la famille
- Violences conjugales.

Pour des personnes ayant participé à des actions de prévention, les conditions de vie ne favorisent pas la modification des comportements de santé ; comment arrêter de boire lorsque l'on vit à la rue et qu'il est difficile d'accéder à un logement ; manger 5 fruits et légumes par jour n'est pas toujours possible pour un bénéficiaire du RSA...

2.2.2) Freins culturels (4 réponses)

Une approche culturelle particulière par rapport à la notion de santé, les us et coutumes de certaines populations sont à considérer et à respecter mais peuvent constituer de véritables freins.

Exemple de la nutrition : changer d'habitudes alimentaires peut signifier changer d'habitudes culturelles et familiales ; de plus, les populations précaires vont trouver du plaisir dans certains comportements alimentaires qui peuvent être préjudiciables mais qui viennent adoucir un quotidien rigoureux.

2.2.3) La peur (15 réponses)

Un certain nombre de craintes sont citées comme étant de nature à freiner l'accès à une démarche de prévention : la peur de l'inconnu, la crainte vis-à-vis des structures de soins, la peur du regard médical et des soupçons qui pourraient ensuite peser, la peur du diagnostic qui empêche d'agir (« et si on me

trouve quelque chose? »), la stigmatisation (ou la crainte de stigmatisation) – le jugement (ou la peur du jugement), la honte, la peur du regard des autres.

2.2.4) La difficulté de motiver le public (13 réponses)

Il est difficile d'inscrire les publics très marginalisés dans un processus d'accès à la prévention, car le recours aux soins, même en urgence, est peu fréquent et les publics les plus fragilisés ne trouvent pas d'intérêt à prévenir les risques, ni de sens à des actions de prévention.

Sont cités le manque d'intérêt, le laxisme de certaines personnes pour ce qui a trait à la santé, le fatalisme des personnes, l'absence de projets, l'incapacité, l'inaptitude à prendre en compte les difficultés, quelles qu'elles soient, mais surtout de santé..

2.2.5) L'isolement social et relationnel (4 réponses)

Pour des personnes qui vivent éloignées de tout lien social (y compris associatif), la peur d'aller vers l'extérieur, de se confronter à d'autres personnes, de participer à une réunion ou à des ateliers en groupe peuvent être des freins importants à leur mobilisation.

2.2.6) Les problèmes financiers (13 réponses)

Le frein financier est cité comme important, la prévention passant après la satisfaction des besoins primaires.

Des personnes refusent le dépistage car, si le premier examen est gratuit, la suite des examens et des soins ne l'est pas. Les personnes préfèrent ne rien savoir que de ne pas pouvoir poursuivre faute de moyens financiers.

2.2.7) La conception des campagnes de prévention (6 réponses)

S'agissant des informations diffusées en matière de prévention, sont cités comme inadaptés au public en précarité :

- la conception très descendante des campagnes de prévention,
- le manque de clarté des messages de prévention,
- des actions menées sur un mode culpabilisant : exemple des campagnes nationales sur le tabac,
- l'inadaptation des supports utilisés: exemple de brochures trop détaillées ou trop complexes pour des personnes peu sensibles à l'écrit ou souffrant d'illettrisme,
- la multitude d'informations et leur illisibilité,
- la complexité du sujet à traiter : par exemple les drogues et conduites à risques.

2.2.8) L'image négative du système de santé (3 réponses)

Les expériences passées mal vécues ou incomprises, l'image négative de certains professionnels de santé (gynécologue, dentiste, psychiatre, psychologue...), l'illisibilité du système de santé sont des facteurs qui ne favorisent pas l'insertion dans des actions de prévention.

2.2.9) Les problèmes d'accessibilité géographique (13 réponses)

En milieu rural, le faible nombre de structures, la fermeture des cabinets médicaux, la dispersion de la population sur le territoire, le manque de relais qui pourraient informer ou orienter, entraînent des difficultés d'accès à l'information et à la prévention.

Problématique du transport et de son coût pour des personnes ne disposant pas de moyens de locomotion, la difficulté à effectuer des transports de façon autonome (exemple dans le cas du dépistage organisé du cancer du sein, de femmes issues du milieu rural qui n'ont pas les moyens de locomotion pour se rendre chez les radiologues)

2.2.10) L'attitude des professionnels et les pratiques professionnelles (12 réponses)

Le manque de disponibilité de la part des acteurs et des partenaires.

Le manque de temps pour s'investir dans des actions à long terme

L'intolérance de certains professionnels par rapport au non respect des rendez-vous (publics toxicomanes, publics très marginalisés),

L'accueil parfois très désagréable réservé à certaines populations par les soignants et notamment le secteur hospitalier et le manque d'écoute

Le manque de formation des personnels au repérage et à la prise en charge de ce public en difficulté, notamment étranger

Les « idées reçues » sur l'approche de la précarité et les besoins des personnes : « publics fragiles, difficiles d'accès, peu observant... »

La médecine praticienne peu orientée vers la prévention, hormis pour les campagnes de dépistage des cancers et le traitement du risque cardiovasculaire.

Difficultés de créer un partenariat avec certains corps médicaux : méconnaissance du public et inadaptation des informations transmises au public accueilli

Les accompagnants, qu'ils soient professionnels ou bénévoles, peu convaincus de l'intérêt de la prévention.

L'injonction de participer à une action de prévention (incluse dans un contrat d'insertion)

Le manque de recours à l'interprétariat

2.2.11) La barrière de la langue (11 réponses)

Difficultés de compréhension liées à la langue et difficultés d'accès à la lecture

2.2.12) Le déficit d'information (5 réponses)

Informations insuffisantes, par exemple sur la prophylaxie des pathologies infectieuses

Méconnaissance des dispositifs et de localisation des structures.

2.2.13) Le manque de coordination (4 réponses)

Le manque de coordination des différentes structures en relation avec ces publics

Le défaut de mutualisation des expériences menées

2.2.14) Le manque de moyens affectés à la prévention (10 réponses)

Manque de moyens humains et financiers dédiés à la prévention par rapport à une population précaire en augmentation

Absence de financements pérennes qui permettraient de mettre en place des actions sur le long terme

Manque de temps des professionnels pouvant être consacré à des actions de longue durée

Insuffisance des moyens mis à disposition au sein des différents organismes pour assurer les missions dévolues (ex : diminution des intervenants de santé au titre de la santé scolaire).

