



LITTÉRATURE
& EXPÉRIENCE
en promotion de la
santé

**PRÉCARITÉ,
ACCÈS AUX DROITS
ET AUX SOINS**

**dans un contrat local
de santé**

DES LEVIERS POUR AGIR



**Promotion
Santé**
Grand Est



La collection “Littérature & expérience en promotion de la santé” rassemble les contributions de la littérature, c’est-à-dire les études, recherches et publications scientifiques, et la vision d’acteurs et d’actrices de terrain sur un sujet donné. Cette double lecture vise à permettre un ancrage des actions menées dans les connaissances issues de la recherche et une confrontation de ces dernières aux réalités et aux contextes locaux.

Dans ce document, l’amélioration de l’accès aux soins et aux droits des populations en situation de précarité est abordée. Les leviers d’action identifiés par le terrain et la recherche y sont contextualisés au cadre d’un contrat local de santé (CLS) et des initiatives menées en Grand Est y sont valorisées.

Ce document fait suite à la journée « Santé et précarité : comment agir dans le cadre du contrat local de santé ? » du 4 juin 2024, co-animée par l’Agence régionale de santé Grand Est et Promotion Santé Grand Est, et qui a réuni les personnes en charge de la coordination de CLS en Grand Est et des référent-es CLS de l’ARS Grand Est. Nous remercions l’ensemble des personnes participantes pour la richesse des échanges.

Dans la même collection

- Précarité alimentaire dans un CLS : des leviers pour agir
- Participation & précarité dans un CLS : des leviers pour agir
- Logement & précarité dans un CLS : des leviers pour agir

Utilisation et reproduction

Promotion Santé Grand Est autorise l’utilisation et la reproduction du contenu de ce document, sous réserve de la mention de la source.

Citation proposée

Promotion Santé Grand Est, Précarité, accès aux droits et aux soins dans un contrat local de santé : des leviers pour agir. Laxou : Promotion Santé Grand Est ; 2024. 12 p.

Photographie et illustrations : Canva

DE QUOI PARLE-T-ON ?

Précarité, accès aux droits et aux soins

La littérature montre sans appel que **les populations en situation de précarité sont celles qui connaissent les plus grandes difficultés d'accès aux soins et aux droits, alors même qu'elles présentent des états de santé plus dégradés** (Rode, 2010).

Le non-recours et, plus globalement, les difficultés d'accès aux droits et aux soins, s'expliquent par **une multiplicité de facteurs dépassant les comportements individuels**, et renvoyant notamment à des caractéristiques liées à **l'offre** elle-même ou encore à des effets de **stigmatisation des publics** (Warin, 2016).

Ainsi, le « non-recours » ou le « renoncement » aux soins et/ou aux droits sont des notions qui, le plus souvent, **ne suggèrent pas un « abandon », une décision par choix ou un acte volontaire**. Certains auteurs font une distinction entre « renoncements barrières » (pointant les obstacles) et « renoncements refus » (pointant des préférences, qui peuvent par ailleurs être socialement déterminées) (Revil, 2018).



Précarité, accès aux droits et aux soins dans un CLS

LEVER LES FREINS LIÉS A L'ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE AUX SOINS

Les coûts financiers des soins sont **la première raison des difficultés d'accès aux soins** des personnes en situation de précarité (voir « le Baromètre du renoncement aux soins » réalisé en 2017 ; Revil, 2018). Ces freins financiers s'expliquent par différents facteurs, comme des barrières quant à **l'accès aux droits liées à l'Assurance maladie et à la complémentaire santé** (effets de seuil excluant des publics ayant de faibles restes à vivre de l'éligibilité aux dispositifs nationaux), ou **les réglementations** mises en place et **les systèmes de remboursement** des traitements et des consultations (dépassements d'honoraires par exemple).



RENFORCER L'ACCÈS À L'OFFRE EXISTANTE, VOIRE LA RENFORCER

La structuration de l'offre existante peut restreindre l'accès aux soins et aux droits en raison de problématiques d'**accessibilité physique, géographique et/ou socioculturelle liées à la maîtrise de la langue ou d'un vocabulaire médical** par exemple (voir Warin, 2011). Ces problématiques sont renforcées chez les publics rencontrant des difficultés économiques (délais d'obtention de rendez-vous compliquant la planification financière des soins notamment ; Revil, 2018).

Les délais de rendez-vous, la distance et les coûts de déplacement sont des obstacles soulignés par la littérature, d'autant plus pesants **dans les territoires ruraux et chez les personnes en situation de précarité**, ce qui constitue également un constat récurrent des diagnostics locaux de santé réalisés en Grand Est. **Les barrières linguistiques et la peur de la stigmatisation** aggravent ces difficultés.



DANS UN CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

Les dispositifs d'interprétariat améliorent l'accessibilité socioculturelle à l'offre. En Grand Est, les professionnel·les libéraux - médecins (toutes spécialités), sages-femmes et infirmier·es - peuvent bénéficier d'un service d'interprétariat téléphonique : www.grand-est.paps.sante.fr/service-dinterpretariat-telephonique

Les dispositifs hors-les-murs et les démarches d'aller-vers sont des ressources souvent mobilisées dans les CLS pour améliorer l'accès à l'offre. Leur mise en place doit répondre à des critères qualité (Promotion Santé Grand Est, 2024) :

1. **L'identification des besoins locaux et des modalités de collaboration avec les partenaires** sur le territoire avant l'implantation du dispositif mobile ou hors-les-murs.
2. **La constitution d'un réseau « d'aval »** pour passer le relais avec les partenaires du territoire une fois le dispositif mobile « reparti ».
3. **La vigilance à la non-substitution des acteurs du territoire** par le dispositif et le relais vers ces acteurs.
4. Pour les démarches d'aller-vers : **une démarche relationnelle spécifique** (et la formation à celle-ci en cas de besoin) **et un cadre éthique** (approche non normative et du « faire avec »).

ÇA EXISTE !

- **L'unité mobile de réduction des risques et des dommages (Caarud association Ithaque, Strasbourg)** se déplace en camping-car sur le territoire pour offrir accueil, prévention et soins aux personnes résidant en milieu rural. Le dispositif se fonde sur l'approche "Outreach" qui permet d'adapter les interventions aux besoins des personnes, offrant une alternative aux dispositifs spécialisés, dans le respect de l'anonymat. *(plus de détails p. 10)*
- **La mission mobile de Médecins du Monde (Alsace)** est un dispositif de médiation en santé qui a pour objectif d'accompagner les personnes sans domicile. Elle participe à les identifier, orienter et accompagner pour faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins.
- **Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass)** sont des unités de soins hospitalières à destination des personnes en situation de précarité, qui permettent une prise en charge coordonnée et donnent un accès à des consultations de médecine générale ou spécialisées non facturées. **Dans le cadre d'un CLS, il est important de bien les identifier sur le territoire.** *(plus de détails p. 11)*

RENFORCER LA CONNAISSANCE ET LA VISIBILITÉ DES OFFRES ET DES DROITS PAR LES PUBLICS

La méconnaissance ou le manque de compréhension d'une offre ou d'un droit peut être un motif explicatif des problématiques d'accès chez les personnes en situation de précarité. De même, **la complexité des démarches administratives**, relevée dans différents rapports institutionnels, peut constituer un frein majeur (Chappuis et al., 2017).

Le renforcement de **la « littératie en santé »** constitue à ce titre un levier du renforcement de l'accès aux droits et aux soins (Ferron, 2017). **La littératie en santé est « la capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie ».**

Différents leviers peuvent être activés pour la renforcer chez les personnes en situation de précarité autour de l'accès aux droits et aux soins (Aimé, 2024) :

- **organiser des formations sur le sujet auprès des professionnel·les,**
- **développer des temps d'échanges partenariaux** sur ce sujet,
- **mettre en place des dispositifs de pair-aidance,**
- **créer des environnements physiques et sociaux favorables** à la littératie (qualité de l'accueil ou de l'affichage dans les structures de soins par exemple)
- **faire participer les publics à l'élaboration de supports d'information et de communication** sur l'accès aux droits et aux soins.