Disparition des CODES

2.2.15) La lourdeur des dossiers de demande de subvention (2 réponses) Complexité des réseaux de financement à activer et lourdeur des procédures d'appel d'offre

2.3 Quels sont, selon vous, les facteurs déterminants pour la réussite d'une action de prévention ou de promotion de la santé auprès des publics précaires ?

Les réponses à cette question peuvent se regrouper autour des axes suivants :

- 2.3.1) La prise en compte de la santé globale
- 2.3.2) Le contenu des différentes étapes des actions de prévention
- 2.3.3) les conditions favorisant les actions de prévention menées au sein des établissements ou structures accueillant des populations précaires
- 2.3.4) les modalités de mise en œuvre des actions de prévention en direction des populations en difficultés

2.3.1) La prise en compte de la santé globale (8 réponses)

Il importe d'inscrire les actions de santé dans le principe positif de « promotion de la santé », qui permet de redonner toute leur importance aux influences sociales dans la genèse des comportements liés à la santé et de dépasser le cadre injonctif et normatif qui clive les populations entre celles ayant des bons comportements de santé et celles qui n'en ont pas.

Il s'agit de valoriser les potentialités du public, de développer des actions permettant aux publics cibles d'avoir une attitude responsable par rapport à la santé notamment par l'acquisition de compétences psychosociales et d'aborder la santé par les aspects du bien-être des personnes plutôt que par la lutte contre des maladies. Ainsi, tous les professionnels peuvent se sentir concernés par le bien-être de la personne, même s'ils ne sont pas eux-mêmes des professionnels de la santé.

Il est recommandé d'envisager la prévention dès le plus jeune âge et de travailler avec les mères en précarité qui se mobilisent plus facilement pour leurs enfants que si le sujet de leur propre santé est abordé.

2.3.2) Le contenu des différentes étapes de l'action de prévention

Les différentes étapes des actions de promotion de la santé menées en direction des populations précaires devront être adaptées aux besoins particuliers de ce public. Sont cités (**25 réponses**) l'importance de :

- Favoriser l'élaboration d'un diagnostic étayé par un recueil de données de terrain actualisé et fiable en créant les conditions d'émergence de la fonction d'expertise des intervenants de terrain
- Repérer les territoires où se concentrent des publics en situation précaire, sans oublier le milieu rural
- Avoir une bonne compréhension des problématiques santé des publics et partir des demandes et préoccupations des personnes en difficultés
- Etre à l'écoute des besoins fondamentaux de la personne en situation de précarité (vie quotidienne, relations interpersonnelles, sommeil, réseau et environnement familial, environnement physique, sentiment de sécurité, besoin de reconnaissance dans son identité sociale, existence de troubles du comportement)
- Répondre à un réel besoin, donc aller à la rencontre des personnes concernées et les écouter afin de déterminer les actions à mettre en place qui concerneront concrètement ce public
- Dans la réflexion préalable à l'action, s'interroger sur les obstacles culturels et sur le choix d'une langue compréhensible par tous.
- Construire une action avec des objectifs simples et précis, raisonnables, réalistes au plus près du terrain, éviter les démarches trop conceptuelles sans effets à court terme,
- Mettre en lien la santé avec la réalisation d'objectifs concrets d'insertion sociale durable
- Prendre en compte l'environnement des personnes pour apporter des réponses réalistes et réalisables
- Travailler en amont avec les publics afin d'obtenir la participation effective des usagers
- Aborder des thématiques qui émanent des besoins et des demandes et non plaquées par des professionnels ou correspondant aux thèmes ou priorités nationales pas toujours adaptées aux besoins du terrain.
- Apporter des réponses adaptées construites avec les publics et les acteurs
- Prévoir un retour avec le public après chaque action

- Mener une évaluation sérieuse de l'action.

2.3.3) Les conditions favorisant les actions de prévention menées au sein des établissements sociaux ou structures accueillant des populations précaires :

a) L'établissement d'un lien de confiance (18 réponses)

La relation de confiance qui peut s'établir entre les accompagnants et les populations cible, le travail d'écoute, la personnalisation de la relation constituent des éléments essentiels pour réussir à sensibiliser les personnes précaires à l'importance de la santé, à engager un dialogue avec elles sur les questions de santé qui relèvent souvent de l'intime et à les accompagner vers la prévention, le dépistage et les soins.

L'information dispensée et les explications fournies dans le cadre de cette relation de confiance permettent de rassurer les populations précaires souvent très méfiantes et de faire face aux peurs liées à la santé.

La confiance accordée aux professionnels rend crédibles les messages délivrés par eux alors que les campagnes de prévention générales ont peu d'impact sur ce public.

Le groupe peut aussi avoir un effet rassurant.

b) Le travail en réseau entre les partenaires locaux (21 réponses)

Pour réussir une action de prévention ou de promotion de la santé en direction des populations précaires, il est souhaitable que celle-ci soit multi partenariale et pluridisciplinaire.

Le travail en réseau permet la coordination des différents acteurs concernés, la mobilisation des acteurs locaux, la mutualisation des expériences sur un territoire, le partage des savoirs entre professionnels, la multiplication des approches sur un même sujet. Il contribue à changer les représentations sociales des professionnels. Il permet d'assurer au niveau local un continuum d'actions de la prévention vers les soins.

Ce travail partenarial associera utilement tous les acteurs de proximité en lien avec les populations précaires (associations de quartier, associations spécifiques, professionnels de santé, pharmaciens...)

c) L'implication des intervenants (15 réponses)

Pour mener à bien les actions de prévention ou de promotion de la santé en direction de populations précaires, il importe que les intervenants qui les animent soient motivés, disponibles, reconnus par le public et formés à la méthodologie en promotion de la santé. Ils doivent avoir une bonne connaissance du public et la capacité de s'y adapter. Il peut être intéressant de disposer de personnel multilingue et d'origine culturelle variée.