DANS UN CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

Il peut être nécessaire de développer des axes au sujet de **la lisibilité des offre existantes**. En outre, **l'accompagnement des personnes en situation de précarité dans leurs démarches administratives** peut être un axe de travail.

ÇA EXISTE !

En Haute-Marne, **le dispositif Accès Personnalisé à la Santé de l'Udaf 52** accompagne moralement et physiquement les personnes dans leurs démarches de soins et les oriente vers les professionnel·les.

AMÉLIORER LE RAPPORT SOIGNANT·E/ SOIGNÉ·E

Plusieurs recherches ont montré que **le déroulé d'une consultation chez un·e professionnel·le de santé varie selon les caractéristiques sociales des patient·es**. Il existe **des déterminants sociaux et relationnels sur la qualité des soins** reçus par les personnes en situation de précarité. Les patient·es issus des milieux populaires sont par exemple moins bien informé·es sur leur maladie par leurs médecins en cas de cancer. De la même manière, l'analyse des données médicales concernant les maladies cardiaques révèle que si la prise en charge hospitalière des patient·es victimes d'un infarctus du myocarde ne varie pas selon leur classe sociale, les parcours de soins avant et après l'infarctus présentent en revanche des variations significatives (Gelly, Pitti, 2016).

Certaines études pointent par ailleurs **les difficultés associées à la prise en en charge de ces publics pour les professionnel·les** (par exemple, réalisation de démarches particulières pour l'obtention de droits, recherches d'informations sur les procédures liées) dans le contexte d'organisations du travail parfois difficiles (rationalisation budgétaire, manque de places hospitalières, etc.) (Boissonnat-Pelsy, Sibue-DeCaigny, 2006, p. 18).



DANS UN CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

Un des axes peut être **la formation des professionnel·les de santé et plus largement des professionnel·les accueillant du public** à l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de précarité.

TRAVAILLER SUR LE RAPPORT AU CORPS

Des études montrent que dans les classes populaires, le rapport au corps est défavorable en matière de santé : **il est moins conscient et médicalisé que dans les classes aisées** (Boltanski, 1971). Plus encore, les conditions d'existence contraignantes auxquelles doivent faire face les publics en situation de précarité induisent un rapport au corps et aux soins souvent relégué « au second plan » : **la précarité économique et la nécessité de faire face aux problèmes du quotidien sont considérés comme prioritaires par rapport aux besoins de santé**, notamment chez les publics en situation de grande précarité (Bounaud, Texier, 2017).



DANS UN CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

Ces éléments peuvent être pris en compte à travers **la flexibilité des missions des dispositifs faisant l'objet de fiches-action**. Cela permet de ne pas se concentrer exclusivement sur une pathologie spécifique, mais de prendre en considération la multiplicité des problématiques rencontrées par la personne. En outre, les actions réalisées auprès des personnes en situation de précarité nécessitent de **prendre du temps**. Elles impliquent aussi de ne pas avoir une injonction ou une pression quant à un nombre de consultations à réaliser ou de patient·es à voir.

ÇA EXISTE !

- **A Nancy, le réseau Solène** effectue des préconsultations ophtalmologiques pour les personnes en situation de précarité, avant de les orienter vers des spécialistes ou des opticiens selon les besoins. Ces rencontres peuvent mener à d'autres orientations médicales et nécessitent du temps pour établir une relation avec la personne. (*plus de détails p. 11*)
- **Le centre de santé publique et sexuelle du Sud Meusien** regroupe plusieurs structures en un lieu unique (*plus de détails p. 11*), permettant ainsi, lors d'un seul rendez-vous, d'aborder les questions d'accès aux droits, de proposer des dépistages si nécessaire, ou de consulter sur des sujets relatifs à la contraception.
- **Dans le dispositif Accès Personnalisé à la Santé de l'Udaf 52** (*cité en p.6*), à partir de besoins ciblés par les professionnel·les (prendre un rendez-vous chez le cardiologue par exemple), l'accompagnement peut amener à prioriser d'autres demandes de la personne dans le but d'améliorer sa situation globale (comme acheter un téléphone, ce qui constitue une porte d'entrée vers la réalisation future de démarches d'accès aux soins et aux droits).