Ces intervenants peuvent faire partie du personnel de la structure ou intervenir en tant que ressource extérieure :

- les personnels socio-éducatifs des structures d'accueil de populations précaires sensibilisés aux questions de santé et à la promotion de la santé peuvent prendre en compte les questions de santé émergeant au cours de la prise en charge des personnes.

- l'organisation d'actions animées par des intervenants extérieurs aux structures permet d'assurer une information de qualité, de renforcer l'importance et l'impact du sujet traité et d'identifier des personnes ressources extérieures à la structure. Solliciter les interventions des professionnels de santé du territoire permet ainsi d'améliorer les connaissances du public sur les parcours de santé au niveau local.

d) L'implication des structures d'accueil

La structure doit fortement soutenir chaque projet de prévention et le faire savoir.

L'implication de la structure accueillante peut consister à diffuser l'information sur l'action, servir de relais vers le public ciblé, proposer un local adapté, reprendre ce qui a été abordé au cours de l'action de prévention (par elle-même ou en partenariat avec la structure intervenante) et faciliter l'orientation a posteriori vers les relais compétents.

Pour chaque projet, chaque action, un professionnel de la structure devrait porter et faire vivre l'action dans le temps.

Le travail de prévention doit s'intégrer au fonctionnement de la structure, pour apparaître comme un service supplémentaire, visant, comme les autres services, le mieux-être de la personne.

2.3.4) Les modalités de mise en œuvre des actions de prévention en direction des populations en difficultés

Les réponses à l'enquête mettent en avant un certain nombre de modalités importantes pour la réussite des actions qui doivent être adaptées aux particularités du public auxquelles elles s'adressent.

a) Le lieu (28 réponses)

Excepté pour une réponse, qui préconise la délocalisation de l'action en dehors du quartier d'origine des participants, de nombreuses réponses insistent sur la **notion de proximité** :

- Les interventions sont à développer dans les lieux fréquentés et bien connus par la population, permettant de s'appuyer sur le vécu des personnes (en centre social, CHRS, mission locale, CCAS, PMI...)
- Il est important d'aller à la rencontre du public et de ne pas attendre qu'il vienne,
- Il est possible de profiter des lieux où le public est « captif » (CHRS, milieu scolaire...) pour y développer des actions de prévention

b) Le temps (12 réponses)

Les actions de santé impliquent un **investissement en temps très important** nécessaire pour connaître et accompagner les bénéficiaires et doivent donc s'inscrire dans la durée : la réussite d'une action repose sur l'organisation régulière de rencontres, de temps d'échanges, afin que les publics précaires puissent prendre confiance en eux et parviennent progressivement à exprimer leurs besoins, après une aide à la prise de parole.

Les séances ne doivent pas être trop longues afin de ne pas lasser les usagers et seront à répéter régulièrement dans le temps.

c) Le cadre (8 réponses)

Il convient de privilégier les actions menées en **petits groupes**, structurants et rassurants et non sous forme de conférences ouvertes à un grand nombre de participants.

Une prise en charge individuelle avec des explications sur l'intérêt de la prévention peut aussi aider à lever les freins.

d) La participation du public (22 réponses)

Il est important de favoriser la participation des publics « cibles » aux actions mises en place et de leur donner les moyens de se revendiquer « auteur » de leur propre santé.

Il s'agit **d'impliquer les usagers dans toutes les étapes de l'action**, de la réflexion préalable à l'action, la construction du programme, l'élaboration de messages à l'évaluation. Ce sont eux qui peuvent au mieux renseigner les professionnels sur la faisabilité de l'action

Les personnes ne s'investissent qu'à la condition de percevoir un avantage immédiat d'échanges, d'écoute et de respect ; l'adhésion à l'action s'obtiendra plus facilement sur la base du choix de **thématiques porteuses, proches du quotidien des populations**. Le choix des personnes de participer ou non à une action de prévention doit être assuré et respecté, des parcours contraignants n'ayant que peu de chance d'aboutir.

e) La nature des messages (38 réponses)

Les messages et la communication doivent être **adaptés aux besoins et au niveau de compréhension du public** pour qu'il soit en mesure de se l'approprier. Les réponses préconisent à cet effet de :

- Diffuser des messages clairs comprenant des mots simples, avec le support d'images ou de schémas
- Adapter les supports d'information nationale et rechercher ou créer des outils spécifiques élaborés en lien avec la population cible,
- Ne pas noyer les destinataires dans une multitude d'informations et sélectionner quelques messages clés à faire passer
- Diffuser une information facile à appliquer, reliée aux aspects concrets de la vie courante

- Traduire les documents d'informations pour les rendre accessibles aux étrangers et surmonter la barrière de la langue, avoir recours à des interprètes
- Pour le public étranger, prendre en considération les références culturelles ainsi que la représentation de la maladie
- Eviter les connotations moralisatrices et culpabilisantes et s'appuyer plutôt sur un message responsabilisant et sur les bénéfices individuels et familiaux que l'on peut en tirer
- Développer une communication innovante particulièrement adaptée au public jeune au travers d'outils multimédia divers et des nouvelles technologies,
- Dédramatiser et simplifier le vocabulaire lié à la santé, utiliser un discours dans lequel les personnes se reconnaissent.

f) Les modalités pédagogiques (35 réponses)

- Elaborer des actions à caractère ludique, attrayant et convivial permettant d'associer le plaisir à l'action.
- Eviter l'aspect didactique des exposés et les monologues et privilégier les interventions interactives : échanges, mise en situation, ateliers pédagogiques ainsi que les projets concrets...
- Répéter l'information, prendre le temps de bien expliquer
- S'appuyer sur des thèmes d'action proches du quotidien des populations
- Aborder des thèmes d'actualité et attractifs pour les populations précaires, avec des outils pédagogiques interactifs (projection de films, témoignages, diaporamas...)
- Inclure des actions ciblées « santé » parmi d'autres thèmes abordés, comme le travail ou l'insertion
- Favoriser l'adhésion du public, sa mobilisation au cours de l'action en ciblant le thème de l'action de prévention (ex soins dentaires), en montrant le retentissement sur la personne et en expliquant les différentes possibilités de prise en charge : le public doit trouver un intérêt à l'action
- Sensibiliser les personnes sur leur mieux être personnel,
- Favoriser la prise de conscience de problèmes de santé physique ou mentale et développer un travail sur soi dans l'objectif de restitution d'une image plus positive.
- Mettre en place des relais qui pourront sensibiliser et motiver leurs pairs à l'intérêt de participer aux actions de prévention
- S'appuyer sur des dynamiques de groupe
- Sensibiliser les publics en amont de l'action de prévention
- Prévoir l'accompagnement et le soutien des personnes dans leur démarche

g) L'accessibilité

La gratuité des actions et la possibilité matérielle de se rendre aux actions de prévention comprenant la possibilité de prise en charge des frais de transports, en particulier en milieu rural, ont été citées comme des facteurs déterminants dans l'accessibilité des actions de prévention.

Il est suggéré par ailleurs de pouvoir libérer les mères de familles (ou les pères) de leurs obligations à l'égard de leurs enfants pour qu'ils puissent participer pleinement à l'action en prévoyant des solutions de garde d'enfants.

3) Accès aux soins

3.1 Avez-vous connaissance de personnes parmi les publics que vous accueillez qui ont des problèmes de santé somatique et/ou mentale et qui ne se font pas soigner ?

3.1.1) Quels publics ne se font pas soigner ?

Ce qui caractérise le public n'accédant pas aux soins, c'est un public précaire multidimensionnel :

- **Les personnes en rupture de lien social**
 - Marginalisation
Personnes en désinsertion sociale
Grands marginaux, vivant dans la rue
SDF
 - Isolement familial
Etudiants en rupture familiale
Demandeurs d'asile
Personnes très isolées
Personnes dépendantes, âgées, handicapées isolées
Mères seules
Femmes, enfants victimes de violences familiales
 - Perte de repères sociaux
Personnes étrangères, pratiquant la prostitution
Populations migrantes
Personnes d'origine étrangère mal intégrées, maîtrisant peu la langue française
Réfugiés politiques
Les Roms
Personnes en situation irrégulière
Personnes très mobiles géographiquement
- **Les personnes en grande fragilité psychologique**
Souffrant de troubles psychotiques
En situation de handicap psychique
Difficultés d'ordre psychologique
Femmes victimes de violences conjugales,
Adultes agressés, abusés, traumatisés, victimes de violences
Familles en faibles capacités de réflexion ou de projection dans l'avenir
- **Les personnes souffrant de certaines pathologies**
Ayant des problèmes d'addictions
Personnes toxicomanes, en grande précarité, en errance
En ALD
Personnes vieillissantes, avec troubles psychiatriques
En rupture de traitement (psy ou addicto)
En surcharge pondérale
- **Les personnes en défaut d'insertion professionnelle et de formation**
Chômeurs de longue durée
Personnes en difficultés sociales, notamment sans emploi
Jeunes en souffrance (mal être)
En reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH) ou en attente de cette reconnaissance
Jeunes en insertion professionnelle
- **Les personnes précaires économiquement**
Les personnes vivant dans la pauvreté
Familles précaires économiquement
Bénéficiaires RSA isolés

Personnes sans aucune couverture complémentaire

Bénéficiaires de minima sociaux

Jeunes qui cumulent les difficultés : en rupture familiale, problèmes financiers, manque de qualification professionnelle

3.1.2) Quelle est la proportion du public concerné par rapport au public de votre structure ?

3 types de réponses :

- **Soit des cas ponctuels, très à la marge des publics accueillis par les structures**

structures généralistes : pourcentage très faible de personnes n'accédant pas aux soins

variabilité en fonction du public, du flux accueilli, proportions avancées souvent non vérifiées ou difficilement mesurables

- **Soit impossibilité de les quantifier par manque d'études statistiques**

Peu dénombrables facilement, problème de repérage, difficulté pour les identifier

Le cas des personnes en souffrance ou en rupture familiale, vivant isolées par exemple

- **Soit une grande majorité des publics accueillis, car profils spécifiques**, c'est le cas avec les structures / associations (hyper) spécialisées, à savoir :

- ✓ les structures d'addictologie
- ✓ les associations prenant en charge des personnes ayant des pathologies psychiatriques
- ✓ les structures prenant en charge les victimes de violences
- ✓ les structures prenant en charge les grands marginaux

3.1.3) Quelles raisons donnent-ils pour ne pas se faire soigner ?

a) Difficultés d'ordre financier

- ✓ Le coût des soins (40 réponses): impossibilité de faire l'avance des frais, de payer un reste à charge, de faire face aux déremboursements de médicaments (notamment de la pilule, du traitement symptomatique des maladies infantiles, des vitamines B1B6 pour la maladie alcoolique...), de prendre en charge le coût des lunettes, les frais dentaires, un suivi psychologique en libéral, le ticket modérateur pour des frais de laboratoires ou des soins spécialisés, les dépassements d'honoraires
- ✓ L'absence ou l'insuffisance de couverture santé (16 réponses)

b) Non-reconnaissance par les personnes de leurs problèmes de santé

- ✓ Dénier de la maladie (32 réponses) et plus particulièrement la négation de l'existence d'un problème de santé mentale (12 réponses), ou de dépendance (2 réponses), la consommation étant « nécessaire » pour survivre
- ✓ Le fait de minimiser la gravité des problèmes de santé (9 réponses)