Précarité, accès aux droits et aux soins dans un CLS

AMÉLIORER LE REPÉRAGE DES PUBLICS EN SITUATION DE NON- DEMANDE

Les professionnel·les sont souvent confronté·es à la difficulté du repérage des personnes éloignées du soin et du droit commun, non connues des services existants.

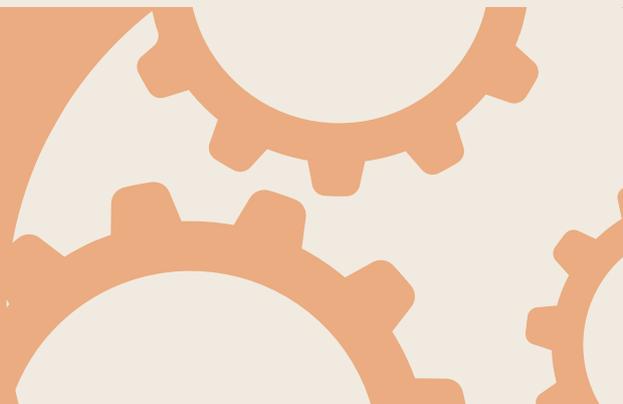


DANS UN CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

Les actions de maraude permettent de repérer des publics qui pourraient bénéficier d'un accompagnement, mais aussi de faire émerger une demande, d'évaluer et d'orienter les personnes. **Un travail collaboratif avec d'autres acteurs, comme les maires et les forces de l'ordre**, peut également être mené.

Ensuite, la mise en lien avec **les services intégrés d'accueil et d'orientation** (SIAO) semble une ressource clé pour améliorer le repérage des publics. Elle permet leur orientation vers les ressources du territoire mais aussi d'apporter une expertise pour la suite du parcours.

Tous ces acteurs sont à mobiliser dans le cadre des contrats.



POUR APPROFONDIR : SYNTHÈSE DES EXEMPLES D'INITIATIVES ET ACTIONS CITÉES

Les professionnel·les sont souvent confronté·es à la difficulté du repérage des personnes éloignées du soin et du droit commun, non connues des services existants.

Équipe mobile de réduction des risques et des dommages (Bas-Rhin)

L'unité mobile de réduction des risques et des dommages (RDRD)* est un espace d'accueil, de prévention et de soins, toutes addictions. L'équipe se déplace au plus proche des personnes résidant en milieu rural. Elle est rattachée au Centre d'Accueil et d'accompagnement à la Réduction des Risques (Caarud) de l'association Ithaque à Strasbourg.

L'équipe est constituée d'infirmier·es et d'un·e travailleur·se social·e, qui se déplace en camping-car dans toute l'Alsace du Nord et la vallée de la Bruche. Le camping-car est spécialement aménagé pour accueillir un public et délivrer du matériel de réduction des risques. Sont disponibles à son bord, des outils pour proposer du dépistage (TROD, fibroscan), des soins (pansements, équipement visio pour télé-médecine) et de l'accompagnement dans les démarches sociales (ordinateur, Wifi, imprimante).

L'approche par "l'Outreach" ou "l'aller-vers" permet d'être au plus près des pratiques, des contextes, des personnes et de leur vécu. Ainsi l'équipe adapte ses modes d'intervention au profil et aux besoins de chacune des personnes rencontrées et offre une réponse alternative face à la difficulté de se rendre dans un dispositif spécialisé souvent très éloigné.

Les personnes sont accueillies gratuitement dans le strict respect de leur anonymat.

* Extrait du site internet : <https://www.ithaque-asso.fr/antenne-mobile-en-alsace-du-nord>

Centre de Santé publique et sexuelle du Sud Meusien

Le centre est le regroupement de plusieurs dispositifs, dans l'idée d'en faire un guichet unique : PASS, CeGIDD, consultation médico-judiciaire, consultations de sexologie, centre d'accueil des femmes victimes de violences, centre de planification, bilan pour les personnes migrantes.

L'équipe est composée d'une IDE, d'une accompagnatrice santé et d'un médecin.

Le système de guichet uniquement permet une grande flexibilité dans la prise en charge des personnes, qui peuvent, en une seule et même rencontre, bénéficier des différents services selon leurs besoins.

Permanences d'Accès aux Soins de Santé (Pass)*

Les Pass assurent, pour les personnes en situation de précarité rencontrant une problématique, une prise en charge coordonnée (médicale, sociale et infirmière) et un accompagnement à chaque étape du parcours de soins. Elles peuvent recourir à l'interprétariat professionnel en santé.

Chaque Pass dispose d'un accès au plateau technique de l'hôpital de proximité (pharmacie, biologie, radiologie, etc.) et travaille en réseau avec les partenaires intra et extrahospitaliers – associatifs et institutionnels – de son territoire.

L'équipe de la Pass adapte sa prise en charge à la situation du patient et à son environnement. Dès que cela est possible, elle réoriente la personne vers les acteurs « classiques » du système de santé.

À noter : les missions, moyens et organisation des Pass sont encadrés par une instruction ministérielle en date du 12 avril 2022

Dispositif Solène

Le dispositif Solène permet la réalisation de pré-consultations ophtalmologiques auprès de personnes en situation de précarité. Suite à la pré-consultation, les patients sont, en cas de besoin, orientés vers un ophtalmologue/opticien en fonction des besoins repérés.

* Extrait de la plaquette de présentation des Pass du Grand Est

Précarité, accès aux droits et aux soins

- Aimé, J. (2024). Littér'agir sur les addictions : Guide pratique et recommandations. Promotion Santé Grand Est.
- Boissonnat-Pelsy, H., & Sibue-DeCaigny, C. (2006). Accès aux soins des populations défavorisées : la relation soignant-soigné. *Laennec*, 54, 18-30. <https://doi.org/10.3917/lae.062.0018>
- Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Les Annales E.S.C.*, 26, 205-233.
- Chappuis, M., Le Bihan, Y., & Tomasino, A. (2017). Le difficile accès aux soins des personnes en situation de grande précarité en France : les constats de Médecins du Monde. *Après-demain*, 42(NF), 3-5. <https://doi.org/10.3917/apdem.042.0003>
- Chauveaud, C., Rode, A., & Warin, P. (2008). Le non-recours aux soins des actifs précaires. Rapport scientifique final pour l'Agence Nationale de la Recherche, Programme Santé Environnement – Santé Travail.
- Geeraert, J., & Rivollier, E. (2014). L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. *Soins*, 790, 14-18.
- Gelly, M., & Pitti, L. (2016). Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. *Agone*, 58, 7-18. <https://doi.org/10.3917/agone.058.0007>
- Pierre, A., & Rochereau, T. (2019). L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne (EHIS). *Questions d'économie de la santé*, 268, mai.
- Revil, H. (2018). Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire. *Regards*, 53, 29-41. <https://en3s.fr/articles-regards/53/Revil.pdf>
- Warin, P. (2011). Le non-recours par désaccord. Welfare stigma et catégorie du non-recours. Dans *Usagers ou citoyens ?* (pp. 115-136).





**LITTÉRATURE
& EXPÉRIENCE**
en promotion de la
santé

PRÉCARITÉ, ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

dans un contrat local de santé

DES LEVIERS POUR AGIR

La collection "Littérature & expérience en promotion de la santé" rassemble les contributions de la littérature, c'est-à-dire les études, recherches et publications scientifiques, et la vision d'acteurs et d'actrices de terrain sur un sujet donné. Cette double lecture vise à permettre un ancrage des actions menées dans les connaissances issues de la recherche et une confrontation de ces dernières aux réalités et aux contextes locaux.