c) Difficultés d'accès au système de soins

- ✓ Accès à la psychiatrie : manque de moyens en psychiatrie, difficultés ou délais importants pour obtenir un rendez-vous en CMP (6 réponses), représentation négative de la psychiatrie = folie (4 réponses), crainte des traitements ou de hospitalisations en psychiatrie (2 réponses)
- ✓ Expérience négative antérieure en lien avec le système de santé y compris psychiatrique (9 réponses)
- ✓ Peur du monde médical, peur du diagnostic, peur des effets secondaires des traitements (19 réponses), difficultés à se rendre dans des structures de soins (5 réponses)
- ✓ Eloignement des structures de soins et notamment des structures de prise en charge psychologique et, en corrélation, le manque de moyens de transport (13 réponses)
- ✓ Barrière de la langue (8 réponses), particulièrement pour des entretiens avec des professionnels en psychiatrie
- ✓ Problèmes de comportement dans des services d'urgence ou en médecine de ville, non-respect des rendez-vous (6 réponses)
- ✓ Difficultés d'accès aux soins libéraux, délais d'accès à des spécialistes (3 réponses)

d) Difficultés d'ordre culturel ou psycho-social

- ✓ Les soins ne constituent pas une priorité par rapport à la nourriture ou le logement (22 réponses)
- ✓ Incompréhension des démarches à réaliser, méconnaissance des structures de santé et des droits (16 réponses)
- ✓ Absence de demande, de motivation, inscription dans un processus de rupture de soins (16 réponses)
- ✓ Sentiment de culpabilité, de honte, mauvaise image de soi, marginalisation, isolement social (15 réponses)
- ✓ Freins culturels ou religieux, notamment en matière gynécologique (4 réponses)
- ✓ Difficultés à se projeter dans le temps et à programmer des soins (3 réponses)
- ✓ Contraintes des soins demandant un effort supplémentaire à fournir (4 réponses)
- ✓ Priorité donnée aux enfants, crainte pour les autres membres de la famille en son absence (5 réponses)

3.2 Quelle aide apportez-vous aux personnes précaires pour leur accès aux soins ?

3.2.1) Accompagnement et orientation

Prise de rendez-vous, suivi de ces rendez-vous allant parfois jusqu'à l'accompagnement physique à ceux-ci

Inscription à des bilans de santé

Accompagnement personnalisé,

Accompagnement inter participants

Ecoute active

Accompagnement tant dans les démarches administratives que dans celles du soin

Orientation vers les structures de soins compétentes, notamment en situation d'urgence

Adressage vers des partenaires, orientation vers la PASS

Proposition d'admission en Lits Halte Soins Santé

Ouverture des droits, domiciliation administrative

Aide médico-psychologique, soutien psychologique

3.2.2) Information

Groupes d'ateliers collectifs d'information

Soutien des familles, écoute, information, médiation

Communication auprès de l'entourage

Diffusion de listing d'adresses de médecins qui peuvent les suivre

Aide à la compréhension

Présence d'un traducteur (quand cela est possible)

Affichage sur lieux publics

3.2.3) Coordination entre les différents partenaires

Liaison avec la CPAM assurée (pour instruction dossier CMUC)

Informations et conseils sur leurs droits

Permanences CAF et CPAM organisées dans les locaux de l'association

Réseau de professionnels de la santé et du social constitué et sollicité

Coordination entre les professionnels de santé pour optimiser la prise en charge

Instauration d'une prise en charge à domicile

Alerte des partenaires

Interface entre le corps médical et la famille

Organisation du retour à domicile

Développement d'un réseau de partenaires

Formation des acteurs de terrain pour prise en charge de ce public spécifique (victimes de violences)

3.2.4) Travail sur la notion de santé

Animation collective et individuelle pour travailler sur l'estime de soi et la prise conscience de son état de santé

Mobilisation de la personne pour la poursuite de la prise en charge, incitation aux soins

Réassurance, sécurisation, valorisation, motivation

Actions de promotion de la santé organisées en interne

Sensibilisation aux problèmes de santé
L'amener à accepter le soin
Actions de prévention (réduction des risques)

3.2.5) Aide financière (ou en nature)

Proposition d'une couverture mutuelle à moindre coût
Soins infirmiers et bilans médicaux réalisés
Aide médicale (médicaments d'urgence)
Chèque santé pour participer au financement d'une mutuelle complémentaire
Mise en place de transports, aide financière pour payer les transports en commun
Consultations gratuites, prescription gratuite, délivrance gratuite
Aides financières pour prise en charge d'une mutuelle
Aide financière, compensation financière des dépenses de santé
Avance de frais
Accès aux médicaments (PASS)

3.3 Quels sont les lieux où ces publics précaires vont se faire soigner ?

Lorsque ces publics précaires accèdent aux soins, c'est essentiellement dans les lieux de droit commun : les hôpitaux publics, notamment les urgences et SMUR (pour la gratuité), les hôpitaux psychiatriques, mais également auprès des médecins généralistes.

Les dispositifs spécifiques à ces publics sont par ailleurs fortement sollicités : les PASS, les LHSS, les CAARUD. Ceux ayant des pathologies spécifiques sont adressés auprès des CLAT, CIDDIST, CDAG, et CSAPA.

Les associations comme Médecins du Monde, SOS Médecins, complètent ce dispositif, ainsi que les CPEF (centres de planification et d'éducation familiale), les centres de médecine préventive, et les dispensaires.

De façon plus anecdotique, sont cités : le centre de soins MGEN, les Bains Douches, les pharmacies de ville, les cliniques dentaires (CPAM), la Croix Rouge, et quelques rares spécialistes libéraux acceptant cette patientèle.

Souvent aucun lieu (UNAFAM)

3.4 La notion de « médecin traitant » vous paraît-elle appropriée pour les populations précaires ?

Sur 120 réponses à cette question, 70 ont répondu « OUI », 19 ont répondu « NON » et 31 « OUI et NON ».

Par son rôle de coordination, le médecin traitant permet une collecte et une centralisation des informations essentielles à l'efficacité des soins apportés, à la cohérence du suivi médical.

La relation de confiance établie entre le médecin et la personne est importante ; l'accompagnement, dans une notion de proximité, est souvent considéré comme nécessaire.

La crainte d'être « jugé » diminue, le médecin ayant une bonne connaissance du contexte familial et des difficultés rencontrées.

Le dispositif permet d'éviter le nomadisme médical et de mettre en place un projet de soins et de prévention.

La notion apparaît pertinente pour des populations « ancrées » sur un territoire, qui peuvent ainsi bénéficier d'un suivi régulier et personnalisé et avoir des repères en matière de santé.

Difficultés signalées :

- Ces publics sont amenés à se déplacer souvent, entraînant la contrainte de renouveler les démarches administratives (compliquées et laborieuses),
- Il est difficile de faire comprendre la procédure et faire adhérer certaines populations, les convaincre de l'utilité de cette démarche, pour que cela ne soit pas vécu comme une contrainte
- La notion de parcours de soins est inadaptée à des personnes très démunies dont la vie est faite de ruptures,

- Il s'agit d'une notion abstraite loin de leurs habitudes, constituant une contrainte, une complication administrative supplémentaire, en particulier pour les jeunes en rupture familiale, les SDF, les personnes en situation irrégulière, les personnes sortant de prison.
- Rôle limité (parfois) du médecin traitant : par exemple, certains refusent la prise en charge de personnes toxicomanes, se limitent à des soins peu complexes et ne renouvellent pas de traitement de substitution, n'orientent pas vers des soins psychiatriques.
- Il est nécessaire de payer deux consultations pour voir un spécialiste
- Procédure particulièrement inadaptée en cas d'urgence.

3.5 Si vous avez déjà orienté des personnes vers la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de votre territoire, le service rendu a-t-il permis un réel accès aux soins ?

Département 54

Sur 48 répondants à l'enquête : 30 réponses à cette question

A Lunéville

Lorsqu'elle est connue, la continuité de la prise en charge (soin et accompagnement social) post hospitalisation mise en place est appréciée.

La Mission Locale la déclare « non effective ». La PASS se déclare elle-même en cours de (re)structuration, donc la réponse actuelle aux besoins reste partielle.

A Nancy

Une large satisfaction des partenaires est exprimée, pour différentes raisons :

- La gratuité des soins
- L'aide à l'instruction des dossiers
- L'orientation vers consultations spécialisées
- L'ouverture ou la réactivation des droits

Majoritairement, la PASS est bien identifiée et des coopérations sont mises en place pour rendre la prise en charge des patients efficace, par exemple :

- entre le SIUMPPS et la PASS de Nancy
- entre la PASS du CHU et celle de la Maternité
- avec ATD
- avec l'A.R.S.(Accueil et Réinsertion sociale)

Toutefois, ce dispositif reste méconnu par certains acteurs.

A Briey

La PASS communique auprès de partenaires éventuels

Bon accès aux soins d'urgence pour les demandeurs d'asile

A Toul

La PASS est connue et considérée comme un bon accès aux droits

A Mont Saint Martin

Prend en charge seulement les personnes qui relèvent d'un dispositif

Les réponses négatives :

- par méconnaissance du dispositif
- Par éloignement (Liverdun)
- Par non atteinte des objectifs : les personnes étrangères n'ayant jamais obtenu leur AME
- Adressage mais non retour d'informations si les procédures ont abouti ou non.
- Des créneaux horaires considérés comme trop restreints pour les consultations.

Département 55

Sur les 10 répondants à l'enquête : 7 réponses à cette question

2 réponses négatives : pas d'adressage (aucune raison évoquée) et une association située à Commercy met en avant l'éloignement géographique et le refus de se déplacer des bénéficiaires

La PASS a donc notamment permis la mise en place d'une couverture sociale, le suivi gynécologique et obstétrique, est utile dans l'urgence, mais n'apporte pas de réponse sur le plan préventif. De plus, il est cité le frein de la délivrance des médicaments en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie de l'hôpital (pas la possibilité de se les procurer en officine).

Département 57

Sur les 42 répondants : 10 n'ont pas répondu à cette question, 5 ont répondu par la négative en indiquant qu'il n'y a pas de PASS à Forbach, à Saint Avold, ni à Sarreguemines.

Pour les troubles psychiatriques des patients de FORBACH sont adressés à la PASS de Metz, pour les soins somatiques, ils vont aux urgences, ou ils bénéficient d'une consultation gratuite d'un médecin dans un CADA.

Pour ceux qui orientent vers ce dispositif :

Certains se plaignent qu'il ne soit pas adapté au public précaire et le plus désocialisé, souffrant d'addictions ou de troubles psychiatriques et/ou regrettent un délai d'attente pour des rendez-vous trop long, dû à des permanences insuffisantes. Les lourdeurs administratives contribuent également à décourager le patient à entrer dans le soin.

D'autres adressent ponctuellement à la PASS, mais ne sont guère satisfaits car peu aboutissent à un accès aux soins effectif. Il est regretté la PASS n'initie pas de traitements, mais les renouvelle seulement.

D'autres expriment une satisfaction car il y a eu une ouverture des droits, un accès aux soins assuré, y compris aux soins dentaires, des liens privilégiés avec la CPAM. La PASS a permis de prendre en charge des patients en situation irrégulière et qui souffraient de pathologies graves.

Département 88

Sur les 25 répondants : 9 n'ont pas renseigné cette question

13 ne connaissent pas l'existence de ce dispositif, ou n'adressent pas de personnes de leur public.

Les PASS de Remiremont, Saint-Dié, Neufchâteau et Epinal ne sont pas connues des différents partenaires qui ont répondu à cette enquête.

Certains connaissent celle d'Epinal mais regrettent le peu de communication de cette dernière à destination des partenaires ou s'adressent à l'assistante sociale de l'hôpital.

3.6 Orientez-vous vers les bilans de santé ?

70 ont répondu oui, pour les raisons suivantes :

- Gratuité des dépistages
- Bilan complet possible
- Permet de faire un état des lieux complet de leur santé, approche globale (plusieurs examens dans un temps limité)
- Premier accès à des acteurs de santé, voire à une démarche de soins
- Gain de temps car possibilité de prendre des rendez-vous pour plusieurs personnes à la fois (optimisation des transports)
- Anonymat préservé
- Actions de prévention, pour conserver un capital santé
- Relais et prise en charge pertinente pour le médecin référent pour des publics étrangers qui sont dans l'incapacité d'expliquer leurs problèmes

De nombreux acteurs ont répondu sur la pertinence de réaliser un bilan de santé complet, car il représente la première étape d'entrée dans une démarche de soins éventuelle, ou tout au moins une prise de conscience de leur état de santé. Cela permet alors une stabilisation nécessaire préalable à l'insertion de la personne.

38 répondent par la négative, avec les motifs suivants :

- Démarche trop lourde, au moment où les personnes victimes de violence s'adressent à ces structures
- Difficultés de transport pour y accéder
- Démarches d'accueil pas particulièrement adaptées à l'accueil de certains publics vulnérables

- Orientation vers structures de soins plus adaptées aux pathologies rencontrées : vers l'hôpital psychiatrique, vers les médecins généralistes pour les maladies chroniques lourdes,
- Ciblage des pathologies effectué par le centre de santé ne correspond pas aux pathologies fréquemment rencontrées auprès des publics marginalisés
- Cela relève du rôle du médecin d'orienter vers le bilan de santé et non du rôle du service social : c'est avant tout une décision d'ordre médical
- Orientation privilégiée vers le médecin traitant (ou médecins conventionnés)
- Méconnaissance des centres de santé (UNAFAM)
- Condition nécessaire d'avoir des droits ouverts
- Echec de tentatives précédentes d'adressage de patients
- Refus du patient
- Bilans de santé effectués sur place (lorsque les répondants sont des hôpitaux, des LHSS, ou des médecins).

3.7 Avez-vous connaissance de lieux de soins dans lesquels les publics précaires ont eu des difficultés d'accès ?

Les réponses à cette question ont mis en évidence, plutôt que des lieux de soins dans lesquels les populations précaires ont des difficultés d'accès, des pratiques de professionnels de santé qui sont de nature à exclure des soins les populations les plus en difficultés :

- 45 réponses font état de refus liés à la CMU dont bénéficie le patient ; quand la précision est donnée, sont cités en premier lieu les dentistes (17 réponses), les spécialistes (7), les médecins généralistes (3), les pharmaciens (2), ophtalmologue (1), gynécologue(1), clinique privée (1).
- Les délais pour obtenir un rendez-vous sont parfois très (trop) longs (12 réponses), en particulier en CMP (3 réponses), pour un ophtalmologue, ou sont allongés si la personne ne peut pas payer de dépassement d'honoraire
- Le coût élevé des soins (dentiste, ophtalmologie, orthodontie...) (13 réponses), les dépassements d'honoraires (10 réponses) en particulier par des dentistes ou des psychiatres libéraux, même pour des personnes titulaires de la CMUC, l'absence ou le refus de tiers payant (4 réponses) contrarient l'accès aux soins
- Le mauvais accueil ou la stigmatisation du public en précarité ont été mis en avant dans 10 réponses (une maison médicale de garde, services d'urgence, PASS, hôpital général, CDAG...)
- Le comportement des personnes (8 réponses) peut les exposer à des difficultés d'accès : troubles du comportement, agressivité, état d'hygiène qui suscite la réticence de professionnels de santé, manque d'assiduité dans le parcours de soins
- Certains professionnels refusent de prendre de nouveaux patients (2 réponses) ou refusent d'assurer des consultations sans traducteur (2 réponses).
- Le déficit en professionnels de santé sur certains territoires impacte l'accès des populations les plus en difficultés confrontés à des problèmes de mobilité
- L'éloignement d'une PASS ou le délai d'attente pour une autre PASS ont été cités ainsi que la saturation d'un service d'urgence psychiatrique.

3.8 Avez-vous connaissance de dispositifs innovants, de procédures ou de partenariats favorisant l'accès aux soins de ces publics ?

Des expériences citées au niveau local :

Les Ateliers Santé Ville

Les équipes mobiles en psychiatrie ou la mobilité de soignants d'un CMP qui vont à la rencontre de leurs patients en difficultés

Le Réseau santé-précarité à Nancy

Carrefour Santé à Nancy (Ville de Nancy, CPAM, CAF)

Maison du diabète et de la nutrition (Nancy – 54)

Partenariat renforcé pour la prise en charge de publics précaires entre l'association A.R.S. et le CHU via les LHSS

Projet d'accès à une mutuelle adaptée à la situation des populations précaires en termes de coût et de prestations offertes sur le secteur de Nancy

Convention entre un CHRS et des structures de soins (maison de repos, CMP)

Mise en place d'un collectif « Prévention santé » sur Toul, permettant le partage d'informations et les rencontres entre partenaires pour mise en place d'actions

Groupe « Liaison Santé social » en lien avec un réseau gérontologique à Liverdun

Rencontre organisée par la Croix Rouge, avec un médecin bénévole qui explique les examens ou diagnostics, apporte aide et conseils.

Réseau Santé Insertion du Barrois

Travail de réflexion de la PASS avec le Conseil de l'Ordre des Médecins de Meuse pour sensibiliser les médecins de ville à l'accueil de ces publics en fonction de leurs spécificités

Convention entre l'UDAF Moselle et FILIERIS pour faciliter l'accès aux centres de santé

Dispositif de mise à l'abri de victimes de violences conjugales par un travail en réseau (TSP 7,8, 9 et 10 – Espoir Forbach)

Etablissement de liens entre un CHRS et des structures de santé (addicto, PASS) et accompagnement physique des personnes dans leurs démarches de soins

Action d'accompagnement de grands précaires vers les soins dentaires

Micro structure associant un médecin traitant et un CSAPA

Charte UTOPIA (union territoriale pour une optimisation des pratiques inter-associatives), financée par le CCAS et la Ville de Thionville : mise en synergie des compétences et des pratiques en matière d'accompagnement et de prise en charge (vingtaine de partenaires).

Réseau Ville-Hôpital pour l'accès aux soins des plus démunis (a fonctionné jusqu'en 2005 – CH de Jury)

Accueil Ecoute Soins de Woippy

GASS (groupe d'accompagnement social et de santé) de Metz : actions de prévention à destination des jeunes et des professionnels de l'insertion professionnelle.

Permanences CPAM dans les structures sociales

La Halte de nuit, pendant la période hivernale où l'orientation vers les soins est rendue possible.

Des innovations expérimentées dans d'autres régions :

Association Primo-Levy : soins et soutien pour les psycho-traumatisme du réfugié

Consultation du psycho-traumatisme mise en place par la CUMP du service du Pr MORO (Hôpital d'Avicenne – Bobigny).

Kit de communication pour améliorer la prise en charge des publics ayant des problèmes d'expression et /ou de communication (AP – HP)

3.9 Avez-vous d'autres suggestions de ce qui pourrait être fait pour améliorer l'accès aux soins des publics en situation de précarité ?

3.9.1) Une nécessaire construction d'un réseau de partenaires :

- Réactivation des relations de réseau entre les partenaires : structures de soins, d'hébergement social, associations humanitaires, organismes de protection sociale
- Soutenir les réseaux de soins, même ceux informels
- Identifier les lieux d'accueil non stigmatisant, avec des interlocuteurs identifiés.
- Améliorer la connaissance des différents acteurs entre eux : communiquer sur la PASS et ses missions
- Développer les collaborations et mettre en place un plan d'actions cohérent pour la prise en charge des addictions et des pathologies mentales.
- Organiser une rencontre avec les intervenants du champ sanitaire et social pour optimiser leur travail

- Améliorer la coordination entre la psychiatrie et les médecins généralistes.

3.9.2) Des dispositifs innovants proposés :

- Mettre en place un dispositif de traducteurs que les professionnels de santé pourraient solliciter en tant que de besoin.
- Mettre en place des contrats entre patient précaire et médecin traitant pour appliquer un tiers payant et un engagement du patient à effectuer les soins demandés
- Prévoir une revalorisation (supplément) pour le médecin qui consacre un temps de consultation plus long.
- Préserver l'anonymat des bénéficiaires de la CMU afin d'éviter leur stigmatisation, ou leur discrimination.
- Aller vers les personnes en difficultés, créer un coaching téléphonique de suivi et d'accompagnement santé de ces publics, en lien avec le médecin traitant.
- Mettre en place des formations à destination des personnes en charge de l'accueil de ces publics.
- Mettre en place un véhicule itinérant pour effectuer des bilans de santé (sur le modèle « Don du sang »).
- Une PASS expérimente une permanence (« Point écoute santé »), en binôme avec un médecin bénévole où une relecture des soins ou des explications post-diagnostics peuvent être donnés, ainsi qu'une écoute individuel le.
- Prendre en charge les frais de transports pour se rendre dans les lieux de soins.
- Faciliter l'installation de lieux de consommation supervisée

3.9.3) Renforcement de l'offre de soins, médico-sociale, sociale actuelle :

- Développer les structures d'accueil pouvant prendre en charge les personnes souffrant de troubles mentaux.
- Encourager l'implantation de maisons pluridisciplinaires de santé, en les considérant comme des guichets uniques pour ces publics vulnérables.
- Encourager l'accompagnement physique des personnes vers les structures de soins, pour les aider à surmonter leurs appréhensions.
- Mettre en place un SAMU social, ainsi qu'un asile de nuit (Epinal)
- Passer du soin à la prévention
- Généraliser les maisons des adolescents
- Rendre les PASS effectives.
- Créer une équipe mobile de soins à destination des sans domiciles (ARS / CHU)
- Renforcer les missions du CAARUD, en mettant en place un bus pour substitution bas seuil et actions réductions des risques (distribution de seringues) dans les secteurs peu touchés actuellement par ces structures (Toulois, Lunévillois, Pont-à-Mousson)
- Mieux prendre en compte la souffrance psychique des demandeurs d'asile et surmonter la barrière de la langue

3.9.4) Une communication à améliorer auprès des publics précaires :

- Renforcer l'information sur les droits, fournir des explications précises sur les contrats de mutuelle
- Développer une information plus large sur les dispositifs existants
- Améliorer l'accueil individuel, privilégier les contacts téléphoniques pour certains publics
- Développer des permanences d'accès aux droits sociaux dans les maisons de santé, ainsi que dans les cabinets de certains médecins traitants, mettre en place des dispositifs d'information adaptés aux configurations rurales très éloignées de l'information et de l'accès aux droits

GLOSSAIRE

AAH : Allocation Adultes Handicapés
 ADECA : Association de Dépistage des Cancers en Meurthe et Moselle
 ALD : Affection de Longue Durée
 AME : Aide Médicale de l'Etat
 ACS : Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé
 APS : Autorisation Provisoire de Séjour
 ATD : association Aide à Toute Détresse Quart Monde
 ARS : Agence Régionale de Santé
 ARS : Association Accueil et Réinsertion Sociale
 BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
 CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues
 CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile
 CAF : Caisse d'Allocations Familiales
 CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
 CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
 CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
 CDOS : Comité Départemental Olympique et Sportif
 CESF : Conseillère en Economie Sociale et Familiale
 CFA : Centre de Formation d'Apprenti
 CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
 CIDFF : Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles
 CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
 CIVIS : Contrat d'Insertion dans la Vie Sociale
 CLAT : Centre de Lutte Anti Tuberculeuse
 CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
 CMP : Centre Médico Psychologique
 CMU : Couverture Maladie Universelle
 CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
 CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
 CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
 CRAM : Caisse régionale d'Assurance Maladie
 CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et des Prévention en Addictologie
 CV : Centre de Vaccination
 EBD : Examen Bucco-Dentaire
 FJT : Foyer de jeunes Travailleurs
 GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
 LHSS : Lits Halte Soins Santé
 MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale
 MSA : Mutualité Sociale Agricole
 MST : Maladies Sexuellement Transmissibles
 PAIO : Permanence d'Accueil, d'Information et d'Orientation
 PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
 PJJ: Protection Judiciaire de la Jeunesse
 PMI : Protection Maternelle et Infantile
 PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
 RSA : Revenu de Solidarité Active
 SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
 SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
 SIUMPPS : Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
 SMUR : Service Mobile d'Urgence et Réanimation
 SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
 UC-CMP : Union des Caisses- Centre de Médecine Préventive
 UDAF : Union Départementale des Associations Familiales
 UNAFAM : Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques