

Rencontre nationale
des ASV et projets
territoriaux de santé

le 1^{er} juin 2017 à Lyon

LES PARCOURS DE SANTÉ

QUELLE RÉALITÉ DANS LES TERRITOIRES?



AVANT- PROPOS

Le parcours de santé est une notion de plus en plus convoquée par les acteurs du système de santé : face en particulier à l'augmentation des maladies chroniques et des affections de longue durée, elle répond au besoin de **repenser l'intervention sanitaire et sociale de manière plus articulée** et dans le sens d'une **meilleure coordination des prises en charge autour de l'utilisateur/patient**. L'enjeu est de décloisonner et d'amener les professionnels des champs médico-sociaux à mieux travailler ensemble au service des personnes, démarche de décloisonnement que les Ateliers santé ville puis les contrats locaux de santé portent déjà sur leurs territoires dans le champ de la promotion de la santé.

Vecteur d'un enjeu de transformation du système de santé, ce concept est devenu structurant dans les politiques de santé, notamment au niveau régional, avec les Agences régionales de santé comme leviers d'impulsion et d'organisation sur les territoires. Aussi, les projets régionaux de santé dont la deuxième génération est en cours d'élaboration mobilisent à l'unanimité cette logique de parcours, parfois reprise dans les contrats locaux de santé dans les collectivités.

Alors que le parcours de santé s'attache à **pallier les ruptures organisationnelles du médico-social, qu'en est-il sur les territoires, tant pour les acteurs de terrain que pour les habitants ?** Dans les quartiers où les difficultés sociales amplifient les problèmes de santé, comment prendre en compte les ruptures sociales dans les parcours de santé ? Plus encore, les difficultés médico-sociales des personnes se cumulent sur certains territoires avec des problématiques telles que le difficile accès aux droits ou aux services publics et le déficit de l'offre de premier recours, pivot du parcours. **Comment le territoire peut-il alors mobiliser des ressources pour rendre effectif les parcours de santé des personnes ?**

Pour y réfléchir collectivement, un temps de rencontres et d'échanges a été proposé par Fabrique Territoire Santé le 1^{er} juin 2017 à Lyon autour du parcours de santé dans ces territoires, avec une attention particulière aux ruptures sociales et aux perceptions des habitants.

SOMMAIRE

6	OUVERTURE
18	LE PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE: DU CONCEPT À L'OPÉRATIONNALISATION
44	PARCOURS SOCIAL : UN CONCEPT ÉMERGENT?
60	LE PROJET TANDEM : UN ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISÉ AUX USAGERS DE SANTÉ EN SITUATION COMPLEXE
80	ATELIER 1 - LA MÉDIATION DANS LES PARCOURS DE SANTÉ : AGIR AUX INTERSTICES DU SOCIAL ET DU SANITAIRE
110	ATELIER 2 - PARCOURS DE SANTÉ ET RUPTURES DE CONNEXION NUMÉRIQUE ET HUMAINE
136	ATELIER 3 - LA PLACE DES STRUCTURES DE PREMIER RECOURS DANS LES PARCOURS DE SANTÉ SUR LES TERRITOIRES
162	ATELIER 4 - JEUNES ET SANTÉ : PARCOURS ÉDUCATIF DE SANTÉ
186	ATELIER 5 - PARCOURS DE SANTÉ ET PERSONNES EN GRANDE VULNÉRABILITÉ
220	CLÔTURE
224	LISTE DES ABRÉVIATIONS
228	BIBLIOGRAPHIE



OUVERTURE

Didier Febvrel,

Président, Fabrique Territoires Santé
(ex-Plateforme nationale de ressources des Ateliers santé ville)

Céline Faurie-Gauthier,

Conseillère municipale déléguée aux hôpitaux,
à la prévention et à la santé, ville de Lyon

⇒ Didier Febvrel

Bonjour à toutes et à tous. Je suis très heureux d'ouvrir les travaux de cette nouvelle et troisième rencontre nationale des Ateliers santé ville (ASV) et des projets territoriaux de santé, en tant que tout nouveau président, depuis le mois de mars, de la Plateforme nationale de ressources des Ateliers santé ville qui, et j'y reviendrai très précisément à la fin de mon propos, s'appelle maintenant Fabrique Territoires Santé.

Je suis très heureux aussi d'être à Lyon. Merci, Madame Céline Faurie-Gauthier, conseillère municipale, de nous accueillir au nom de la ville de Lyon, sur un sujet qui vous tient certainement à cœur dans l'exercice de votre mandat. Je remercie aussi notre partenaire le CR-DSU, le centre de ressources politique de la ville de la région Auvergne-Rhône-Alpes, et en particulier Mesdames Frédérique Bourgeois et Marion Pollier, qui est par ailleurs administratrice de notre association, pour leur implication dans l'organisation de cette journée. Merci aux institutions qui ont soutenu et participé à l'organisation de cette journée, comme l'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes, la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS) Auvergne-Rhône-Alpes et la préfecture du Rhône. Je voudrais remercier aussi nos financeurs pour leur soutien, que j'espère durable et à la hauteur de nos ambitions, le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET), Santé publique France, la Direction générale de la santé et bien sûr, nos adhérents, par leur cotisation.

Je remercie particulièrement et chaleureusement le Collectif santé d'Auvergne-Rhône-Alpes, animé par le CR-DSU, qui regroupe des acteurs de terrain locaux dans le champ de la santé et de la politique de la ville, que ce soit dans des ASV, des contrats locaux de santé (CLS) ou des conseils locaux de santé mentale (CLSM), etc., qui ont contribué à définir la thématique de cette journée ainsi que celles des ateliers de l'après-midi. Un certain nombre d'entre eux va animer les ateliers, et quelques-uns sont adhérents de notre association. C'est une autre manière de s'y impliquer. Et puis merci aux administrateurs de la Fabrique, et puis bien sûr, pour finir merci à Catherine Bernard et Clémentine Motard, l'équipe salariée de l'association. Sans elles, cette journée n'aurait pas pu se tenir.

Je vais aussi remercier Monsieur Cled' 12. C'est un dessinateur qui va agrémenter cette journée par des dessins.

Tenir une rencontre nationale sur le thème du parcours de santé et de leur réalité dans le territoire, c'est quand même assez logique pour les acteurs des ASV, ou même pour tout fabricant de démarches territoriales de santé. Cela concerne l'articulation, la coordination des interventions dans les champs de la santé et du social, la recherche des décloisonnements, des synergies, des points de convergence, en étant au plus près des besoins et de la vie des personnes, quel que soit leur statut (habitants, usagers, patients et même impatients). C'est ce qui porte les ASV mais aussi les CLS et les CLSM dans les territoires, et d'autres dynamiques ou démarches territorialisées de santé.

De surcroît, vous savez que l'élaboration actuelle des projets régionaux de santé des ARS se structure autour de ces leviers, parcours de vie, parcours de santé, parcours de soins. Aussi, il nous a semblé important d'y réfléchir et de construire cette journée autour des questions élaborées par ce groupe de travail, qui nous amènent à penser ensemble et qui sont assez claires. Le parcours de santé vise à faire des ponts, à pallier les ruptures organisationnelles du médico-social, mais est-ce bien une réalité sur les territoires, tant pour les acteurs de terrain que pour les habitants? Dans les quartiers où les difficultés sociales se cumulent aux problèmes de santé, comment les acteurs peuvent-ils prendre en compte les ruptures sociales dans leur approche? Comment ça se fabrique sur le territoire en termes de mobilisation de ressources? Comme vous le voyez, nous ne perdons pas non plus un des socles de notre existence, qui est la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé.

Je n'en dis pas plus, parce que vous allez y travailler toute la journée. Ce n'est donc peut-être pas nécessaire d'en rajouter. Juste pour dire quand même que les produits de vos cogitations apporteront un éclairage supplémentaire sur ces parcours, qui sont moins simples à fabriquer ou à concevoir qu'on ne le pense. Je vais peut-être m'attarder un petit peu plus sur la transformation, le changement de la Plateforme nationale de ressources des Ateliers santé ville en Fabrique Territoires Santé.

La Plateforme nationale de ressource des Ateliers santé ville existe depuis 2012. Mais cela fait à peu près 15 ans que les démarches ASV ont été implantées dans les quartiers politiques de la ville, avec les succès et les difficultés que l'on connaît bien. Le succès des ASV est surtout d'avoir démontré l'importance d'ancrer les questions de santé dans les politiques publiques de la ville, au niveau local et au niveau national, puis d'ancrer la santé dans toute politique publique, quelle qu'elle soit. Nous, les acteurs de la promotion de la santé, comme je nous définis, devons beaucoup à cette démarche, qui a construit un modèle, avec

en particulier la nécessité de coordination et d'animation de cette dynamique territoriale de santé que constitue un ASV. Cela a aussi été un creuset de formation et de qualification professionnelle, dont nous devons prendre en compte la dimension pour l'avenir. Les gens de ma génération, proches de la retraite, sont certains maintenant qu'il existe des compétences et des capacités qui sont prêts à nous succéder. Et c'est tant mieux. À condition que les institutions et les politiques prennent bien en compte cette réalité.

Plus que cela, la démarche ASV a contribué grandement à la promotion d'une culture et d'une approche des questions de santé en lui donnant l'ampleur opérationnelle qu'elles méritaient. Elle a enfin permis aux collectivités territoriales de construire la légitimité à intervenir dans ce domaine réputé régalien et de comprendre que les leviers de la qualité de vie et de la santé résidaient aussi dans d'autres politiques publiques sur lesquelles elles avaient la main. La Plateforme est venue conforter cette démarche, avec la nécessité d'offrir des ressources pour viser une homogénéité de démarches qui sont très diverses et parfois hétérogènes.

Disons de manière simple que les ASV ont grandi et qu'il est temps pour la Plateforme de passer à la dimension Fabrique. Notre nom maintenant est Fabrique Territoires Santé. Parce que la question de construire des dynamiques territoriales a pris une importance majeure par le biais de nombreux dispositifs, démarches, ASV, CLS, CLSM, etc; et qu'elle se conjugue à une reconfiguration des territoires. C'est bien-sûr ceux de la politique de la ville, qui reste un socle fondateur pour Fabrique Territoires Santé. Car ce n'est pas parce que nous changeons de nom que nous quittons les quartiers politique de la ville, loin de là. Mais nous l'élargissons plus largement à ceux où l'on retrouve aussi de la vulnérabilité, notamment en milieu rural.

Nous avons donc décidé de nous mettre au service de tous ceux et toutes celles qui sont parties prenantes dans la fabrique de démarches territorialisées de santé, quels que soient leur rôle, leur statut ou leur territoire. À celles et ceux qui, sur leur territoire, coordonnent des démarches, pilotent des programmes, aspirent à influencer les déterminants de santé et à améliorer la santé des populations, et plus particulièrement celle des plus précaires. À celles et ceux qui sont soucieux des personnes, de leur qualité de vie, du renforcement de leur pouvoir d'agir, en affirmant aussi que la préservation de la santé n'est pas qu'une seule question de comportements individuels, mais qu'il y a aussi des déterminants sociaux et territoriaux. À celles et ceux qui agissent dans

le champ de la santé et dans la promotion de la santé, dont la réduction des inégalités sociales de santé et l'inscription de la question de santé dans toutes les politiques publiques sont les fondements de leur action. Et même s'ils agissent dans un secteur différent de celui de la santé, ils ont la conviction que leur action, dans leur secteur, a un effet favorable sur la santé et le bien-être.

En résumé, il s'agit de toutes celles et tous ceux qui se reconnaissent dans le terme de fabricants de démarches territorialisées de santé. Fabrique Territoires Santé cherche à satisfaire le besoin de partage d'expériences, d'interrogation, d'analyse entre fabricants de dynamiques et de démarches, en offrant la possibilité de faire corps pour défendre les engagements et les convictions, mais aussi en étant réceptacle, relais de force de proposition et promoteur d'une dynamique collective. Elle vise aussi à permettre aux habitants des territoires d'être acteurs de leur santé et à mobiliser toutes les ressources au bénéfice des territoires les plus en difficulté. En s'appuyant sur l'expérience accumulée qui nous a permis de fabriquer des démarches territorialisées de santé, à l'instar des ASV, cela exige une démarche projet, une construction de partenariats, de réseaux, une participation des habitants, une territorialisation de l'action et une coordination. Cette dynamique doit apporter, bien sûr, une plus-value aux habitants, mais aussi aux professionnels, aux politiques publiques et aux institutions.

Fabrique Territoires Santé est en quelque sorte une plateforme nationale de ressources des démarches territorialisées de santé. Ses ambitions sont de faire du lien, donner la possibilité d'être relié, de rassembler les énergies et les initiatives, de constituer un réseau national référent pour les acteurs locaux, régionaux et nationaux. Ce n'est pas une ambition nouvelle. C'était déjà l'ambition de la Plateforme, donc nous ne faisons que poursuivre cette ambition-là, pour mieux nous connaître, partager des savoirs et de l'expérience, échanger des pratiques et des réflexions, et pour cela, utiliser tous les moyens qui facilitent ce maillage, des rencontres comme aujourd'hui, des journées d'échanges de pratiques, sites Internet, newsletters, forums, etc. Il est question de favoriser et de renforcer la qualité des programmes et des projets menés sur les territoires, en poursuivant le travail de capitalisation des démarches, des dynamiques, des outils, des méthodes et des actions, en facilitant l'accès à l'information ressource nécessaire à leur fonctionnement, en diffusant les acquis en termes de démarches qui fonctionnent, comme ceux des ASV et d'autres encore, et les connaissances de situations sanitaires et sociales des territoires, en soutenant les échanges de pratiques et d'ana-

lyse à l'échelle nationale, régionale ou interrégionale, en contribuant à la réflexion sur la promotion de la santé et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Cela peut aussi constituer une force de proposition de ressources pour la recherche, l'innovation et l'expérimentation, dans le cadre de ces démarches territorialisées, et pour construire et produire des plaidoyers pour une conception ouverte de la promotion de la santé sur les territoires. Comme vous le voyez, c'est simplement poursuivre le fil rouge tracé par la Plateforme nationale des ressources des Ateliers Santé Ville, et de l'ouvrir à d'autres acteurs et d'autres démarches du même registre.

Cette Fabrique, et je vais terminer par cela, est pour vous. Elle est ce que vous en ferez et ce que nous en ferons. C'est assez facile à dire, c'est presque banal. Mais je vais même aller plus loin en inscrivant son futur dans la logique du don, c'est-à-dire donner, recevoir et rendre. Nous pouvons rajouter la convivialité. Je suis un peu convivialiste, à la base. La Fabrique fera son possible pour vous, pour vous pourvoir en ressources, dans la mesure de ses moyens, bien sûr. Vous, en retour, que pouvez-vous faire ? Vous pouvez adhérer. Adhérer, cela veut dire que vous vous impliquez dans la vie de la Fabrique. Ce n'est pas nécessairement aller au bureau ou au conseil d'administration. Cela peut être simplement de soutenir cet engagement, parce qu'il nous paraît essentiel. Avoir des adhérents, c'est aussi montrer qu'il y a un engouement pour une façon de penser et d'organiser les choses. Comme je l'ai dit, on ne peut pas se contenter de regarder se produire partout des démarches sur les territoires sans chercher à les fédérer, et en laissant ceux qui les fabriquent seuls face à leur destin. De nombreuses personnes font des choses sur les territoires, et il faut leur donner la possibilité de se retrouver et échanger ensemble. Vous pouvez aussi, comme cela a été le cas pour cette rencontre, vous impliquer dans la conception de rencontres. Vous pouvez aussi donner à la Fabrique vos expériences à partager, à valoriser, etc. En retour, il y aura, d'une certaine manière, le sentiment de participer à une démarche collective de construction de politiques locales en faveur de la santé des personnes, des individus, des citoyens, des habitants, des usagers, etc., de la réduction des inégalités de santé et même du développement durable, par la mobilisation d'autres secteurs déterminants pour la santé.

Je termine en faisant une mention spéciale à Catherine Richard, qui semble très heureuse que cette histoire continue. Je vous souhaite donc une très bonne journée et je vais tout de suite donner la parole à Madame Céline Faurie-Gauthier, conseillère municipale de la ville de Lyon.

⇒ Céline Faurie-Gauthier

Merci. Monsieur le Président, dans le cadre du convivialisme, si vous me le permettez, je vais sortir un peu du cadre protocolaire qui nécessiterait que je remercie tout le monde, comme vous l'avez fait largement. Je vais simplement vous souhaiter à tous la bienvenue.

Je sais que vous venez des quatre coins de la France. Je suis très heureuse que ces rencontres se déroulent à Lyon. Nous vous accueillons ici, au sein même d'un quartier important en politique de la ville à Lyon, le quartier des États-Unis, qui comprend 13 000 habitants. Quelques mots sur Lyon : c'est une grande ville de 500 000 habitants, dans une métropole de 1,3 million d'habitants, qui est plutôt dynamique économiquement et qui a plutôt le vent poupe. Mais elle n'échappe pas à ce que vivent évidemment toutes les villes de France, c'est-à-dire une certaine inégalité sur les territoires, et une inégalité en matière de santé. C'est pourquoi, bien entendu, un de nos objectifs est de tout faire pour réduire ces inégalités. Parce qu'une ville ne va très bien que si l'ensemble de ses territoires vont bien. C'est donc un des enjeux de notre contrat local de santé, que nous avons signé avec l'ARS, pour nos neuf quartiers qui sont en politique de la ville (à peu près à 35 000 habitants) et nos onze quartiers qui sont en veille active. Cette articulation entre le contrat de ville et le CLS est assez déterminante, parce qu'elle permet de réunir l'ensemble des acteurs, que vous êtes tous ici, autour d'un diagnostic commun et d'objectifs.

Nous sommes à peu près à mi-parcours de notre CLS. Ces journées vont justement nous permettre de rebondir grâce à un certain nombre de vos échanges, et sur ce thème qui est extrêmement fondamental, le parcours de santé, dont on parle depuis des années, mais qu'on espère voir un jour réellement en place.

Cela fait écho, pour ce qui concerne la ville de Lyon, à deux démarches. Quand je suis arrivée comme élue à la prévention santé, en 2009, la première question que j'ai posée était finalement de savoir quelle était la santé des Lyonnais. C'est une question qu'on se pose quand on est une collectivité ville, puisque, comme vous le savez, on n'a pas réellement la compétence en matière de santé, et nous n'avons pas non plus beaucoup de moyens. Il est donc important de bien cibler les actions que l'on veut mener. Nous avons donc mis en place un observatoire avec les services de la ville qui sont présents aujourd'hui. Cet observatoire nous permet aujourd'hui d'identifier les territoires qui sont vraiment en difficulté, l'état de santé de ces territoires de manière très précise, avec un certain

nombre d'indicateurs, et de voir l'ensemble de leurs problématiques de santé, les maladies qui sont les plus représentées. On est aussi capable de comprendre comment fonctionne la consommation de soins, si les généralistes sont plus ou moins utilisés par les habitants, si les spécialistes le sont ou pas. Il y a tout un travail qui a été mené et qui nous permet ensuite de bien cibler nos actions.

Ce n'est pas un observatoire que nous avons mené seuls, à la ville de Lyon. Nous sommes 90 partenaires autour de la table pour définir les indicateurs et ensuite les interpréter. Nous avons des professionnels de santé, des associations, des habitants, qui partagent avec nous l'interprétation de ce que nous avons comme matière. C'est extrêmement important. Ensuite, à partir de ces données, nous mettons en place des actions. C'est là que nous sommes dans la seconde démarche, qui est absolument essentielle dans nos quartiers : les ASV. Ils travaillent avec l'ensemble des acteurs habituels, les acteurs sociaux, les médico-sociaux, les habitants, l'ensemble des partenaires du quartier. J'insiste sur les habitants, parce qu'il est évident que si les habitants ne prennent pas eux-mêmes conscience de l'importance de la santé, nous pouvons tout faire, il ne se passera rien de réellement efficace et pérenne sans eux.

À Lyon, les ASV ont été mis en place depuis 2003. Nous avons deux coordinatrices santé, que je salue : Carène Labry et Maryse Arthaud. Nous mettons en place des actions de promotion de la santé, dont je vais juste donner quelques exemples. Nous avons décidé de développer ce qu'on appelle la médiation santé, qui est installée dans chaque quartier politique de la ville, avec des médiatrices santé qui font justement un travail d'accompagnement entre, pour faire simple... le fait d'aller chez le médecin ou l'assistante sociale. Parfois, on se perd un peu parce que c'est compliqué quand on est loin du soin. C'est vrai que parfois, il faut que quelqu'un donne un coup de main. Nous avons donc ces métiers-là, qui sont un peu particuliers, mais qui sont proches des habitants. Au départ, ce sont des habitants qui parlent à des habitants. Ils accompagnent les personnes à la fois vers l'accès aux droits et aux soins.

Nous avons également deux projets de maisons de santé pluriprofessionnelles. C'est très compliqué à mettre en place dans une ville, parce que le foncier est extrêmement cher. C'est vrai que c'est sans doute quelque chose un peu plus complexe qu'en zone rurale. Mais c'est extrêmement important aussi, étant donné que nous avons, dans ces quartiers, hélas, des difficultés à maintenir la présence de professionnels de santé. Il faut donc donner les moyens de leur présence. Nous y travaillons donc. Bien entendu aussi, et on en parlait avec les représentants

des usagers, il y a le travail sur le lien ville – hôpital, notamment avec tous les blocages liés aux problèmes de langue.

Nous avons aussi des temps de coordination santé pour favoriser les parcours de santé, des rallyes santé qui ont été mis en œuvre avec des mères de famille dans le quartier, pour un premier contact avec les structures de quartier. Certes, il y a une population qui vient dans les structures, mais si on ne travaille qu'avec les structures, on ne voit qu'une partie de la population, alors que l'important est d'aller chercher ceux que l'on ne voit jamais.

Enfin, nous organisons des ateliers de promotion de la santé pour et avec les jeunes. Parce que c'est aussi une population assez éloignée de la santé et du soin, parce qu'elle se pense en bonne santé. Je pense aussi aux dépistages organisés du cancer du sein, avec des démarches un peu particulières. Parce qu'il ne suffit pas non plus d'envoyer un papier aux femmes qui ont plus de 50 ans pour qu'ensuite, tout se passe bien. Il faut au contraire avoir une démarche de rencontre, pour faire en sorte que du papier, on passe à l'acte. Nous sommes aussi attentifs à tous les outils qui sont proposés par l'ARS aux associations. Je pense notamment au service Tandem, qui est piloté par le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) Auvergne-Rhône-Alpes, et qui propose justement, avec des personnes référentes, d'accompagner les personnes malades dans des parcours de santé. C'est un outil extrêmement important qu'on utilise dans les ASV.

Je vais être très courte et je vais juste terminer en vous disant que je suis convaincue que cette journée va enrichir l'ensemble des réflexions et donc, nos pratiques dans nos quartiers et dans nos ASV, avec bien entendu, toujours en ligne de mire, ce que nous avons comme objectif, de réduire ces inégalités sociales et territoriales. Je vous souhaite donc une très bonne journée d'échanges et une très bonne journée à Lyon.

⇒ **Didier Febvrel**

Merci beaucoup, Madame. Vous nous avez proposé effectivement ce qui se fait au niveau des ASV. C'est cela, l'objet de la Fabrique. Parce qu'en fait, finalement, on s'aperçoit, que ce soit à Marseille, Bordeaux ou Toulouse, Nantes, Rennes, Strasbourg, Paris, etc. que sur les mêmes thématiques, la médiation santé par exemple, on essaie tous de faire quelque chose. La Fabrique est là pour dire que ceux qui font des choses doivent les partager. Parce que finalement, nous essayons de nous dé-

brouiller, de fabriquer de la santé localement. Nous savons en plus que ces fabriques-là ne se font presque que dans le local, elles sont certes particulières, mais elles ont aussi beaucoup en commun.

Merci beaucoup, je vais passer maintenant la parole à Arnaud Wiehn, qui va avoir l'honneur et la charge d'animer la matinée de plénière.

⇒ **Arnaud Wiehn,**
Vice-président, Fabrique Territoires Santé

Bonjour à tous. Merci d'être venus si nombreux. Je m'appelle Arnaud Wiehn, je suis depuis peu vice-président de la Fabrique. Par ailleurs, je suis chargé de projet au sein de l'IREPS Nouvelle Aquitaine.

Je crois que le cadre a été bien posé. Maintenant, nous allons laisser la place à des experts. Ce sont des experts chercheurs, des experts citoyens, des experts usagers, représentants d'usagers qui vont, j'en suis sûr, nous permettre d'éclairer un peu cette notion de parcours, et de la raccrocher à des enjeux de santé, à des enjeux sociaux et à la réalité des trajectoires individuelles.

Je vous présente Madame Marie-Aline Bloch. Vous êtes professeur à l'École des hautes études en santé publique (EHESP). Je vois aussi que vous contribuez à un collectif de recherche sur le handicap et l'autonomie, pour une société inclusive. Vous allez donc parler du parcours de santé et de vie, du concept à l'opérationnalisation. Je vous laisse la parole, et je vous remercie d'être venue et d'avoir répondu à l'appel de la Fabrique.



LE PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE DU CONCEPT À L'OPÉRATION- NALISATION

⇒ **Marie-Aline Bloch,**
professeur de l'EHESP, EA 7348 MOS, Collectif de recherche
sur le handicap et l'autonomie pour une société inclusive

Je vais effectivement vous parler des parcours. Je m'occupe, à l'EHESP, de conduire des travaux de recherche sur ce sujet-là, et aussi de donner des enseignements autour des questions de pilotage territorial. Je pense que ce sont des sujets que nous allons évoquer aujourd'hui, de diagnostic territorial, autour de l'amélioration des accompagnements, des soins pour les personnes que je qualifie en situation « chronique », qui ont besoin dans la durée d'accompagnements. Ce dont je vais vous parler est recensé dans deux ouvrages : le premier, nous l'avons publié avec ma collègue Léonie Hénaut, qui est sociologue, *Coordination et parcours*. J'ai publié un autre ouvrage, l'année dernière, avec deux autres collègues, Jean-René Loubat, qui est d'ailleurs lyonnais, et Jean-Pierre Hardy, sur les plateformes de services. Je vais commencer mon exposé en essayant de vous donner quelques définitions, resituer un peu ces concepts, qui sont des concepts parfois un peu flous. Ensuite, je vous montrerai en quoi la manière dont se sont développées les politiques publiques ne donne pas forcément une vision claire des choses, voire a pu complexifier le paysage. Je terminerai sur comment, finalement, quand on parle de parcours, on peut envisager les choses très concrètement. Je vous donnerai un certain nombre d'ingrédients.

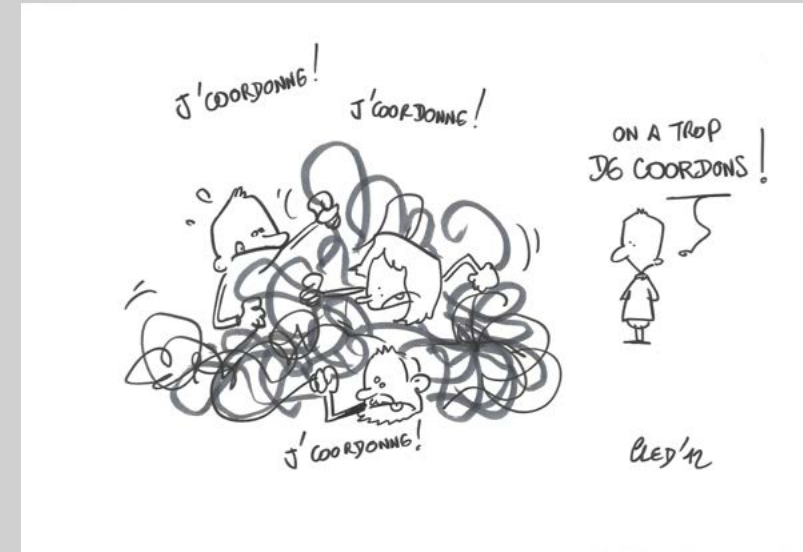
Les concepts mobilisés autour des parcours de santé

Je prends l'exemple d'une personne âgée, mais cela pourrait être la même chose pour un jeune. C'est une personne qui a un certain nombre de besoins, besoin de prévention, besoin de soins, besoin d'accompagnement, besoin de participation sociale, besoin d'accessibilité, qu'elle soit physique ou sociale, et besoin d'un environnement qui soit autant que possible favorable à la santé. Face à tous ces besoins, il existe un certain nombre de services, de structures de droit commun, spécialisés dans les champs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, de tous les domaines de la vie. Nous voyons que cela fait un nombre important de services qui se sont créés au fil du temps : infirmiers libéraux, médecins libéraux, accueil de jour, CCAS, CLIC, plateforme de répit, SSIAD, HAD, Mairie, MDPH, Aide à domicile, Caisse de retraite, associations de malades, Samu, etc. En France, on a rarement supprimé des choses, on a plutôt tendance à en rajouter, avec des disparités selon les territoires. On parlait d'inégalités, tout à l'heure, notamment. Nous

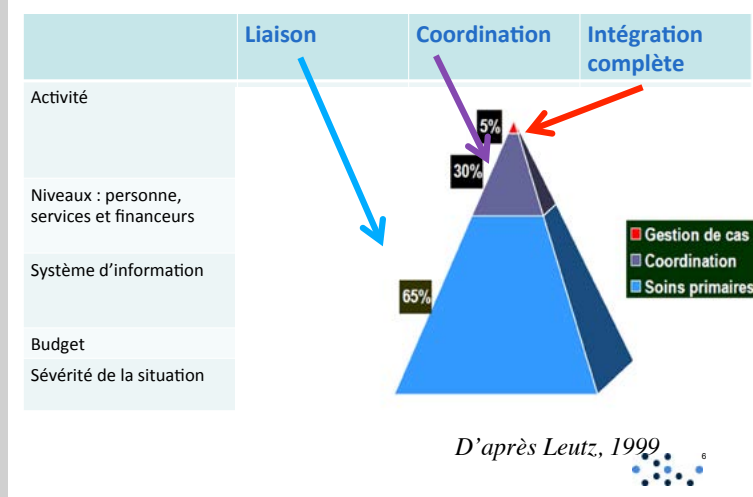
avons des disparités territoriales, avec des territoires qui sont très bien pourvus, peut-être parfois trop, et d'autres territoires, au contraire, où nous manquons cruellement de certains services.

Ce problème de coordination, de mise en cohérence de tous ces services n'est pas nouveau. Cela pose un problème à plusieurs niveaux, et d'abord celui des personnes elles-mêmes et de leur entourage. Il y a des problèmes d'accès aux services, des problèmes de fragmentation de l'offre, de manque de visibilité. Qui fait quoi? C'est assez compliqué. Il y a des problèmes de redondance d'évaluation, d'attente, de délai. Pour l'entourage, cela peut être aussi épuisant. Il y a des risques de repli sur des solutions brutales, que ce soit hospitalisation ou institutionnalisation, et éventuellement des ruptures et ce qu'on appelle des effets indésirables.

Pour les professionnels, les organisations, ce n'est pas non plus très simple. On trouve des difficultés de coopération, un manque d'outils communs et de langage commun. Puis il y a parfois des effets de compétition et un manque de clarté sur les responsabilités respectives. Qui fait quoi? Il n'y a pas de coresponsabilité, on en reparlera. Des problèmes de financement existent. Pour les pouvoirs publics, c'est une gageure de devoir à la fois avoir un traitement de masse (ce sont finalement des millions de personnes qui sont concernées), et d'essayer de plus en plus de personnaliser, puisque c'est un souhait de nos sociétés d'individualiser des réponses. Il y a aussi un problème de manque de centralisation des politiques au long cours. Au niveau du ministère, de la direction générale de la santé, chacun a développé ses axes de politique publique. La direction générale de l'offre des soins, la direction générale de la cohésion sociale comme la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ont chacun les leurs. Et ce n'est pas toujours en cohérence. Puis nous n'avons pas d'outils communs, un bouton sur lequel appuyer qui nous donnerait toutes les informations, les besoins du territoire, l'offre du territoire et les écarts. Ce n'est donc pas si simple à analyser.



Les différents degrés de l'intégration des services



Deux grands concepts importants : la notion d'intégration des services, qui s'est développée d'abord dans les pays anglo-saxons, et la notion de coordination.

Vous voyez cette pyramide, qui a été élaborée aux États-Unis par un groupe d'assurance Kaiser Permanente pour s'occuper d'une population. C'est une approche populationnelle, qui concerne plus de 10 millions de personnes. Ce groupe a partagé cette population en trois parties. La première partie est le bas de la pyramide, la plus grosse partie, les deux tiers. Ce sont les personnes qui n'ont pas de besoins très particuliers, juste des besoins en soins primaires, de suivi régulier, d'aller voir le dentiste, l'ophtalmologiste, etc. Ensuite, la seconde partie de la pyramide représente à peu près 30 %. Ce sont des personnes qui ont des besoins plus importants et surtout des besoins de soins et d'accompagnement du fait de la pluralité des professionnels qui doivent intervenir conjointement, d'où un besoin de coordination. Puis nous avons le haut de la pyramide. Ce sont ceux qui ont « la totale », qui

ont vraiment une accumulation de problématiques à la fois de santé, sociales, économiques, un environnement pas forcément très favorable. Là, on va avoir besoin vraiment d'un accompagnement dédié dans le temps, dans la durée.

Cela veut dire qu'en fonction de ces trois niveaux de besoins, nous aurons une organisation différente. Pour le premier niveau, nous allons avoir besoin de ce qui est déjà assez exigeant, de faire de la liaison. Cela veut dire qu'il faut que les différents acteurs qui vont intervenir se connaissent et puissent orienter les personnes vers les bons interlocuteurs. Il faut aussi qu'il y ait un suivi et un feed-back. La deuxième partie de la pyramide, c'est la coordination. Là, les acteurs doivent se mettre, de temps en temps, autour de la table pour essayer ensemble de proposer la réponse plus cohérente. Et ce n'est pas simplement une juxtaposition de réponses. Le travailleur social, l'infirmière, le médecin, l'éducateur doivent se réunir pour essayer de voir de manière conjointe quelle est la meilleure réponse à apporter. L'intégration complète, le troisième niveau, demande qu'il y ait vraiment un professionnel dédié aux côtés de la personne, qui va pouvoir passer du temps pour la connaître, pouvoir rencontrer aussi l'entourage. Il ne va pas se mettre à la place des autres professionnels, on est dans un principe de subsidiarité, il va essayer de faciliter le travail de tout le monde. Voilà en gros l'intégration des services, dont la coordination est une partie, pour une partie de la population. Elle va s'appliquer de manière systémique, à la fois au niveau des professionnels de terrain, qui vont devoir avoir des outils communs pour travailler, au niveau des établissements, des services, des organisations, et au niveau des pouvoirs publics, qui vont travailler ensemble autant que possible.

Au niveau des parcours, dans le champ de la santé et du social, nous voyons cette notion de parcours de soins, parcours de santé qui apparaît assez récemment. J'ai fait tout un travail en regardant dans les textes de loi. C'est vraiment très récemment que cette notion est apparue. De manière implicite, on peut retracer depuis la loi de réforme de l'assurance-maladie de 2004, avec le médecin traitant qui est censé être garant d'un parcours de soin coordonné. Nous avons aussi la loi handicap de 2005, qui parle de projet de vie. Ce n'est pas le parcours de vie, mais implicitement, on est bien dans cette notion de parcours de vie et de promotion d'une approche globale de la personne, dans toutes les dimensions de ses attentes et de ses besoins.

Dans le monde anglo-saxon, différents modèles ont été développés. Nous avons un modèle très clinique, en anglais, le *clinical care pathway*,

que nous pouvons traduire par parcours de soins cliniques, qui est vraiment la notion standardisée, la première notion reprise par la Haute autorité de santé. Ce sont des arbres de décisions. En fonction de l'état de la connaissance, quelle est la meilleure façon de faire pour tel type de personne, avec tel type de diagnostic, tel type de situation. C'est une approche assez standardisée, et nous sommes ici orientés processus.

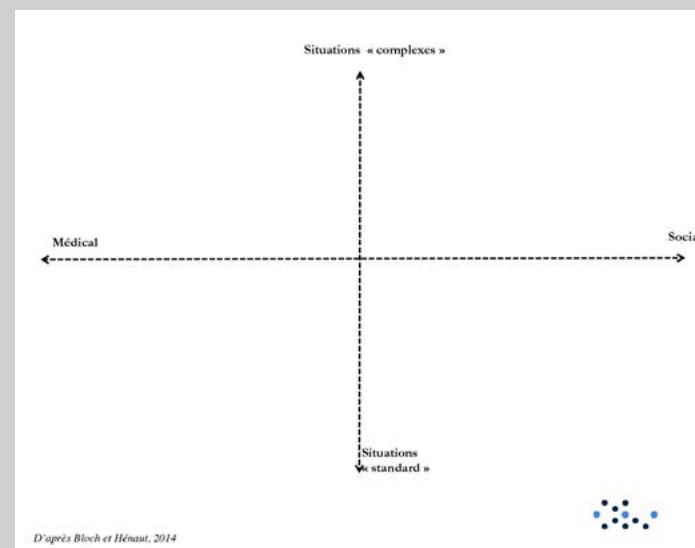
Nous avons un deuxième grand type de modèle, que nous appelons le *chronic care model* ou modèle de soin chronique. Là, nous sommes vraiment dans une approche systémique et l'idée est que le système de santé est un élément, au sein de la cité, de la communauté au sens large du terme, où sont présents un certain nombre d'acteurs, où il y a les principaux déterminants de la santé et du bien-être des personnes. La personne elle-même doit être la plus active possible, informée, en capacité de se prendre « en charge », mais avec évidemment une équipe de soins et d'accompagnement, qui doit travailler en équipe et qui doit interagir avec cette personne. Il n'y a donc pas de domination de l'un sur l'autre. Nous sommes dans un dialogue constructif entre la personne et les soignants au sens large du terme. Ce modèle est plutôt orienté acteurs, ressources, compétences. La troisième approche est orientée usagers, par rapport à la trajectoire et les besoins de la personne. L'idée est le parcours comme il est vécu par la personne, de déterminer quelle est son histoire de vie, quelles sont ses habitudes de vie, ses aspirations.

Il y a trois niveaux de parcours. Le parcours de soins, c'est ce qui met en jeu les acteurs du sanitaire, l'hôpital, les acteurs des soins primaires. Le parcours de santé, lui, met en jeu les acteurs du dépistage, de l'orientation et tous les acteurs du médico-social. Enfin, le parcours de vie, évidemment, c'est l'ensemble des acteurs, quels qu'ils soient. C'est donc tous ceux qui peuvent intervenir sur les questions de prévention primaire, l'éducation, le transport, le logement, la vie de quartier, mais aussi l'insertion. Pour les enfants, cela va être la scolarisation. Pour les adultes, cela va être l'insertion professionnelle. On a plusieurs points de vue qui peuvent se croiser, mais qui, à mon sens, sont complémentaires. Il y a le point de vue des professionnels et des pouvoirs publics, qui sont plutôt dans un souci de formalisation, pour plus de qualité et d'équité entre les personnes, et le point de vue des usagers, des personnes, avec un souci de personnalisation, de prise en compte de leurs aspirations, de leurs habitudes, de leur trajectoire de vie. C'est important de l'avoir en tête. Quand on parle de parcours, il faut savoir de quoi on parle. Est-ce qu'on parle de l'un, de l'autre, des deux ?

Parcours de santé et système de santé

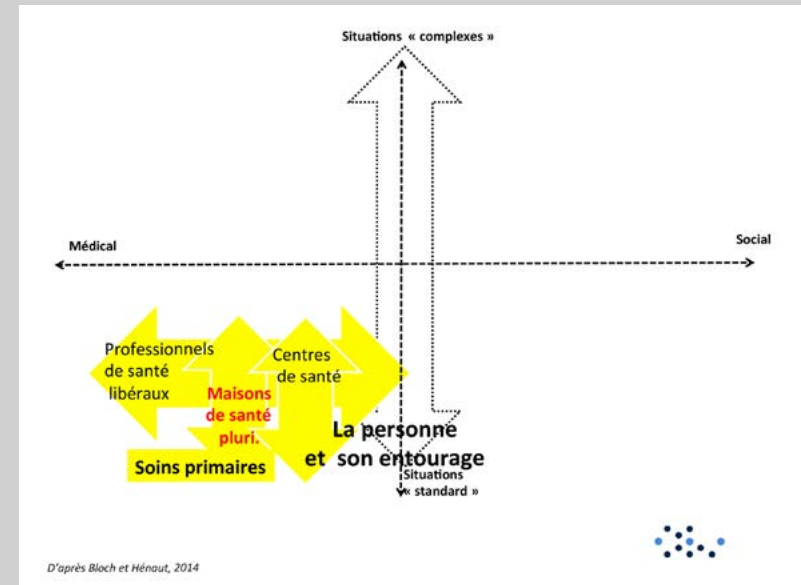
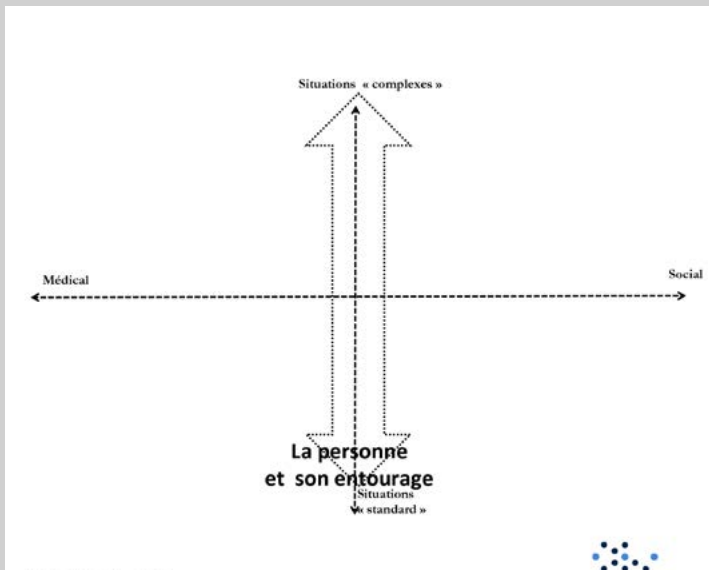
Je vais maintenant passer à la description. Je prends un champ que je connais mieux, qui est celui des personnes âgées, et ensuite des personnes en situation de handicap, pour essayer de décrire l'évolution de notre système de santé et d'accompagnement.

J'ai pris deux axes pour décrire l'offre de services en fonction des types de situations rencontrées. Nous avons un axe horizontal qui sur la gauche fait apparaître les situations ayant besoin de beaucoup de services d'ordre médical. De l'autre côté, à droite, c'est plutôt dans le champ social, socio-éducatif. Il y a l'axe vertical : ce sont en bas des situations qui vont être assez communes, standards. En haut, ce sont plutôt des situations complexes, voire très complexes.



Évidemment, il faut positionner d'abord la personne. C'est la première personne qui s'occupe d'elle-même et qui assure sa propre coordination. C'est elle qui souvent est la mieux informée et qui fait le lien avec les autres acteurs. Parfois, ce n'est pas son choix. Mais c'est comme cela que cela se passe. Il y a l'entourage aussi.

En bas, à gauche, nous allons pouvoir positionner, pour des situations d'ordre médical pas trop compliquées, tous les acteurs des soins primaires (professionnels de santé libéraux en exercice isolé ou regroupé, maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé).



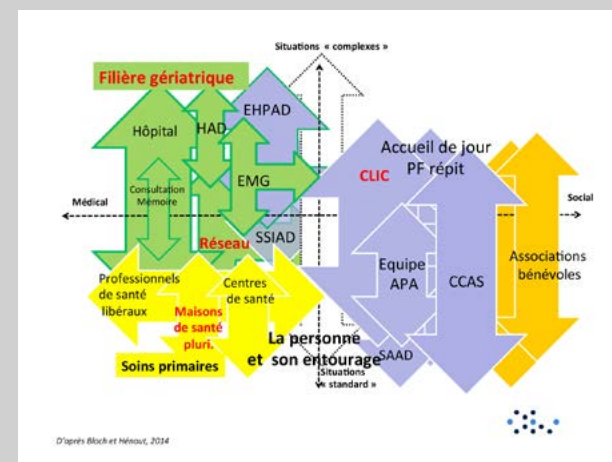
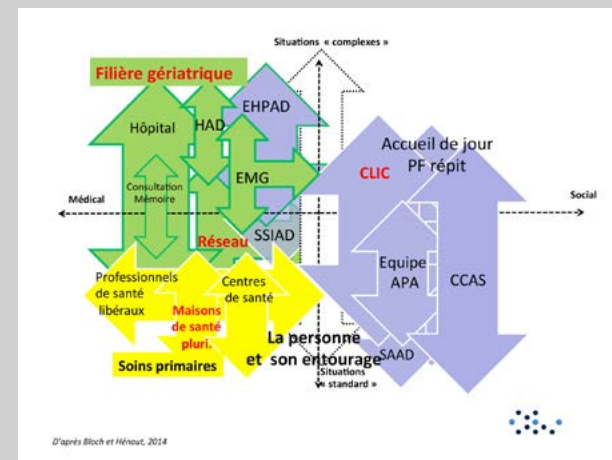
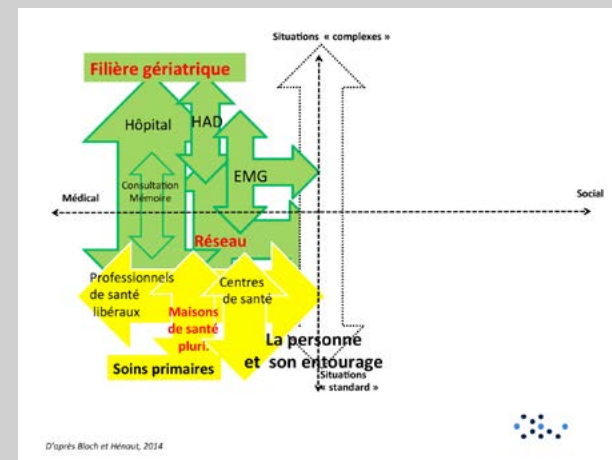
D'après Bloch et Hénaux, 2014

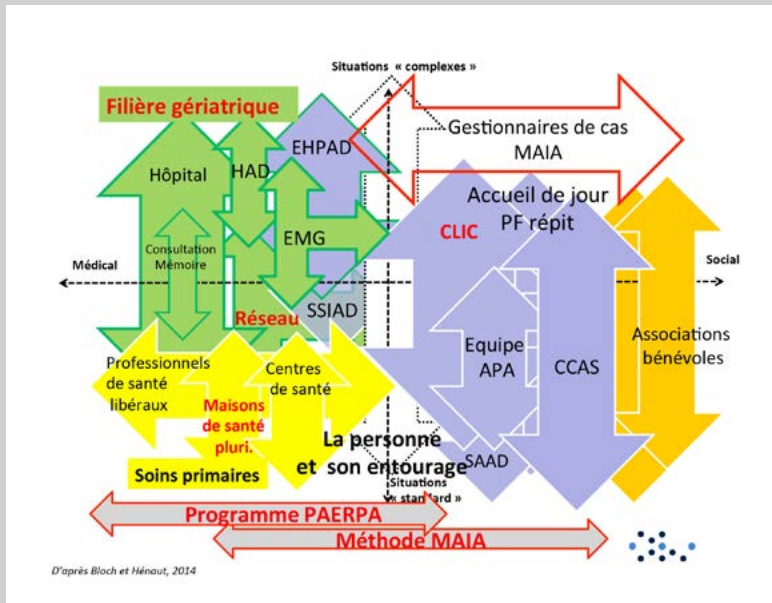
Ensuite, dans la partie gauche, en haut, nous sommes dans les situations qui vont devenir un peu plus complexes. On va avoir tous les acteurs des institutions (hôpital, hospitalisation à domicile, équipes mobiles, gériatrie, soins palliatifs, réseaux de santé, consultations spécialisées, structuration en filière).

Ensuite, nous avons tous les acteurs du médico-social et du social. Dans le champ des personnes âgées, nous allons avoir notamment les maisons de retraite, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), puis les coordinations gérontologiques, les équipes allocations personnalisées d'autonomie (APA) du département, les centres communaux d'action sociale (CCAS) que vous connaissez bien, les accueils de jour, les structures de répit, tous les services à domicile.

Il ne faut pas oublier toutes les associations de bénévoles, qui peuvent intervenir à différents titres. Par exemple, dans le champ des personnes âgées, il y a beaucoup d'associations impliquées dans la lutte contre l'isolement, pour favoriser la participation sociale. Il y a donc une multiplicité d'acteurs, dont les champs peuvent se recouvrir, ou au contraire, peuvent laisser un certain vide.

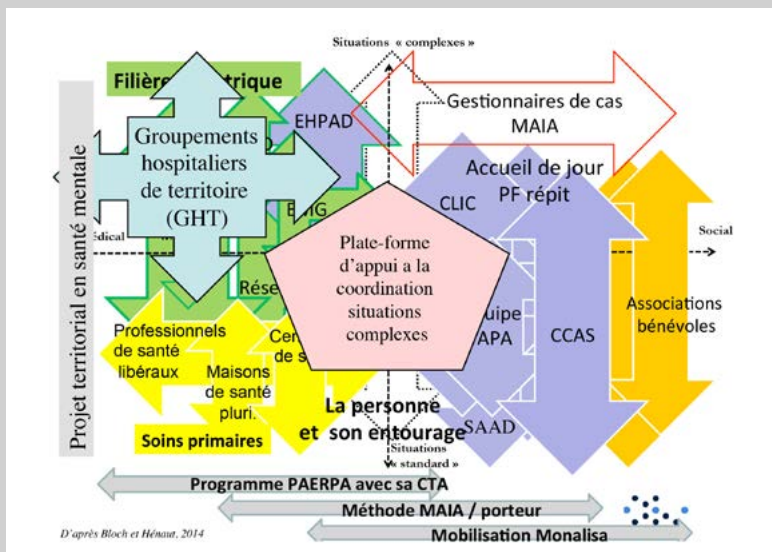
On voit à droite qu'il n'y a pas grand monde. Par rapport à ce problème de fragmentation, de multiplicité, dans le cadre du plan Alzheimer 2008 – 2012, ce qu'on appelle la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie, la MAIA, a été mise en place en France, pour justement développer cette intégration des services dans le champ des personnes âgées de plus de 60 ans, avec trois niveaux d'organisation. Au niveau des professionnels, est créée une fonction dite de gestionnaire de cas. Ce n'est pas très joli, comme nom, mais c'est la traduction littérale de l'anglais, une sorte de référent de parcours. Ensuite, l'enjeu est de faire travailler ensemble tous les acteurs du territoire. Ce n'est pas simple de les identifier, de mettre l'hôpital à la même table que les services à domicile, le CCAS, etc. Au niveau des pouvoirs publics, des financeurs et décideurs, il y a l'ARS, le département, les unions régionales des professionnels de santé (URPS), les associations d'usagers, etc. Donc, que fait la MAIA ? Elle fait travailler ensemble tous ces acteurs. Ce n'est pas un dispositif en tant que tel en plus, en dehors des gestionnaires de cas, qui viennent combler ce manque, en haut à droite. Mais c'est une méthode de travail, une méthode projet pour travailler sur un territoire donné, pour recenser les besoins, l'offre, et essayer progressivement d'améliorer le travail en commun et de combler les écarts.





Un nouveau programme d'action a été lancé plus récemment, fin 2013, dit parcours de santé des aînés, le PAERPA, avec des objectifs assez proches, plus ciblés sur les personnes de plus de 75 ans, et avec une orientation plus médicale, en travaillant notamment sur l'implication des acteurs de soins primaires, pour améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants, favoriser des pratiques professionnelles adaptées aux parcours de santé et créer des conditions favorables de travail en commun, notamment avec des formations essayant de réunir ces différents types de professionnels.

Il se trouve que je suis évaluateur du programme PAERPA. On vient juste de rendre notre rapport au ministère de la Santé. Nous l'avons donc regardé de très près et avons fait des monographies sur tous les terrains. Nous avons rencontré de nombreux acteurs. Ce programme avait des moyens supplémentaires et des dérogations de la loi pour pouvoir notamment favoriser le partage d'informations, puisque c'est un des enjeux des parcours. Il était aussi question de pouvoir disposer d'une tarification qui favorise le travail en commun. Parce qu'un des problèmes de notre système de financement, qui est très morcelé, est la tarification à l'activité, qui génère plutôt le contraire : on essaie de se débarrasser des gens dans les établissements quand ils posent problème. Je caricature. L'idée est de tout faire pour impliquer les professionnels des soins primaires. Là, vous avez la carte de déploiement de PAERPA. Là, j'ai juste mis la mobilisation Monalisa, dans le cadre de la lutte contre l'isolement des personnes âgées. On est plutôt dans le champ social. La question est de mobiliser à la fois les associations de bénévoles, avec les CCAS, les centres locaux d'information et de coordination pour personnes âgées (CLIC), pour travailler ensemble sur un territoire donné, pour apporter les meilleures réponses aux personnes âgées. Vous voyez qu'il y a des choses qui se rajoutent, comme je vous le disais. C'est le millefeuille à la française.



La loi de modernisation du système de santé a aussi créé des plateformes d'appui à la coordination, depuis l'année dernière. Elles sont en train de commencer à se déployer.

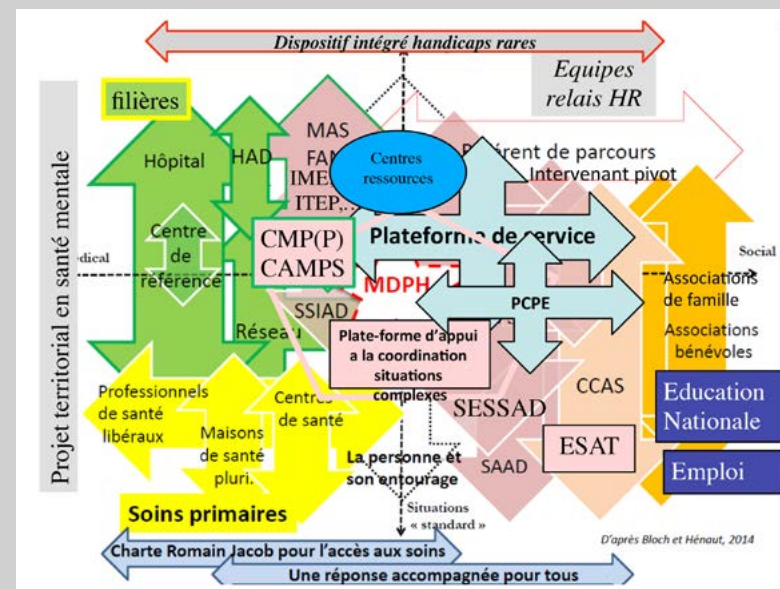
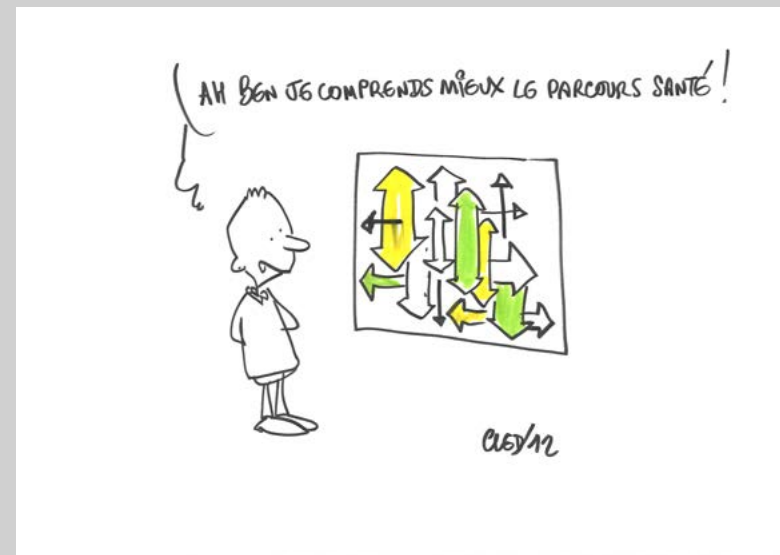
Le problème est que les acteurs des soins primaires n'y comprennent plus rien. On leur crée donc une structure pour que le soir, à 17 h, à 18 h, ils puissent appeler un numéro unique qui va s'occuper de trouver des solutions pour leurs patients. En parallèle, il y a des groupements hospitaliers de territoire, les GHT, qui se développent. Nous avons les projets territoriaux en santé mentale. Voilà pour le champ des personnes âgées. Maintenant je vous présente le champ du handicap.

C'est encore pire. [Rires] C'est la réalité.

D'une approche par maladie à une approche populationnelle

Si on résume l'histoire récente, il y a des choses qui évoluent dans le bon sens. Je vais essayer de vous expliquer comment concrètement on peut arriver à améliorer les choses. Une des grandes évolutions, c'est que l'on est passé d'une approche par maladie où on parlait du cancer, de l'accident vasculaire cérébral, d'Alzheimer, etc., à une approche populationnelle. On commence à essayer de moins se centrer sur une maladie, un organe, en proposant maintenant une réponse plus graduée, en fonction de la complexité des besoins des personnes, avec la pyramide de Kaiser. On voit bien qu'on ne va pas faire du cousu main pour des millions de personnes. Il y a des personnes qui n'en ont pas besoin, qui n'ont pas de gros besoins. Au contraire, nous allons essayer, pour les personnes qui ont des situations beaucoup plus complexes, de trouver des solutions plus adaptées.

Le premier niveau, ce sont plutôt les acteurs des soins primaires. Le deuxième niveau, ce sont plutôt les CLIC, les réseaux, le service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH) dans le champ du handicap, etc. Avant 2008, il n'y avait pas de réponse pour le niveau très complexe. La méthode MAIA et l'intégration des services ont eu pour objectif justement d'aider à se retrouver dans ce bazar, en mettant tout le monde autour de la table pour savoir concrètement qui s'occupe de qui. On a comptabilisé par exemple le nombre de services que les personnes devaient aller voir avant de trouver le bon. Là, en mettant en place cette méthode, nous savons par exemple que pour telle personne il va falloir se tourner directement vers le CCAS,



ce n'est pas la peine d'aller chercher ailleurs. Le CCAS pourra tout à fait répondre aux besoins de cette personne, par exemple. Les gestionnaires de cas de la MAIA vont pouvoir accompagner ces personnes. En moyenne, c'est 22 personnes qui sont accompagnées par un gestionnaire de cas. Parce que parfois, c'est presque une semaine entière qu'il va falloir passer avec une personne qui est en situation de crise. Il faut recontacter la famille, qui n'est pas sur place, etc.

L'approche parcours arrive plus récemment, avec PAERPA. Elle va essayer de donner des moyens pour appuyer les professionnels des soins primaires, avec une coordination territoriale d'appui qui, quand elle est généralisée, devient la plateforme qui a été créée l'année dernière par la loi. Elle se destine à toute personne. Ce n'est donc pas que pour les personnes âgées, mais aussi pour les enfants, les adultes, quelle que soit leur situation de santé. Cette complexité peut évidemment poser des problèmes cognitifs. Même quand on est en bonne capacité de comprendre, on est un peu perdu. La notion de parcours n'est pas complètement opérationnelle. Au risque aussi d'opposer cette notion d'intégration à celle de parcours, il y a un peu des sortes de chapelles, l'intégration est au service d'une amélioration des parcours. Il ne faut pas les opposer.

Derrière cette notion, il y a d'abord une approche populationnelle. L'idée est de s'intéresser à une population d'un territoire, de la même façon qu'on s'intéresse à une personne. Il y a toutes ces personnes qu'on ne connaît pas, qui ne sont pas dans les services, et qu'il va falloir aller chercher. Il va falloir trouver un moyen de les repérer. Ensuite, nous avons la graduation des soins, la coordination, la gestion de cas, l'intégration des services. Il y a la coopération, le chemin clinique, la continuité des soins, la gestion des transitions et puis la notion de trajectoire de vie. De manière plus globale, maintenant, nous parlons beaucoup d'approche centrée usager ou patient (*patient center approach*).

Quels sont les ingrédients d'une approche parcours ?

Comment faire concrètement ? Je vais vous détailler chacun de ces ingrédients. Le premier élément est l'approche populationnelle sur le territoire. L'idée est un principe de coresponsabilité. Et ce n'est pas forcément le plus simple. C'est de se dire que si je suis un professionnel du territoire, que quelqu'un vient me voir, mais que ce n'est pas moi

qui peux m'occuper de lui, je dois savoir vers qui l'orienter. C'est de ma responsabilité. C'est-à-dire que je ne l'envoie pas balader. Et si je peux contribuer à lui apporter une réponse, je vais tout faire pour me mettre en lien avec les autres professionnels pour apporter la meilleure réponse. Autre principe de coresponsabilité : s'il n'y a personne d'identifié, j'ai la responsabilité de le signaler pour qu'au niveau des pouvoirs publics, on essaie de trouver des solutions sur ce territoire par rapport à ce type de personne. C'est le principe de coresponsabilité.

Le deuxième élément est d'avoir un système d'information et d'orientation des personnes partagé. Souvent, cela passe par la mise en œuvre d'un annuaire de ressources, pour répertorier tous les acteurs du territoire, pour savoir qui fait quoi. J'ai expliqué cette graduation. Chacun sait qui fait quoi. Le deuxième aspect est la gouvernance. On se met autour de la table, les décideurs, les financeurs, pour apprendre à travailler ensemble. Et ce n'est pas le plus simple. Faire travailler l'ARS avec le département, ce n'est pas toujours gagné. Ce n'est pas non plus gagné avec les URPS. Mais cela marche, il y a des territoires où ils ont réussi à le faire. Cela prend du temps. Cela veut dire que les dirigeants de ces structures, de temps en temps, mouillent la chemise pour se rencontrer et faire bouger les lignes. Au niveau opérationnel, il est question de réunir les acteurs qui ne sont pas juste des personnes envoyées comme cela, sans lettre de mission claire, mais qui peuvent vraiment travailler sur des processus communs. Ensuite, il y a la place des usagers et de leur entourage. On parle de démocratie en santé : il ne faut pas que ce soit juste des mots, il faut que ce soit concret. Cela veut dire qu'ils sont associés à cette gouvernance. Au niveau individuel, la personne peut donc participer à la décision et prendre les décisions. Cela veut dire qu'elle est informée, accompagnée pour cela. Il faut aussi prendre en compte les besoins des proches aidants. Parce que souvent, c'est un système familial qu'il faut prendre en compte plutôt qu'une personne isolée. Nous avons tendance à regarder d'un côté le monsieur, et la dame à côté.

Autre élément, le diagnostic partagé territorial, très important, pour faire le constat de nos ressources. Ce n'est pas que du négatif. Souvent, on ne regarde pas l'existant. Il y a des forces en présence, des acteurs qui ont fait des choses. C'est donc prendre conscience de ce sur quoi nous pouvons nous appuyer. Nous devons pouvoir identifier les besoins, les écarts, et élaborer une feuille de route, prioriser à partir de cet existant, qui va permettre d'engager l'ensemble des acteurs. Nous allons progressivement revenir sur ce diagnostic. En France, on a tendance à faire un super boulot d'analyse détaillée dans des rapports que personne ne lit.

Après, il ne se passe plus rien. Il faut plutôt essayer de faire quelque chose de peut-être un peu moins ambitieux où on va travailler sur quelques priorités. Après, on va revenir et continuer ainsi à améliorer les choses. Il y a la conduite de projet, dans des groupes de travail avec les personnes impliquées directement. Ce sont des secrétaires de mairie, par exemple, et pas juste le responsable de service. Il y a la conduite du changement, en prenant en compte les dynamiques existantes, et le contexte territorial, très important. Tout à l'heure, on parlait d'échanges entre ce qui se passe d'un territoire à l'autre. Oui, mais les territoires sont différents. Il y a donc des points communs et des différences, d'où l'importance de mobiliser les acteurs et de pouvoir échanger entre territoires pour bénéficier des bonnes pratiques qui ont été développées sur d'autres territoires. Il faut adapter le système de financement, des outils système d'information partagés. Pour le déploiement des offres, souvent il y a des manques dans les transitions. Il faut avoir des offres de service justement pour gérer ces transitions.

Pour terminer, il faut des fonctions dédiées aux démarches parcours, des coordonnateurs à la fois pour le niveau 1, le niveau 2 et le niveau 3. Dans les maisons de santé, nous avons des coordonnateurs. Nous allons en avoir aussi, dans les réseaux de santé, des coordonnateurs et enfin il y a les gestionnaires de cas, dont je parlais. Mais la démarche globale sur le territoire ne va pas se faire tout seule. Nous avons donc besoin d'une sorte de chef de projet. Dans le cas des MAIA, c'est ce qu'on appelle les pilotes MAIA. Ils vont mettre autour de la table, les acteurs avec de la méthode, et jouer un rôle de facilitateur. Tout cela va fonctionner si les gens travaillent en système d'acteurs et qu'ils savent travailler ensemble. C'est-à-dire que ce n'est pas un chef de projet tout seul qui va fonctionner. C'est parce qu'il aura un correspondant à l'ARS avec qui il va pouvoir travailler, et qu'il va aussi s'articuler au mieux avec les différents acteurs sur le territoire et notamment avec les différents coordonnateurs.

DÉBAT AVEC LA SALLE

⇒ **Catherine Richard**,
chargée de l'encadrement et de la coordination des délégués
du préfet, préfecture de Paris et d'Île-de-France

Dans l'une de vos diapositives, plutôt vers la fin, vous parlez du besoin de coordination des acteurs avec chacun leurs compétences pour envisager la résolution d'un problème. Il s'agit là, même si vous y associez le social, d'un champ très centré sur la santé. Vous avez montré le parcours de vie, les conditions de vie, et l'on ne voit pas, parmi tous les partenaires qui peuvent être autour de la table, les obstacles pour améliorer le parcours de soins dans un cadre où la personne peut être dans une situation d'habitat insalubre. Dans cet exemple, pour illustrer l'ensemble des partenaires nécessaires pour traiter les cas les plus complexes, il serait important d'avoir peut-être les bailleurs et d'autres personnes autour de la table. Dans ce cadre-là, il est nécessaire de voir qui peut piloter ou convoquer ces partenaires. Dans la gouvernance, il n'y a pas forcément la santé, les professionnels de santé ou le médico-social, mais bien d'autres acteurs qui sont nécessaires pour parfaire le parcours ou du moins, pour lever les obstacles.

⇒ **Marie-Aline Bloch**

Je ne l'ai pas détaillé, mais tous les acteurs du social doivent être autour de la table : les acteurs du logement, éventuellement des transports, etc. Il s'agissait des acteurs du sanitaire, du médico-social, au sens large du terme. Nous sommes bien d'accord.

Ce que je n'ai pas dit, c'est que j'ai construit tout cela à partir de mon expertise. Au début de cette année, nous avons fait travailler nos élèves en atelier sur toutes les problématiques, quelles qu'elles soient. Nous les avons fait travailler sur les problèmes de l'addiction, sur les problèmes de la précarité, sur les problèmes de l'accueil des migrants... On peut transposer cela complètement à toutes ces problématiques qui présentent ce besoin de décloisonnement et de travailler ensemble. Ce sont simplement les acteurs qui ne sont pas tout à fait les mêmes, le barycentre qui n'est pas tout à fait le même.

⇒ **Élisabeth Pons,**
coordinatrice ASV, service communal d'hygiène et de santé
(SCHS), ville de Toulouse

Ce que vient de dire Catherine Richard me fait penser à une association qui est dans l'un des quartiers prioritaires de Toulouse, Empalot. L'association s'appelle Générations solidaires et travaille depuis des années auprès des personnes âgées, avec une approche globale de la personne, les maintenant en tant qu'acteurs et citoyens dans leur quartier. Elle s'adresse donc aussi à toutes les personnes âgées qui se trouvent sur ce territoire. Depuis quelques années, elle rencontre beaucoup de difficultés parce qu'auparavant, c'était un CLIC et aujourd'hui, ce ne l'est plus. Elle existe toujours, mais a de grandes difficultés financières, puisque c'est le conseil départemental qui a repris tout ce qui a trait aux personnes âgées. Elle n'a donc plus de financements. Elle se défend mordicus tous les ans pour obtenir un peu de financements de l'ARS, ce qui n'est pas non plus très facile, alors que cette association fait un travail d'approche autour de la personne qui est assez exemplaire et qui mériterait même d'être diffusé dans tous les quartiers. Ce genre d'acteurs disparaissent aussi.

⇒ **Marie-Aline Bloch**

Il se trouve que je suis experte auprès de l'Association nationale des CLIC, qui tiendra d'ailleurs sa journée nationale la semaine prochaine. Elle est en train de conduire une enquête, dont j'ai analysé les résultats. Il y a une grande hétérogénéité. Certains départements les ont soutenus, développés, d'autres les ont supprimés littéralement. L'un des enjeux est que certains représentants des pouvoirs publics n'ont pas forcément compris la place de ces types d'acteurs. Lorsqu'ils ont vu arriver les MAIA, ils se sont dit : « c'est bien ! Ce sont les MAIA qui vont faire le boulot ! » Or cela n'a rien à voir. Si une MAIA ne s'appuie pas sur un CLIC ou un réseau, elle ne peut rien faire. Elle s'occupera simplement des situations très, très complexes, donc trop tard, et cela devient catastrophique. Alors que le travail du CLIC consiste à faire de la prévention, de l'accompagnement, etc. Pour ma part, je milite pour que l'on ait bien ce type d'acteurs à chaque niveau. Mais il y a bien sûr des enjeux financiers. À cet égard, il est nécessaire d'avoir une vision globale du financement. L'ARS a son budget, le département a son budget, les villes ont leur budget, mais parce que l'on n'a pas investi à tel endroit, cela génère des dépenses chez le voisin et donc, à la limite, on s'en moque. Si le

département diminue, voire supprime la subvention pour le CLIC, cela aura pour conséquence que des personnes vont se retrouver à l'hôpital. Et ce n'est pas le département qui paiera... C'est pourquoi il faut avoir une vision beaucoup plus globale des finances publiques. Un travail est amorcé avec la conférence des financeurs. Il commence juste à se mettre en œuvre, tranquillement. C'est un peu compliqué, mais l'esprit est bien de mettre autour de la table tous les acteurs du financement pour la prévention, dans le champ des personnes âgées.

⇒ **Marc Weissmann,**
directeur, Plateforme CPS (coordination, santé, proximité)

Je suis président de l'Union des réseaux de santé de Rhône-Alpes et accessoirement, j'étais à l'initiative d'un diplôme interuniversitaire (DIU) intitulé : « construction et coordination des parcours de santé » qui se déroule à Lyon, Grenoble et Saint-Étienne.

Je pense que vous avez proposé une approche de la notion de parcours qui est une approche institutionnelle. Je pense que l'on peut avoir une approche qui est beaucoup plus opérationnelle. Quand, par exemple, on définit que ce qui est appelé « gestionnaire de cas » est forcément, de manière structurelle, à la coordination de la phase la plus complexe d'un parcours, je ne crois pas que ce soit la réalité. Je crois qu'en pratique, dans le cadre d'un parcours de santé, la personne qui va accompagner en proximité, voire aider au pilotage d'un parcours, va varier au cours du temps, en fonction des besoins, en fonction de l'environnement de la personne. Ce que vous avez proposé est une approche théorique structurante, mais c'est une approche qui pose des difficultés lorsque l'on veut la mettre en application sur le terrain. Sur le terrain, le gestionnaire de cas, pas plus que le coordinateur, ne sera pas forcément la personne qui, de fait, va coordonner. Son rôle sera peut-être de veiller à ce qu'il y ait une coordination, coordination qui peut être portée notamment par l'équipe de soins primaires. Lorsque vous faites : 1, 2 et 3, dans votre approche de parcours, je pense que ce n'est pas ainsi qu'il faut le faire. C'est une approche qui n'est pas la réalité de la pratique d'une équipe de soins primaires qui veut s'impliquer dans de la coordination.

⇒ Marie-Aline Bloch

Je ne me suis peut-être pas bien fait comprendre. J'ai parlé de subsidiarité. Ce que j'ai dit, en gros, c'est qu'il ne se met pas à la place de. Le coordonnateur de soins primaires continue de faire son travail et le coordonnateur de réseau également, sinon, le gestionnaire de cas sera complètement débordé. Il vient juste en appui de ces professionnels à un moment critique pour les aider, mais l'idée est bien qu'il continue. Il ne s'agit pas de dessaisir le coordonnateur de réseau ni le coordonnateur de CLIC.

⇒ Hakima Houdaf, chargée de mission ASV, communauté d'agglomération du Grand Avignon

Je suis coordonnatrice de l'Atelier santé ville de l'intercommunalité du Grand Avignon, qui comprend les communes d'Avignon et du Pontet, soit plus de 50 000 habitants, si l'on compte les territoires en veille active. C'est une très grande population issue des quartiers populaires. Dans mon profil, j'étais enseignant-chercheur et chercheur au CNRS. J'avais aussi un mandat d'élue et j'ai souhaité, dans mon mandat d'élue et dans l'Atelier santé ville, être en observation participante pour véritablement, à tous les échelons, essayer d'articuler l'approche scientifique, l'approche de la décision publique et désormais, l'approche par les habitants, même si lorsque l'on est engagé et que l'on a des convictions, on est de fait dans une démarche participative qui parle de l'habitant.

Ma question s'inscrit dans la continuité des échanges précédents et de ce que vous venez de signifier sur la question de l'enveloppe budgétaire. Lorsque j'enseignais à l'université Claude-Bernard, mon terrain de recherche était dans le canton de Neuchâtel. Dans toute approche de politique publique en santé où qu'elle soit, en tant qu'experts, nous avons de fait la visibilité entière sur les subventions et les financements. Nous commençons par une coordination de financements pour ensuite, en tant qu'experts, essayer d'apporter des modélisations adéquates. Cela prête à débat : finalement, ne devient-on pas conditionné par l'apport du financement, et ne commence-t-on pas à abîmer l'approche d'un scientifique et d'un universitaire ? Mais je crois qu'aujourd'hui, nous sommes vraiment dans cette question de fond. C'est ce nous vivons, les coordonnateurs de santé : le fait que nous naviguons à vue. De plus, maintenant, les conseils citoyens sont installés. Par ailleurs, dans notre fabrique, j'ai mis en place des ateliers santé citoyens, qui fonctionnent

très bien depuis deux mois. Nous sommes en train de conceptualiser sur ce sujet sur le territoire. Ils sont partie prenante du comité de pilotage et ils s'engagent. On peut créer de l'espoir, créer du besoin, dans cette espèce de promesse de mise œuvre local.

Est-ce que selon vous, experte, chercheuse, femme du terrain, avec toutes vos expériences du territoire, on ne doit pas entrer dans cette réflexion profonde sur la façon dont le scientifique peut apporter des expertises, mais qui prennent en considération cette fluctuation terrible et extrêmement difficile liée à un contexte de financement ? Est-ce que l'on ne doit pas peser sur cette dimension ? On identifie l'enveloppe, et l'on se lance pour cinq ans en fonction de celle-ci, et c'est à ce moment-là que l'on commence à modéliser.

⇒ Marie-Aline Bloch

Je voudrais ajouter que je suis aussi, comme beaucoup d'entre nous, un usager du système de santé. Je l'ai aussi vécu de l'intérieur. Mais nous le sommes tous, un jour ou l'autre...

Sur cette question, je pense que vous avez touché un point très important. Je suis en train de terminer d'écrire un chapitre d'ouvrage. Je pense que l'on ne pourra avancer qu'avec de la modélisation économique, avec d'ailleurs des gens d'assez bon niveau. Moi-même, je ne suis pas économiste : je suis chercheur en sciences de gestion. Mais je travaille avec des économistes, pour pouvoir effectivement modéliser. Sinon, on a des bases de données monstrueuses, on doit attendre dix ans avant d'engager quelque chose. Si l'on veut agir vite, il faut faire de la modélisation. Aux États-Unis, des gens ont commencé à le faire, pour pouvoir, avec quelques données qui sont des ordres de grandeur, démontrer aux pouvoirs publics qu'ils ont intérêt à agir pour pouvoir faire bouger ces choses-là. Je pense que c'est l'avenir. À Lyon, vous avez un Institut des systèmes complexes. Je pense que des personnes comme celles-là pourraient travailler sur ces sujets.

Vous êtes observateur participant. En gestion, on se situe dans la recherche-intervention. C'est donc tout à fait cadré. Dans la recherche-intervention, on fait bouger les choses. On ne se contente pas d'observer. On se situe dans des approches plus constructivistes et l'on a aussi besoin d'être dans ces démarches, pas uniquement dans du descriptif déconnecté de la réalité. En revanche, ensuite, il faut réussir à capitaliser pour pouvoir généraliser.

⇒ Arnaud Wiehn

Au sujet de cette comptabilité des moyens alloués, de cette réflexion selon laquelle il faudrait peut-être partir des moyens, on pourrait aussi essayer de comptabiliser des choses qui sont rarement comptabilisées ou en tout cas, que l'on cloisonne, c'est-à-dire pas uniquement les moyens financiers descendants, mais aussi la mise à disposition et notamment, le bénévolat. Des estimations ont été réalisées sur le poids économique des aidants familiaux en France.

⇒ Marie-Aline Bloch

Des travaux montrent que 80 % de l'aide est apportée par des aidants proches des malades d'Alzheimer.

⇒ Arnaud Wiehn

C'est important. J'ai été ravi de vous entendre parler de la question de l'expertise territoriale. Il y a tout ce que vous nous avez montré, avec un système complexe, et il y a ce qui se passe sur le territoire. Cette capacité, cette expertise est nécessaire. Pour pallier un déficit financier, on a mis quelque chose en œuvre, et je pense qu'il faut aussi le comptabiliser, sinon, on reste sur une lecture biaisée, qui ne prend en compte que les moyens financiers descendants.

Je passe maintenant la parole à Servet Ertul, qui est maître de conférences émérite. Il va intervenir sur le concept de parcours social à l'aune des parcours de santé.



PARCOURS SOCIAL UN CONCEPT ÉMERGENT ?

⇒ **Servet Ertul,**

Maître de conférence HDR émérite, université du Maine, ESO
Le Mans

Mon intervention sera centrée sur le concept émergent de parcours social, à la lumière de quelques contributions relatives au parcours de santé et de soins qui ont jalonné les cinq ouvrages que nous avons publiés à la suite d'une manifestation que nous avons organisée en octobre 2010, au Mans, un colloque international sur le thème : « *Parcours sociaux, entre nouvelles contraintes et affirmation du sujet* ».

Je vais ainsi dans un premier temps m'arrêter brièvement sur la genèse de ce concept. Ensuite, j'insisterai sur les liens entre ce concept et les méthodologies déployées. Enfin, avant de conclure, j'essaierai, dans la dernière partie, de restituer la façon dont quelques contributeurs ont mobilisé ce concept dans les parcours de santé et de soins.

Tout d'abord, le concept de parcours social. Au cours des dernières décennies, l'intérêt sur le point de vue des individus singuliers, mis en intrigue par l'écrit et la parole, s'est intensifié pour expliquer le social et le fonctionnement des institutions qui le régulent. Cette prise en considération des points de vue, forcément subjectifs, doit s'effectuer en les situant dans le temps et dans l'espace, en les rapprochant des contextes surplombants de la société, en les reliant aux régularités observées sur le plan macrosociologique et à ce qui est par essence objectif. L'explication du social implique aussi, selon nous, la prise en considération du sens que l'individu donne à son action – et je suis entièrement d'accord avec vous, parce que nous sommes des usagers aussi en même temps –, elle-même déterminée par le couple contingence/événements pour accéder à la compréhension de la construction du social.

Le colloque du Mans a suscité un vif intérêt dans la communauté francophone de la sociologie. À la suite de cette manifestation scientifique et à travers le concept émergent de parcours social, nous avons exploré, dans un premier ouvrage, intitulé : « *Les parcours sociaux à l'épreuve des politiques publiques* », le changement opéré par les politiques publiques à l'égard des parcours depuis la reconfiguration de l'État social qui s'amorce au tournant des années 1970, 1980. Ce dernier, l'État, au nom de la responsabilité des individus, conditionne désormais son aide et son accompagnement à l'activation de leur « autonomie », entre guillemets – vous allez comprendre pourquoi. Cette situation peut même aboutir au renoncement des personnes à leurs droits. L'accentuation de

la crise, au cours des dernières années, qui rend de plus en plus d'individus vulnérables, non seulement met à rude épreuve les amortisseurs sociaux, mais dévoile aussi les limites, voire l'impuissance de l'activation de l'autonomie individuelle. Depuis la publication de cet ouvrage, au printemps 2012, de nombreux indicateurs montrent l'augmentation sensible du non-recours aux droits. Nous avons partagé la direction de cet ouvrage avec Philippe Warin, qui est un grand spécialiste du non-recours aux droits.

Le deuxième et le troisième ouvrage nous ont permis d'explorer les dimensions temporelle et spatiale des parcours sociaux. En effet, l'allongement de la durée de vie, la déstandardisation des transitions entre les âges de la vie, l'accélération des changements sociaux et des rythmes de la vie quotidienne – qui est telle que vous prenez votre chronomètre pour dire qu'il ne faut pas prendre plus de trente minutes... –, l'augmentation et la complexification des mobilités socio-spatiales modifient considérablement les rapports sociaux et la vie des individus.

Dans un quatrième ouvrage, « *Travail, santé, éducation. Individualisation des parcours sociaux et inégalités* », nous avons prolongé la réflexion entamée dans le premier ouvrage sur les politiques publiques et exploré les processus d'individualisation mis en œuvre tant par ces politiques que par les nouvelles formes de management. Ce processus favoriserait l'émergence, le maintien ou l'affirmation des inégalités dans nos sociétés contemporaines.

Enfin, sans négliger les contraintes sociétales qui pèsent sur les individus singuliers, nous avons essayé, dans un dernier ouvrage, « *Subjectivation et redéfinition identitaire* », de mesurer les portées et limites des décisions « individuelles », entre guillemets, en tenant compte des événements tant collectifs qu'individuels des processus de subjectivation dans les différents domaines de la vie. Pour le dire autrement, les contributeurs ont mis en tension les parcours biographiques des individus étudiés avec leur contexte, tout en évitant, autant que faire se peut, le piège de l'illusion biographique.

Le concept de parcours social a la lourde tâche d'étudier en sciences humaines et sociales les relations entre les trajectoires individuelles et les structures sociales. Pour cela, il faut revenir sur la genèse de ce concept en revisitant brièvement ce que les sciences sociales ont produit sur la question des deux côtés de l'Atlantique.

En Amérique du Nord, les auteurs privilégient depuis longtemps l'entrée par individu pour rendre compte des phénomènes et des faits sociaux. Après les travaux de l'école des relations humaines, c'est à l'école de Chicago que l'on doit les apports méthodologiques et théoriques les plus importants qui concrétisent l'approche compréhensive formulée déjà au tournant du XIX^e et du XX^e siècle par Max Weber. En effet, à partir des parcours de vie, des récits de vie, des histoires de vie, des biographies d'individus singuliers, le sociologue est invité à repérer les régularités sociales et la part de la contingence. L'approche de Hughes, de la première école de Chicago, a été poursuivie par deux auteurs majeurs de la sociologie américaine qu'il a formés lui-même : Erwin Goffman et Howard S. Becker, que l'on désigne communément comme les représentants de la deuxième école de Chicago. Plus récemment, dans ses deux ouvrages d'exploration de parcours de vie – *life course*, disent les Américains –, Andrew Abbott a mis l'accent sur les bifurcations, les ruptures, qu'il appelle *turning points*, occasionnées par les événements traversés.

En Europe, c'est d'abord à Martin Kohli que nous devons la première conceptualisation des parcours de vie. Le couple institutionnalisation/désinstitutionnalisation rend compte du rôle plus ou moins prégnant joué par les pouvoirs publics pour accompagner les parcours sociaux des individus. Quant au concept de parcours sociaux tel que nous pouvons le définir, nous le devons, en France, à Michel Grossetti, qui l'utilise tout d'abord sous la dénomination de « trajectoires sociales » dans son article paru dans la *Revue française de sociologie*, en 1986 et, vingt ans plus tard, dans un autre article publié aux *Cahiers internationaux de sociologie* sous le titre : « *L'Imprévisibilité dans les parcours sociaux* », soulignant le fait que « la sociologie française en particulier propose peu de ressources théoriques pour analyser des changements brusques et imprévisibles, des ruptures de sens ou des bifurcations ». Ce que j'appelle « l'équipe de bifurcations » a accordé une place importante aux événements qui peuvent entraîner des bifurcations, voire des ruptures dans le déroulement des parcours des individus, en particulier dans les parcours de santé et de soins. Ces auteurs évoquent l'intérêt grandissant des sciences sociales pour les parcours. De nombreuses revues scientifiques en sociologie et en sciences sociales ont consacré des numéros spéciaux à ce concept de parcours sociaux.

Enfin, l'ouvrage intitulé « *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement* » est venu en quelque sorte compléter ce travail de réflexion sur les parcours, entamé par une bonne partie de la sociologie

française depuis une trentaine d'années. On comprend mieux le succès important du colloque international que nous avons organisé en 2010, qui avait réuni plus de 150 chercheurs venant de nombreux pays francophones, mais aussi d'Amérique latine.

Le concept de parcours social se réfère aux deux catégories que la philosophie qualifie de modales, à savoir la nécessité – j'entends : contraintes de toutes sortes – et la contingence, c'est-à-dire la manière d'être et les marges de liberté. En effet, tout parcours individuel est à la fois conditionné par les contextes dans lesquels il s'inscrit, y compris sur le plan ontologique – c'est-à-dire ce qui est relative à la propre vie de l'individu –, et marqué par les événements traversés, qu'ils soient d'ordre biographique (rencontres, premier emploi, naissance, maladie, décès...) ou d'ordre socio-historique (grands événements, conflits, mouvements sociaux... : il ne faut pas être migrant actuellement, dans le monde dans lequel nous vivons !), et sur le plan d'ordre philologique, c'est à dire l'histoire de vie intergénérationnelle de l'individu, qui interviennent dans les parcours sociaux. Malgré cet ensemble qui s'impose à lui, l'individu ne renonce pas aux marges de liberté dont il se sert pour y faire face et pour s'affirmer en tant que sujet. En raison de ce triple ancrage, c'est-à-dire les contraintes liées aux ressources dont dispose chaque individu et dont disposent les groupes sociaux, les contingences/événements – sans événement, il n'y a pas de contingence, et vice versa – et enfin, l'affirmation de soi par rapport au sujet, je vais revenir sur cette distinction.

Pour comprendre et rendre compte du social, le sociologue ne doit pas seulement se préoccuper des catégories sociales – groupes, milieux, familles, classes – et de ce qui les différencie : il doit également s'intéresser aux individus qui les constituent, en tant qu'êtres singuliers marqués par des expériences socialisatrices diverses et variées. Cet intérêt pour la manière dont ces individus perçoivent le monde, pour la variété de leurs comportements en fonction des domaines où ils se situent et pour leur parcours social singulier, s'adosse au constat selon lequel les faits sociaux « ne sont pas indépendants des formes individuelles, mais vivent à travers ces formes individuelles que l'on peut tantôt dé-singulariser par des mesures statistiques, tantôt singulariser par l'étude de cas, l'observation directe des comportements », dixit Bernard Lahire. Ce passage par les individus peut permettre de mieux saisir la diversification des parcours et la complexification de nos sociétés contemporaines. Nous avons vu les schémas qui ont été exposés tout à l'heure et qui rendent compte de cette complexité.

Dans le domaine des parcours des individus, c'est dans un contexte fait de contraintes et de nécessités, mais aussi d'opportunités et de rencontres, que l'individu va chercher à devenir sujet. Je parle bien sûr du processus de subjectivation. Donner à son parcours toute sa singularité, l'affirmation du sujet, qui peut se décliner de différentes manières, signifie pour lui s'autoriser à mener sa vie le plus en adéquation possible avec ses valeurs, ses aspirations, et à orienter son action pour que celle-ci ait du sens et s'inscrive dans son histoire.

Je veux vous parler aussi de concept et de méthode. Vous allez comprendre pourquoi l'on ne peut pas séparer la théorie de la façon dont on observe la théorie, c'est-à-dire la méthodologie. L'existence humaine dépend en très grande partie de ce que Luc Boltanski et Bernard Thévenot appellent le programme surplombant, le monde qui est là. En d'autres termes, la nécessité, souvent source de dominations. Pour le sociologue, mesurer celle-ci pose moins de problème, contrairement à ce que l'on peut penser, car il va observer ce qui est objectif, ce qui est réel : environnement, position, disposition, caractéristiques des individus singuliers et des groupes sociaux au sein de la société, tels qu'ils apparaissent ou tels qu'ils sont donnés. Mais cette existence humaine dépend aussi, selon ces deux auteurs, du programme pragmatique, c'est-à-dire de la contingence, ou de marges de liberté, ou de la subjectivation, ou de ce que Foucault appelle aussi le « bios ». C'est ce que les individus singuliers ou groupes sociaux, en quête d'autonomie, tentent de maintenir pour ne pas être absorbés par la société ou pour ne pas être aliénés. C'est une question d'équilibre entre la nécessité et la contingence. Sans contingence, on devient complètement aliéné. C'est la raison pour laquelle il faut être extrêmement prudent. Je vais citer trois points sur lesquels il faut être extrêmement prudent lorsque l'on observe.

Dans le premier cas, l'appréhension de la nécessité, les sociologues disposent de beaucoup de méthodologies. Je ne reviens pas sur le sujet. Cela fonctionne très bien.

Dans le deuxième cas, à savoir la mesure de la subjectivité, la contingence, du sens que l'individu donne à son existence, à son action, à sa domination, les sociologues font également appel à un arsenal méthodologique très impressionnant. Mais il est difficile d'appréhender la subjectivité.

Il y a aussi eu des tentatives de rapprochement entre les méthodologies qualitatives et quantitatives, en particulier dans les études génération-

nelles et intergénérationnelles, comme dans les analyses de cohorte ou les analyses longitudinales, et ceci depuis la redécouverte de l'approche générationnelle de Karl Mannheim, c'est-à-dire dans les années 1980, 1990. Ces travaux ont été effectués en France en particulier par le CÉREQ (Centre d'études et de recherches sur les qualifications), travaux auxquels j'ai participé pendant vingt, vingt-cinq ans, portant sur la vie des étudiants.

Dans ce type de rapprochement entre le qualitatif et le quantitatif, l'un ou l'autre reste soit résiduel soit essentiel, en particulier les approches qualitatives ou compréhensives qui sont déployées auprès d'individus « idéaux-typés ». On prend un échantillon que l'on commence à regarder à la loupe. Rares sont les méthodologies qui sont conçues avec une intensité et une importance telles qu'elles demandent une mobilisation méthodologique sur des temporalités moyennes et longues où les individus seraient observés plusieurs fois et d'une génération à l'autre, avec des outils à la fois quantitatifs et qualitatifs.

Dans une étude de cohorte, par exemple, il ne suffit pas de poser des questions sur l'intention, forcément subjective, des individus par rapport à leur avenir, à leur projection ou de les faire parler de leur passé que l'on sait objectivement dépendant très largement de l'effet de mémoire des événements qu'ils ont traversés et de l'illusion produite par la position du moment. Bourdieu disait qu'un point de vue, c'est une vue constatée à partir d'un point. J'ai donc un regard surplombant sur la salle, sur l'auditoire, à partir de la place que j'occupe face à vous. Cela change énormément quand on est de l'autre côté. Il y a donc toujours une illusion. Ces illusions sont dans le temps. Au-delà d'observation directe, il faut les interroger aussi ultérieurement pour avoir un certain recul. Ensuite, il faut revenir, interroger aussi d'une génération à l'autre. Vous voyez que la tâche est extrêmement rude. Une deuxième difficulté que le concept de parcours social doit prendre en considération est que l'ordre social n'est jamais définitivement fixé selon des règles prédéterminées de conduite : le monde de l'action, avec ses écarts, ses déviations, ses transformations, se reconfigure dans chacune des interactions quotidiennes : rien n'est figé.

Une autre difficulté surgit dans la lignée des deux premières : elle concerne « la position du chercheur en sciences sociales », sa position sociale qui n'est pas neutre. Vous l'avez bien souligné tout à l'heure : je suis un homme, j'ai 67 ans, je suis marié, j'ai trois enfants, je suis « émérite », etc. L'autre intervenant est une femme, professeure, etc. La position est donc complètement différente, et ce n'est pas neutre. La question cruciale est ici comment dépasser cette difficulté ?



Revenons sur la façon dont un certain nombre de contributeurs ont analysé les parcours sociaux à l'aune des parcours de santé. C'est ma dernière partie et c'est le titre de mon intervention.

Dans le premier ouvrage consacré aux politiques publiques, deux contributions en particulier ont, d'une certaine façon, mobilisé le concept de parcours social pour analyser les parcours de soins et de santé. Dans la première contribution, les deux auteurs suisses s'attachent à montrer que l'accompagnement en Suisse des personnes atteintes de démence sénile est limité par la prise de décision autonome des différents cantons. Dans ce domaine, la Suisse semble souffrir d'un manque de régulation au plan national. En effet, dans un des cantons étudiés, il manque les moyens financiers suffisants ; dans un autre, c'est l'absence d'anticipation qui constitue un obstacle à l'accès aux soins ; enfin, dans un troisième, c'est la lourdeur des procédures qui crée des situations d'inégalité d'accès pour les plus modestes.

Quant à la deuxième contribution, celle de Calvez et de Séchet, ils analysent le dispositif des parcours de soins auquel doivent se conformer les personnes en affection de longue durée (ALD). Ce dispositif, qui a pour objectif de limiter les dépenses de santé en demandant à chaque bénéficiaire de faire preuve de plus de responsabilité et « d'autonomie », entre guillemets, constitue un second exemple de rationalisation. Si ce nouveau cadre normatif peut convenir à bon nombre de bénéficiaires en ALD qui se l'approprient, il est aussi susceptible de produire des effets contraires chez d'autres patients qui deviennent de plus en plus vulnérables. Vous devez l'observer certainement dans vos pratiques professionnelles au quotidien.

Si l'on considère la transition à la parentalité comme étant accompagnée par les politiques publiques, en particulier avant, au moment, et après de la naissance, donc en quelque sorte un parcours de santé, dans le deuxième ouvrage que nous avons publié, Armelle Testenoire insiste, dans sa contribution « *Des parcours sexués : les effets de la parentalité* », sur le fait que les parcours d'entrée dans la parentalité demeurent fortement sexués. Je ne vous apprend rien non plus à ce sujet. Elle souligne que la maternité constitue « une définition possible de la féminité » alors que la masculinité, quant à elle, est « un préalable à la paternité ».

De la même manière, la contribution, dans le même ouvrage, de Vincent Caradec, sur l'épreuve et les enjeux du vieillissement au grand âge, montre comment les personnes très âgées élaborent tout un ensemble de stratégies, variables selon les ressources dont elles disposent

– j'insiste beaucoup là-dessus –, stratégies qui visent à la préservation d'une certaine autonomie, alors que celle-ci tend à être mise à mal au fil du temps.

Dans le troisième ouvrage, nous avons consacré toute une partie sur les parcours de santé marqués par les inégalités. Il est important de rappeler que toute prise en charge médicale passe par une individualisation du diagnostic et du protocole de soins. En disant cela, je n'apprends rien à cette assemblée d'initiés. C'est le cas en particulier dans l'accompagnement des individus porteurs du VIH, que présente Sandra Bascougnano dans sa contribution « *Entre individualisation et standardisation des parcours thérapeutiques. La prise en charge hospitalière discriminante du VIH-sida en France* ». Cependant, cette individualisation est en grande partie contrée par une standardisation des soins qui découlerait d'une perception discriminante des patients regroupés dans plusieurs catégories « homogènes ». Socialement construite et réductrice, cette catégorisation, qui repose sur des situations objectivement différenciées sur le plan économique et social, ethnique et culturel, ainsi qu'en matière d'orientation sexuelle, génère des inégalités au niveau des parcours de soins et de l'accompagnement.

Dans un article intitulé « *Devenir mère à l'hôpital : parcours sociaux et rapport aux normes* », deux autres auteurs analysent la transition à la maternité dans les milieux dits populaires, dans une région française frappée par la désindustrialisation, dans les Hauts-de-France. Pour cette transition, qui est plus précoce dans ces milieux – dans le nord de la France –, les auteurs observent deux grandes tendances : l'une concernant les jeunes couples avec un projet de vie ; l'autre, des jeunes filles mineures très démunies sur le plan scolaire et social et pour lesquelles souvent, les enfants arrivent à 16, 17 ou 18 ans. S'ajoute aux inégalités de parcours de ces mères un traitement différencié par le personnel lors de leur passage à la maternité, dans le contexte de sécurisation élevée qui entoure la naissance des enfants en France.

Enfin, le dernier ouvrage étudie, entre autres, les parcours de soins sous l'angle de la subjectivation et de la redéfinition identitaire. Trois, voire quatre chapitres peuvent attirer l'attention de cette assemblée. Je vais passer assez rapidement. L'un concerne les parcours de « trans », qui est extrêmement intéressant. Je vous invite à en prendre connaissance. Vous aurez les éléments bibliographiques. Pour les « trans », c'est très difficile parce qu'ils passent d'une situation locale à une situation internationale. Grâce à de nouvelles technologies, ils échangent des infor-

mations, d'autant plus qu'ou qu'ils soient, quand ils changent de sexe, ils sont obligés d'avoir une nouvelle identité. Cela pose énormément de problèmes d'un pays à l'autre, et surtout, pour l'accompagnement de cette opération, qui est extrêmement lourde.

Deux autres articles portent sur l'abstinence à l'alcool. De la même façon, s'il n'y a pas d'accompagnement, s'il n'y a pas de rencontres, il est extrêmement difficile de s'en sortir, surtout pour l'abstinence sobre. Les individus commencent à s'abstenir de l'alcool lorsqu'ils ont de grands problèmes de santé.

Permettez-moi de parler d'un autre exemple très important, qui a trait à la part de la subjectivation dans les parcours de santé. C'est la contribution de Patrick Bruneteaux : « *Un sous-prolétaire dans le refus de l'exploitation* ». Ce chapitre repose exclusivement sur l'analyse d'un parcours de vie chaotique, celui de Georges – qui est un nom générique. Tour à tour prolétaire, sous-prolétaire, chiffonnier, esclave, travailleur libre, ouvrier qualifié, technicien, vagabond, sédentaire... , Georges, tout au long de sa vie, refuse obstinément les contraintes de l'ordre social surplombant et tente de maintenir à tout prix une certaine autonomie et ceci souvent au détriment de sa santé physique et mentale. La démarche adoptée par l'auteur nous fait découvrir une autre facette du concept de parcours social, dans la mesure où l'objectivation des matériaux recueillis concernant cet individu singulier permet de relativiser la portée des catégories habituelles de la sociologie. On ne sort pas indemne d'avoir pris connaissance cette vie de Georges, qui était parti à Paris en 1968 – c'est ma génération –, sur les barricades, avec son père qui était ouvrier. Le père est retourné avec beaucoup de regrets dans son usine, où Georges travaillait aussi. Mais Georges a tout abandonné. Il va très mal actuellement, d'après ce que j'ai pu comprendre, mais sa vie est extrêmement riche et cela relativise un peu tout ce que nous, acteurs du terrain, scientifiques et individus, nous pouvons vivre.

Pour conclure provisoirement et de façon très succincte sur ce concept émergent, je reprends en partie la conclusion de ce dernier ouvrage.

En tant que sujet, l'individu singulier est profondément et ontologiquement un être social. C'est pour cette raison que nous parlons de « parcours social » et non de « parcours de vie », ni de « récit de vie », ni d'« histoire de vie ». C'est un être social, comme l'a si bien décrit Paul Ricoeur, qui a écrit un ouvrage intitulé : « *Soi-même comme un autre* ». « Soi-même », c'est l'individu « être social », alors que le sujet, c'est ce qu'il appelle « ipséité ».

La philosophie a la primauté de l'analyse de l'existence humaine par le sujet, même si le débat est aussi vieux que l'humanité elle-même. La sociologie, en Europe, a pris ce regard, assez tardivement, malgré l'approche compréhensive de Max Weber. Cependant, ces dernières décennies, cet intérêt pour les points de vue des individus singuliers mis en intrigue par l'écrit et par la parole, en paraphrasant Paul Ricoeur, s'est intensifié pour expliquer le social et le fonctionnement des institutions qui le régulent.

Il n'était pas question pour nous, dans ce dernier ouvrage, qui a pour sous-titre : « *Parcours sociaux et affirmation du sujet* », de considérer que l'individu dispose de toutes les ressources pour assurer son autonomie et la maîtrise du cours de sa vie, contrairement à ce que l'idéologie ambiante laisse entendre. Dans cette période de modernité « poly-historique » extrêmement complexe – je cite Danilo Martuccelli –, l'individu qui aspire légitimement à se singulariser et à se projeter dans l'avenir reste, pour son émancipation individuelle et collective, toujours fortement dépendant des contextes sociaux dans lesquels il évolue. Maurice Godelier, dans son ouvrage consacré à Claude Lévi-Strauss, souligne à juste titre l'importance du sujet chez ce dernier, tout en défendant son héritage structuraliste : « Le sujet existe et les individus sont, pour une part, les auteurs de leur propre histoire et des acteurs, même minuscules, de l'histoire ». Ce sera le mot de la fin.

DÉBAT AVEC LA SALLE

⇒ Didier Febvrel

Votre intervention est autant opérationnelle que celle de Mme Bloch. J'insiste sur ce point parce qu'effectivement, c'est au cœur de la question des parcours de soins, de vie et de santé. La première intervention a mis en scène la complexité des besoins et des réponses à ces besoins. Là, vous apportez la complexité de l'individu qui n'est plus dans ce maille-là et dont on doit tenir compte. C'est le défi auquel nous allons tout le temps nous confronter dans cette question de l'individualisation par rapport à la standardisation. Vous avez apporté un éclairage, même si c'était effectivement assez dense.

Nous sommes toujours confrontés à cela sur le terrain : quand on commence à entrer dans des processus d'individualisation, on est un peu perdu, parce que ce sont aussi des problèmes de masse. Dès lors, comment faire pour individualiser tout en standardisant et tout en considérant qu'il ne s'agit pas que d'une personne, mais d'une dizaine de milliers de personnes ? Dans des quartiers spécifiques, comme l'a souligné Catherine Richard, il y a une qualité de vie, un cadre de vie qui est à changer. Les institutions de santé s'en occupent, mais elles ne sont pas les seules : il y a les collectivités territoriales, d'autres institutions, d'autres ministères qui s'occupent de toutes ces questions de qualité de vie et qui vont favoriser ou non les parcours. C'est bien, mais cela veut aussi dire que malheureusement, la complexité se nourrit aussi de la complexité et que parfois, quand vous parlez de situations complexes, c'est aussi parce que les réponses sont complexes que les gens sont dans des situations complexes. On ne sait donc plus très bien où est la complexité.

On voit bien aussi, comme l'a dit l'adjointe au maire de Lyon, au sujet de la question de la médiation santé, que l'on est toujours contraint de mettre un intermédiaire entre la réponse, le besoin, la demande, parce que finalement, les citoyens, les gens sont un peu perdus et ont toujours besoin d'un intermédiaire. Mais c'est aussi un problème que de savoir pourquoi nous avons toujours besoin d'intermédiaires, alors que c'est un peu embêtant. La subsidiarité est tout de même un enjeu pour la suite.

⇒ Servet Ertul

Pour réagir, il ne faut pas confondre l'autonomisation, qui ne peut pas exister – l'émancipation actuelle dans le monde dans lequel nous vivons de l'individu et des groupes sociaux – avec l'atomisation. Il n'y a pas d'autonomie. Il y a un idéal d'autonomie qui tend vers l'émancipation, et le rôle de chacun d'entre nous, y compris l'individu lui-même, donc le sujet, est obligé, en quelque sorte de tendre vers cet idéal d'autonomie.

⇒ Martine Antoine, co-présidente, Institut Renaudot

Je voudrais vraiment vous remercier pour votre intervention effectivement très dense, mais qui réactive un peu nos neurones, notamment sur cette question de la complexité du rapport des individus à tout ce qui fait société. Je trouve extrêmement important pour nous tous de remettre dans le cœur de la discussion la question de l'émancipation, parce qu'à force d'être dans ces processus, dans ces parcours planifiés, on perd un peu ces objectifs : qu'est-ce que l'individu ? Philippe Levêfre, l'autre co-président de l'institut Renaudot, a écrit un ouvrage intitulé « Du je au nous ». On perd ces objectifs du rapport de la société à l'individu et de l'individu à la société. Je voulais simplement dire cela, mais je crois qu'à l'heure où s'élaborent les prochains projets régionaux de santé, avec l'insistance mise sur les parcours, l'insistance mise – à juste titre, d'ailleurs –, sur la réduction des inégalités sociales de santé, si l'on perd cet objectif d'émancipation, on risque de se fourvoyer un peu.

⇒ Servet Ertul

Pour réagir également, et je vous remercie beaucoup, ce sont trente ans de ma vie. J'ai commencé à travailler sur les parcours des élèves et des étudiants et ensuite, j'ai continué à faire ce travail-là, à l'intérieur d'un collectif, bien entendu. En recherche, il n'y a pas de « je » : c'est un je méthodologique. C'est-à-dire qu'à un moment donné, le chercheur doit dire que derrière ces thèmes du social, il y a un individu unique, qui est un chercheur. En ce sens, c'est très difficile. Nous avons sorti cinq ouvrages et nous sommes en train d'en écrire un pour expliquer ce qu'est le concept de parcours social. J'ai pris ce risque de façon tout à fait volontaire. La question a été posée à Pierre Bourdieu de savoir pourquoi il expliquait des choses avec des mots extrêmement difficiles, et il a répondu : « le monde dans lequel nous vivons est tellement difficile qu'il est très difficile d'expliquer facilement ce que l'on observe ».

Le monde est complexe, le monde est difficile, et l'explication est donc difficile aussi.

⇒ **Hakima Houdaf,**
chargée de mission ASV, communauté d'agglomération du
Grand Avignon

Je rejoins tout à fait la notion de subjectivation et d'émancipation, qu'il ne faut pas perdre de vue. Que nous dit le territoire du quartier prioritaire ? Il y a un terme que nous n'avez pas suffisamment utilisé, ou peut-être n'ai-je pas été assez à l'écoute. C'est celui de « parcours culturel ». Nous sommes dans des territoires où, à milieux socio-économiques communs, avec des situations de pauvreté, lorsque l'on lisse tout cela, il y a de véritables combats d'émancipation qui effectivement, passent du « je » au « nous ». Cela, c'est penser collectif et faire société ensemble. Mais il y a aussi le « nous » vers le « je » : à Avignon, il y a plus de 33 % de familles monoparentales dans les quartiers prioritaires, qui sont dans cette combativité, à l'heure où l'on est en plein processus de sécularisation pour beaucoup de populations issues de l'immigration, notamment maghrébine. Dans le Vaucluse, il y a aussi toutes les populations de l'immigration des années 1990, 2000, avec les saisonniers. Il ne s'agit donc pas uniquement de celles des années 1960 que l'on peut connaître dans d'autres territoires, liées aux usines Renault, Peugeot, etc. Je crois que c'est une dimension fondamentale : quand on pense le parcours social, continuons à insister aussi sur cette dimension de culture, que j'aime raccrocher à la notion de Duvignaud : finalement, les cultures sont « l'ensemble des forces collectives qui s'opposent à la mort ». Quand on travaille dans le domaine de la santé, c'est que l'on s'oppose à la dégénérescence, à la dégradation et à cette finitude qu'est la mort. Sur les territoires, on observe l'arrivée et le retour, notamment par l'usage des nouvelles technologies de l'information et de la communication, des médecines parallèles, en particulier sur les problématiques de santé mentale. En tout cas, à Avignon, il y a de plus en plus de guérisseurs qui vous disent qu'ils vont soigner. En réalité, le jeune homme est en prise à du cannabis, mais il a toute une influence culturelle qui va dire qu'il est plutôt habité par un djinn. Toute cette dimension est en train de revenir, notamment avec Internet. Pour ma part, je fais face à cela au quotidien, lorsque l'on aborde la question de la santé mentale. Nous venons d'installer un conseil local de santé mentale sur nos territoires. Je crois que le parcours culturel est un enjeu considérable pour aider, par le biais de l'intervention sanitaire, au sens des déterminants sociaux, que nous ne devons pas perdre de vue.

⇒ **Servet Ertul**

S'agissant du parcours culturel, dans les cinq ouvrages que nous avons publiés, nous avons utilisé les parcours sociaux, le concept de parcours social. Mais le parcours social singulier est au pluriel. C'est-à-dire que dans le parcours de vie, il y a parcours social. Dans le récit de vie, il y a parcours social. Dans le parcours de soins, il y a parcours social. Le parcours d'insertion socio-professionnelle, c'est le parcours social. Norbert Elias disait : « l'individu sans société n'existe pas. La société sans individus n'existe pas ». Lui parlait de société des individus. La société est composée d'individus. Lorsque j'étais professeur à la fac, mon premier cours commençait par « la société est composée d'individus, d'hommes et de femmes ». C'est la première leçon de la sociologie masculinité-féminité, puis on commence à expliquer toutes ces catégories. Il y a aussi des contributions sur la culture, dans ces ouvrages, sur les parcours culturels qui existent. Beaucoup de gens travaillent aussi sur ce sujet. Mais chez nous, c'est au-delà. Je n'aime pas utiliser le mot « générique », parcours social « générique », mais d'une certaine façon, s'il ne faut surtout pas l'employer pour tout, le parcours social, ce sont les individus et la société. On voit le lien entre les individus singuliers et la société. C'est dans ce sens-là.

LE PROJET TANDEM

UN ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISÉ AUX USAGERS DE SANTÉ EN SITUATION COMPLEXE

⇒ **Adrien Delorme,**
responsable du pôle parcours et accompagnement des usagers, CISS ARA (Collectif inter-associatif sur la santé en Auvergne-Rhône-Alpes)

Tout d'abord, merci pour votre invitation. Cette affluence, cette assistance est très impressionnante. Je vois des visages amis de la mairie, des ASV, évidemment. J'ai également vu des amis de l'assurance-maladie. Avant de me présenter moi-même, je vais vous présenter le collectif qui est porteur du service que je vais vous exposer aujourd'hui.

Le CISS Auvergne-Rhône-Alpes est le Collectif inter-associatif sur la santé en Auvergne-Rhône-Alpes. C'est un réseau de 150 associations d'usagers de santé qui toutes, se sont réunies pour travailler autour des besoins, des attentes, des contraintes des usagers de santé et pour les porter au sein des instances de démocratie sanitaire. On distingue deux types d'instances de démocratie sanitaire. Les premières sont les instances dites de santé publique, au sein desquelles on construit les politiques publiques de santé. Elles peuvent être nationales, régionales, territoriales voire très locales. Ce sont les lieux où tous les acteurs de la santé sont installés autour de la table pour élaborer les politiques publiques. Les secondes sont les instances de démocratie sanitaire hospitalières. Je prends un instant pour faire de la communication autour de celles-ci. C'est essentiel, et la plupart des gens ne le savent pas : il y a, dans tous les établissements de soins de France, des représentants des usagers qui sont là pour accompagner les usagers dans leur dialogue avec l'établissement, pas uniquement pour la formulation de plaintes et de réclamations, mais aussi dans leur vie au sein de l'établissement. N'hésitez pas à vous renseigner sur ces fonctions et à communiquer sur les missions des représentants des usagers.

Le CISS Auvergne-Rhône-Alpes est une structure dont le métier est d'animer un réseau de représentants des usagers. Il y a près de 800 bénévoles représentants des usagers en Auvergne-Rhône-Alpes. Ce sont concrètement des personnes qui viennent d'associations comme la Ligue contre le cancer, l'Association française des diabétiques (AFD), France Parkinson etc., qui, en plus de leur bénévolat initial dans leur association d'origine, font le choix de s'engager dans la représentation des usagers du système de santé. Notre métier, au CISS Auvergne-Rhône-Alpes, est de soutenir ce réseau de représentants des usagers en organisant des formations, des conférences et toute une série de services support.

Le CISS, je vous l'ai dit, est un réseau de 150 associations d'usagers de santé. Cette position de tête de réseau lui donne un point d'observation, une vision particulièrement fine des besoins et des attentes des usagers de santé à un niveau très transversal. Ces associations traitent du diabète, des maladies rares, du handicap, de la perte d'autonomie, etc. Cette position d'acteur de tête de réseau nous a conduits à imaginer tandem, un service d'accompagnement vers l'autonomie en santé, en partenariat resserré avec l'AFM Téléthon et destiné à tous les usagers inscrits dans les parcours de santé complexes. Je n'étais pas là au début de la journée, mais j'ai entendu « parcours de vie », « complexité », « parcours complexe »... Je ne sais pas du tout où vous en êtes de ce dialogue autour des termes employés, mais j'y reviendrai très rapidement pour vous dire ce que nous, en tant que collectif, nous entendons par « parcours de santé complexe ».

Je passe très rapidement sur la genèse de notre projet d'accompagnement vers l'autonomie. En 2011, nous avons mené une étude autour des parcours de santé des usagers et je suis allé à la rencontre d'une trentaine d'usagers de santé de tout profil : des insuffisants respiratoires, des parents d'enfants en situation de « dys », des malades neuromusculaires..., toute une palette d'usagers de santé aux profils très divers. Je leur ai posé une question assez simple : « qu'est-ce qui, dans votre parcours, fait complexité ? Qu'est-ce qui est compliqué dans l'articulation de votre parcours ? » De nombreuses raisons sont ressorties de cette étude, mais celle qui était la plus communément partagée était que l'on n'associait pas suffisamment les usagers à la construction de leur parcours de santé, que l'on ne les impliquait pas dans la prise de décision, que l'on ne les informait pas suffisamment pour pouvoir prendre des décisions conformes à leurs besoins, à leurs attentes et à leurs contraintes.

Partant de ce constat, nous avons réfléchi collectivement et nous nous sommes interrogés sur ce que nous pouvions proposer pour pallier cette difficulté ressentie par les personnes inscrites dans des parcours complexes. Nous avons interrogé notre réseau et parmi les associations membres de notre réseau, il y a une association, que vous connaissez sans doute, qui est l'AFM Téléthon qui, en plus de la recherche génétique, mène également une mission d'accompagnement des malades neuromusculaires vers l'autonomie en santé. C'est une mission qui est assez méconnue du grand public, mais depuis les années 1980, l'AFM Téléthon met à la disposition des personnes malades neuromusculaires ce que l'on appelait à l'époque les « techniciens d'insertion ». Peut-être les connaissez-vous. Ce sont des professionnels de l'accompagnement

de ces personnes dans leur parcours de vie, puisque l'on sait que les personnes atteintes de maladie neuromusculaire et de maladie rare en général ont un marqueur de complexité induit.

Nous avons élaboré un projet qui a pour idée de nous inspirer de cette fonction de technicien d'insertion portée par l'AFM Téléthon depuis les années 1980 et de la déployer, de la proposer aux usagers de tout profil, donc d'élargir la proposition qui était faite par l'AFM Téléthon, en considérant que finalement, la complexité ne provenait pas nécessairement de la maladie neuromusculaire, pas nécessairement des maladies rares, mais qu'elle pouvait provenir de toutes les situations. Nous avons donc travaillé à l'élaboration de ce projet et à la fin 2014, vous en avez peut-être entendu parler, pour celles et ceux qui suivent l'actualité de l'ARS, il y a eu un appel à projets porté par l'ARS, donc le ministère de la Santé en région, qui s'appelait « Territoire de soins numériques » et qui avait vocation à financer des expérimentations conduisant à proposer des innovations organisationnelles et numériques en santé. Nous avons profité de cet appel à projets pour porter, en tant que collectif d'usagers de santé, une innovation organisationnelle, en considérant que proposer un facilitateur transversal dans les parcours de santé complexe était innovant au plan des organisations. L'ARS a retenu notre projet et nous a permis d'intégrer la réponse régionale collective qui s'appelle « Pascaline ».

Pour aller à l'essentiel, à qui s'adresse Tandem ? Aujourd'hui, Tandem s'adresse à toute personne inscrite dans un parcours de santé ressenti comme complexe, quelle qu'en soit l'origine. Je m'arrête un instant sur le terme « ressenti » et sur le choix qui a été le nôtre de ne pas nous appuyer sur une grille de scoring. Nous connaissons tous les grilles Aggir, le score Épices, tous ces outils qui ont une pertinence indéniable, mais qui, à notre sens, en tant qu'association d'usagers, conduisent à identifier un certain nombre de « faux positifs » et de « faux négatifs ». C'est ainsi que je les appelle. Je m'explique. Notre point de départ a été le suivant : on peut tout à fait présenter tous les caractères de la complexité en santé, avoir une poly-pathologie, avoir un handicap extrêmement lourd et pour autant, maîtriser parfaitement son parcours de santé. Nous accompagnons des personnes qui elles-mêmes, connaissent des personnes inscrites dans des parcours a priori complexes, mais qui, en réalité, se débrouillent très bien. Or si nous avons utilisé toutes les grilles et tous les scores d'analyse, avec nos critères un peu « techno » communément admis, nous aurions fait ressortir une complexité. C'est

en cela que je dis que nous aurions fait ressortir un « faux positif ». À l'inverse, et je pense que vous êtes toutes et tous bien placés pour le savoir, on peut parfaitement être atteint d'une petite affection, de quelque chose qui pourrait être anodin pour la plupart d'entre nous, comme un ongle incarné, une carie, quelque chose d'aussi anodin que cela, et pour autant, compte tenu de son contexte, de son histoire de vie, de son contexte cognitif, social, culturel, économique, se trouver dans une complexité très importante. Là aussi, si nous avons utilisé nos grilles, il y a de fortes chances pour que l'on ait fait ressortir ce que j'appelle un « faux négatif ».

Partant de ce constat, nous avons fait un choix qui n'est pas facile à assumer, celui de dire que finalement, Tandem a vocation à s'adresser à toute personne qui nous exprime sa complexité. C'est un critère difficile à admettre pour les esprits les plus scientifiques d'entre nous, mais nous avons fait le choix de subjectiver le point d'entrée dans le dispositif. C'est l'élément très important sur lequel je voulais insister. L'autre point important est que notre dispositif a vocation à accompagner les personnes elles-mêmes lorsqu'elles s'adressent à nous, mais également leurs proches. Nous accompagnons de plus en plus d'aïdants.

Sur quel territoire Tandem a-t-il vocation à se déployer ? Jusqu'à la fin de l'année 2017, sur la période de trois ans 2015, 2016, 2017, nous expérimentons Tandem sur une carte qui part de Lyon et qui va jusqu'à Bourgoin-Jallieu, qui est peu lisible, pour les usagers comme pour les partenaires, mais qui est un choix de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP). C'est un choix scientifique. L'ANAP a considéré que ce territoire présentait toutes les caractéristiques à la fois de l'urbain, du rural, de l'hyper-rural, de l'hyper-urbain, du périurbain, etc. C'est un territoire assez délicat. Retenez simplement de ce territoire Pascaline qu'il s'agit de l'est lyonnais jusqu'à Bourgoin-Jallieu, même si nous avons une petite souplesse : nous sommes en phase d'expérimentation et j'aurai l'occasion d'y revenir.

Avec qui travaillons-nous ? Avec les usagers. C'est le point central de la modalité d'accompagnement que nous proposons. Concrètement, le service Tandem mobilise trois « référents parcours de santé », qui sont des spécialistes de l'accompagnement social, sanitaire, médico-social, qui ont pour mission de mobiliser les ressources des personnes inscrites dans les parcours de santé complexe. Ce sont des *coachs* qui sont à leurs côtés, au quotidien s'ils le désirent, de manière plus sporadique si cela s'avère plus adapté, mais qui ont vraiment vocation à faire en sorte que les usagers maîtrisent leur écosystème, maîtrisent les enjeux de leur par-



cours pour, derrière, s'en saisir et faire des choix adaptés non seulement à leurs besoins, à leurs attentes, mais surtout – et c'est essentiel – à leurs contraintes. En effet, un parcours de santé n'est jamais aussi efficace que lorsqu'il est construit sur mesure par et avec les personnes. Je le dis souvent, c'est un peu ambitieux, mais c'est en tout cas un objectif que nous nous donnons : celui de faire en sorte qu'il y ait autant de parcours de santé qu'il y a d'usagers que nous accompagnons. Il s'agit finalement de dé-standardiser l'accompagnement en santé. Le premier partenaire que nous avons, dans le cadre de Tandem, c'est l'utilisateur lui-même. Je précise que le « référent parcours de santé » n'est pas un nouvel acteur dans les parcours. Il n'est que l'ombre de l'utilisateur. Gardez en tête l'image du tandem : nous pédalons à l'arrière et c'est l'utilisateur qui tient le guidon. Notre vocation, si c'est de révéler un nouvel acteur, est bien de révéler l'utilisateur et non le « référent parcours de santé ». Dans l'idéal, nous sommes complètement transparents, dans les parcours. Les autres acteurs avec lesquels nous travaillons sont les associations, les collectivités, les structures et services de soins, d'accompagnement social, médico-social, qui sont mobilisés, valorisés par les « référents parcours de santé ».

Comment cela se passe-t-il ? Concrètement, nous avons rencontré plus de 200 partenaires du territoire que j'ai évoqué tout à l'heure. Nous sommes allés à leur rencontre pour leur expliquer ce que nous nous proposons de faire aux côtés des usagers pour les réinvestir dans les parcours de santé, et nous sommes aussi allés à leur rencontre pour connaître leurs modalités d'accompagnement, leurs modalités d'intervention pour, le jour où nous sommes mobilisés par un usager, accompagner celui-ci vers cette ressource existante. Le « référent parcours de santé » valorise donc les ressources de la personne et valorise les ressources de proximité pertinentes qui existent.

Je vous propose de vous parler du travail réalisé jusqu'à présent et ensuite, je pense qu'il serait bien d'échanger, parce qu'il est toujours plus intéressant de parler des personnes que des dispositifs. Nous avons rencontré énormément d'associations, de professionnels, d'acteurs, toutes les personnes que j'ai évoquées, plus de 200 structures, sur deux ans, avec cet objectif de nous faire connaître et de mieux connaître. Pour ce qui relève de la file active, même si je trouve ce terme assez impropre, en ce qui nous concerne, nous avons accompagné, depuis le début du dispositif, 130 personnes âgées de 1 jour à 90 ans. Je triche un peu : nous avons accompagné une dame qui était enceinte et qui a donné naissance à une petite fille, que nous avons comptée parmi les personnes que nous

accompagnons. Parmi ces personnes, il y a un peu plus de femmes que d'hommes. La nuance vient du fait que nous accompagnons beaucoup d'aïdants et que beaucoup d'aïdants sont des femmes. C'est sans doute un déterminant qui a conduit à cette petite différence.

Ce qui nous intéresse essentiellement, aujourd'hui, ce sont les situations que nous accompagnons dans le cadre de Tandem. Ce sont bien sûr des situations de handicap, de personnes atteintes de maladies neuromusculaires, des personnes atteintes de handicap psychique, mais surtout beaucoup d'accidentés de la vie. C'est quelque chose qui nous a frappés, à mesure que nous avançons dans ce projet. Nous nous apercevons finalement que les événements brusques de la vie, qu'il s'agisse d'accidents de la route, d'accidents du travail, d'accidents domestiques, dès lors qu'ils viennent changer votre statut, votre autonomie, constituent un bouleversement qui est extrêmement brusque, extrêmement brutal, qui finalement, laisse beaucoup moins de temps dans l'anticipation, dans la préparation, qu'une maladie évolutive, qu'une maladie chronique, même si les annonces de maladie chronique peuvent être traumatisantes. En l'occurrence, ce sont des situations qui supposent un accompagnement renforcé, presque d'urgence, pour aider les personnes à comprendre leur situation, à l'investir et à solliciter les solutions pertinentes. Ce sont aussi des personnes atteintes de maladie aiguë : cancer, sclérose en plaques, etc., et évidemment, des personnes en perte d'autonomie.

Je finis par les circuits de demandes formalisées par les usagers : associations, médiateurs de santé, travailleurs sociaux du département – nous travaillons beaucoup avec les travailleurs sociaux de secteur, notamment –, les médecins traitants, bien sûr, parce que notre objectif n'est pas de contourner le système : il est bien de réinvestir les acteurs du système, et il faut bien dire que certains médecins traitants n'ont pas le temps, la formation ou la sensibilité pour s'engager sur du social et du médico-social. Nous sommes dans un jeu de négociation pour réinvestir ces acteurs, sans être dans la toute-puissance et l'injonction, mais au moins pour les rappeler parfois à leurs responsabilités, lorsque c'est nécessaire. Je dois tout de même saluer le grand engagement de ces partenaires, notamment des médecins traitants avec lesquels nous travaillons, qui nous accueillent avec de plus en plus de bienveillance.

S'agissant de la nature des besoins exprimés – nous avons parlé des profils –, c'est très majoritairement une aide à la compréhension. Je pense que vous le vivez dans le quotidien de vos missions. Il s'agit de comprendre ce que cet accident de la vie, cette maladie chronique, cette

maladie aiguë viennent changer dans notre statut, dans quelle case cela nous fait entrer. La plupart des situations pour lesquelles nous sommes sollicités nécessitent évidemment un temps de bilan transversal. Très souvent, on nous demande aussi un accompagnement, un soutien dans les démarches concrètes, dans la réalisation de celles-ci : nous allons, au côté de la personne, mobiliser un médecin spécialiste, une structure sociale, médico-sociale. Nous sommes à ses côtés et tout au long de l'accompagnement, notre objectif est d'« encapaciter », de renforcer la personne dans ses capacités à être autonome dans son parcours et petit à petit, de nous effacer dans l'accomplissement des démarches.

Par ailleurs, je pense que c'est ce qui nous caractérise beaucoup par rapport à un certain nombre d'autres propositions, nous avons une forme d'agilité. Nous avons une forme d'agilité parce que nous sommes dans un cadre expérimental. Il ne faut pas se le cacher : nous sommes tout de même dans un cadre 5 étoiles où l'on nous propose d'expérimenter, on nous donne des moyens, un temps, un territoire. On nous dit : « allez-y et nous verrons ce que cela produit derrière ». C'est la première raison de notre agilité.

L'autre raison est notre ADN associatif. Nous ne sommes pas attachés à une institution, à un financeur... Nous sommes un collectif d'associations et ce collectif a vocation à accompagner la personne dans toute la transversalité de son parcours de santé. Cette transversalité impose de s'affranchir parfois des frontières réglementaires. Je ne dis surtout pas qu'il faut contourner les règlements, mais aller vers la solution la mieux adaptée, qui, parfois, n'est pas celle qui est prescrite. Surtout, ce qui est essentiel pour nous, c'est que nous ne nous fixons pas de limites dans l'accompagnement. Je m'explique, avec un exemple que je prends souvent. Une personne atteinte de sclérose en plaques voit son autonomie se dégrader petit à petit et nous sollicitons dans l'organisation de sa vie quotidienne. Elle nous sollicite pour un point précis : non pas pour être accompagnée dans l'alimentation, pour se vêtir ou se laver. Elle nous sollicite pour aller une fois par semaine à Super U, à 50 mètres de chez elle, pour aller faire ses courses. C'est là qu'elle place sa dignité. Nous l'avons accompagnée dans ses démarches et nous nous sommes trouvés un peu confrontés aux limites structurelles, réglementaires. Nous sommes allés voir l'assistant social (AS) de secteur. Il y a peut-être des assistants sociaux qui sont ici. Je parle sous leur contrôle. L'AS de secteur nous a dit que c'était une aide humaine que nous ne pouvions pas mobiliser dès lors que madame n'était pas éligible à une aide pour se vêtir et s'alimenter. Je schématise... Nous nous sommes

trouvés dans une vraie limite d'accompagnement de la personne. En tant que « référent parcours de santé », en tant que service Tandem, militants et associatifs, nous avons fait bouger les choses. Nous avons essayé de réfléchir, sans interpellier les institutions, en disant que tout cela n'était pas normal. Il y a des moments où effectivement, il y a ce devoir de signalement, d'interpellation, mais en l'occurrence, pour une situation individuelle, si l'on veut que les choses avancent, ce n'est pas en modifiant le système que l'on va progresser. Nous avons donc finalement fait appel à la solidarité de proximité. Je pense que cela vous arrive aussi. Nous avons interpellé les voisins. Ils n'étaient pas disponibles. Nous avons continué à nous intéresser au fonctionnement de l'environnement immédiat de cette dame, qui était très isolée, et nous nous sommes aperçus qu'il y avait un monsieur d'une régie de quartier qui passait toutes les semaines. C'est la personne qui change les ampoules, qui vérifie que tout fonctionne bien dans les parties communes. Nous nous sommes adressés à ce monsieur et il a été d'accord pour mettre en place un accompagnement. Il ne s'agit bien sûr pas d'un accompagnement sanitaire : il s'agit simplement d'accompagner madame pour porter ses sacs. En convoquant un tout petit peu le bon sens, en interrogeant l'écosystème de la personne, nous avons réussi à débloquer une situation. Je ne dis pas que c'est toujours possible, mais l'agilité est une des caractéristiques de notre dispositif.

Puisqu'il me reste cinq minutes, je vais expliquer comment nous fonctionnons avec les référents « parcours de santé » de Tandem. La première étape est bien sûr l'inclusion. Nous travaillons en équipe. L'accompagnement ne se fait pas individuellement. Même si chaque personne accompagnée se voit affecter un « référent parcours de santé », la réflexion est collective. Lorsque l'on a une demande d'inclusion, lorsqu'un usager ou un proche d'usager nous appelle pour exprimer son souhait d'être accompagné, nous nous réunissons. Nous avons des réunions d'inclusion tous les dix jours, des réunions de dossiers, et nous essayons d'interroger l'existant de proximité. Si la demande peut trouver une réponse autrement que par un accompagnement Tandem, nous orientons la personne directement vers cette réponse. L'idée n'est pas de doubler, d'être redondant. On ne peut pas apporter de la complexité là où il y en a déjà. Je prends un exemple. Si la question est la suivante : « j'ai besoin d'être accompagné dans l'identification d'un contrat de complémentaire de santé adapté à ma situation », si c'est dans un quartier politique de la ville, nous penserons par exemple à une médiatrice santé. Nous pouvons orienter directement vers l'interlocuteur principal

pour ne pas créer un nouvel intermédiaire et ne pas compliquer les choses. Si, en revanche, l'accompagnement ne relève d'aucun accompagnement de droit commun, si la complexité est tellement transversale que l'on ne peut pas identifier un seul intermédiaire, un seul interlocuteur, nous proposons une rencontre à la personne. Cette rencontre se passe sur une demi-journée, au domicile de la personne. Encore une fois, je suis très mesuré, très modeste : nous le faisons dans un cadre expérimental, donc nous avons beaucoup de temps et de moyens à disposition... Lors de cette demi-journée, à travers une grille d'entretien, nous analysons avec la personne toutes les difficultés qu'elle ressent dans son quotidien. Nous partons de ses difficultés, mais aussi de ses capacités. À la fin, nous mettons en place un plan d'actions. Nous priorisons ce plan d'actions avec la personne. Si la priorité de la personne est de trouver des moyens pour aller faire ses courses au Super U, nous y travaillons ensemble. Si sa priorité est de changer sa paire de lunettes de vue plutôt que de refaire son dossier MDPH, sous réserve que cela ne mette pas en danger ses droits à court terme, nous travaillons sur sa priorité. Cet élément est essentiel : nous construisons les priorités avec la personne, nous les mettons sous forme de plan d'actions et en face de chacune des actions, nous essayons de positionner la personne. L'agent de l'action, la personne qui réalise cette action-là est l'utilisateur lui-même et nous, nous sommes en soutien, en conseil. Nous sommes ressource. La personne sait qu'elle peut faire appel à nous si elle a des difficultés, si c'est compliqué pour elle, mais c'est bien elle qui réalise les démarches.

Ensuite, nous accompagnons la personne dans les démarches. C'est extrêmement large. Il peut s'agir d'orienter la personne vers le bon interlocuteur du département, mais il peut aussi s'agir d'accompagner la personne lors d'une consultation médicale pour la réassurer, pour qu'elle se sente un peu soutenue à des moments qui sont souvent compliqués à vivre pour les personnes.

Il y a un point sur lequel je veux vraiment insister : Tandem est un service d'accompagnement vers l'autonomie des usagers qui n'est pas une nouvelle strate dans le meccano, le millefeuille institutionnel. Notre objectif est de faire en sorte que l'utilisateur soit à nouveau considéré comme un des acteurs du parcours de santé. Nous avons une conviction, au sein du collectif : à un moment où les ressources se raréfient, qu'elles soient financières ou humaines, à un moment où les maladies chroniques augmentent de manière assez incroyable, à un moment où l'espérance de vie elle-même n'a jamais été aussi élevée, mais où l'espérance de vie en mauvaise santé n'a jamais été aussi élevée, également, notre conviction

est que l'avenir de notre système de santé solidaire repose beaucoup sur les usagers. De plus en plus, on demande aux usagers de revenir à domicile très rapidement après une hospitalisation. On demande aux usagers de rester à domicile, même en perte d'autonomie. On les mobilise énormément. Il faut leur donner les moyens de se mobiliser, d'être suffisamment informés pour construire leur parcours, sans défiance et sans être dans l'injonction, sans être dans la toute-puissance. Mais il nous semble que les partenaires de santé, au sens très large : partenaires sociaux, sanitaires, médico-sociaux, sont aujourd'hui prêts à accueillir ce nouvel acteur dans les parcours.

DÉBAT AVEC LA SALLE

⇒ **Agnès Bensussan**,
coordinatrice du conseil d'orientation en santé mentale,
ville de Marseille

Je trouve cette expérience très intéressante. Elle fait écho à d'autres expériences qui existent en matière de *job coach*, dans le champ de la santé mentale, en matière d'accompagnement, à différentes expérimentations en matière d'accompagnement des personnes. J'entends bien ce que vous dites : l'avenir du système de santé va reposer sur les usagers. J'entends aussi plusieurs intervenants dire qu'ils ne sont pas une couche supplémentaire au millefeuille. Ce projet n'est pas une couche supplémentaire, mais si j'ai bien lu les diapositives, il travaille en partenariat avec les gestionnaires de cas complexes, des MAIA, qui ne le sont pas non plus, etc., avec des médiateurs qui ne sont pas non plus une couche supplémentaire... On peut quand même se dire que cela fait un certain nombre de couches supplémentaires. Je ne suis pas moi-même travailleur social de formation, mais je pense qu'à un moment donné, il y a peut-être aussi une réflexion à mener, qu'il faut aussi ouvrir la question de la recomposition des professions et des métiers. Moi, de manière naïve, je me demande comment les travailleurs sociaux eux-mêmes s'y retrouvent. Il y a des travailleurs sociaux dans les équipes hospitalières, mais dans d'autres organisations, on parle de plus en plus de référent unique ou de co-référent. Dans la réalité, je m'interroge sur les limites, sur les périmètres d'intervention des travailleurs sociaux en particulier.

⇒ **Adrien Delorme**

Je réagis d'abord sur votre première réflexion autour du fait que Tandem n'est pas le seul service d'accompagnement vers l'autonomie. C'est absolument vrai. Dans le champ de la santé mentale, notamment, on sait que de nombreuses expérimentations sont menées sur ce sujet. Notre spécificité, j'ai essayé de l'exprimer, tient à plusieurs choses. La première est que nous sommes un collectif inter-associatif et que notre expérimentation a vocation à ouvrir le champ et dire : expérimentons l'accompagnement vers l'autonomie tous profils confondus. Je crois que la différence avec les dispositifs qui existent déjà, qui sont déjà expérimentés sur le terrain, c'est que nous ne sommes pas « monothématiques », entre guillemets. Je pense évidemment à l'AFM Téléthon, mais il y a d'autres dispositifs qui sont fléchés de cette façon.

S'agissant du meccano institutionnel et de la couche supplémentaire sur le millefeuille, pour vivre cette difficulté, que vous relayez, des travailleurs sociaux et des acteurs de terrain pour s'y retrouver, je suis bien d'accord avec vous pour dire qu'effectivement, il y a un moment où il faudrait apporter un peu de cohérence et de visibilité. J'ai beaucoup cheminé sur le sujet et je me suis dit que ce n'était pas parce qu'il y avait une diversité associative qu'il n'y avait pas de cohérence, qu'il n'y avait pas de lisibilité. Tout cela suppose du dialogue, en fait. On a tendance à l'oublier, mais faire du dialogue, faire se connaître les gens, c'est quelque chose qui prend du temps, qui coûte du temps humain. Mais vous pouvez mettre de multiples services ou des sigles très lisibles, si les gens ne se parlent pas, cela ne fonctionne pas. À l'inverse, sur notre territoire Pascaline, nous avons mis beaucoup de temps à nous identifier, et je ne dis pas que c'était facile. Il y a même des partenaires avec lesquels nous travaillons encore très mal, je l'admets volontiers, parce que l'offre est tellement pléthorique qu'il est compliqué de tous nous connaître. En revanche, celles et ceux avec qui nous travaillons bien sont celles et ceux avec lesquels nous nous sommes rencontrés, avec lesquels nous avons pris un temps d'échange. On peut être assistante sociale de CCAS à Lyon 8^e arrondissement et à la Tour du Pin, et je peux vous dire que ce n'est pas la même chose. Pourtant, elles s'appellent assistantes sociales de CCAS. Elles n'ont pas la même réalité, elles n'ont pas les mêmes moyens. Je pense que c'est une illusion, qu'il serait un peu cosmétique de dire qu'il faut regrouper... Pour moi, la vraie innovation serait d'imposer le dialogue – enfin, « d'imposer »... je suis un peu autoritaire... –, en tout cas, d'encourager le dialogue, de faire en sorte que les acteurs se connaissent. Il peut y avoir de l'intelligence. Il y a des zones dans lesquelles nous n'allons pas travailler parce que nous savons qu'il y a un acteur qui est sur place, un acteur qui parfois, est juste de création municipale, qui n'entre pas du tout dans les cadres réglementaires et qui n'a pas un numéro au Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess), mais qui, pour autant, fait du « bon boulot ». Dans ce cas, nous nous ajustons avec nos partenaires. Mais cela suppose, encore une fois, un gros travail d'échange et de dialogue.

⇒ **Cathy Noell,**
responsable locale, IREPS de Champagne-Ardenne

Je suis responsable locale pour l'Aube et la Haute-Marne. Je voudrais poser deux questions. La première porte sur le profil et la formation des référents. La deuxième porte sur la phase de développement du partenariat, les freins principaux que vous avez rencontrés et les leviers que vous avez pu mettre en place.

⇒ **Adrien Delorme**

Merci pour ces questions. En général, j'ai une question sur le profil des « référents parcours de santé ». Une de nos particularités, comme je vous l'ai dit, est que nous sommes en partenariat avec l'AFM Téléthon. Dans le cadre de ce partenariat, l'AFM Téléthon a fait le choix de détacher l'un de ses personnels, qui s'appelle Gersende Jérôme, qui est technicienne d'insertion à l'AFM Téléthon depuis quinze ans et qui a fait le choix de nous accompagner dans ce projet dès l'origine pour créer ce nouveau métier de « référent parcours de santé ». Gersende a quinze ans d'expérience de technicienne d'insertion et est ergothérapeute de formation. Mais elle a largement gommé sa formation initiale pour être une vraie professionnelle de l'accompagnement tout-terrain et transversal. À côté de Gersende, il y a Laurie et Solène. Laurie Perrod est conseillère en économie sociale et familiale. Elle a une grande expérience en accompagnement des publics en demande d'asile. Solène Guillaumot est psychologue de formation et a plutôt une expérience sur les parcours professionnels des personnes en précarité. Notre grille de recrutement n'a pas du tout été la formation initiale. Les éléments qui ont semblé essentiels sont davantage la posture, la capacité de la personne ou en tout cas, ce que la personne a pu nous renvoyer dans sa capacité de mobiliser les ressources des autres, de travailler en partenariat, de s'inscrire dans un écosystème, de le maîtriser pour en faire le meilleur usage, et bien sûr, l'expérience des publics divers. Nous avons essayé de faire en sorte que les « référents parcours de santé » aient quand même une sensibilité dans le champ de la santé et de l'accompagnement de ces personnes.

S'agissant du développement partenarial, parmi les freins, je citerai la méfiance. 90 % des partenaires que nous avons rencontrés nous ont dit : « mais ce que vous faites, nous le faisons déjà... » Nous avons répondu : « sans doute vrai, selon certaines modalités, mais peut-être pas de la même manière, et peut-être que nous pouvons travailler ensemble

dans certaines situations ». Une fois que l'on avance dans la discussion, l'autre réaction est la suivante : « comment allez-vous faire, avec toutes les demandes que nous allons vous transmettre ? » Pour ce qui est de l'augmentation de la file active, cela a été très progressif. Nous avons été très surpris parce qu'effectivement, les réactions des partenaires étaient telles que nous nous disions qu'ils allaient nous envoyer quinze, vingt, trente personnes pour chaque personne rencontrée, alors qu'en réalité, cela s'est fait beaucoup plus progressivement. Les leviers pour lever la méfiance, la défiance, parfois, parce qu'il y en a eu, ce sont, comme je le disais à l'instant, le dialogue, le fait de les rencontrer en direct pour nous poser et leur dire : « votre territoire d'intervention, votre champ d'intervention est celui-là. Qu'est-ce que vous faites, qu'est-ce que vous ne faites pas et comment est-ce que nous, nous pouvons intervenir pour faire en sorte de trouver un interlocuteur pour combler ce que vous ne faites pas ? », tout en étant dans le respect des cultures, des pratiques professionnelles des uns et des autres en fonction des territoires. Le levier était le dialogue, mais aussi le respect de la chaîne institutionnelle : commencer par rencontrer les responsables des structures, les responsables institutionnels pour ensuite aller voir les responsables de service, puis les équipes de terrain. C'est un travail qui se fait vraiment dans la durée, qui est extrêmement exigeant. Nous avons très clairement sous-estimé l'importance de ce travail-là au moment du lancement du projet, mais au début, nous avons mobilisé quasiment 70 à 80 % de notre temps sur le déploiement partenarial.

⇒ **Marie-Aline Bloch**

Je trouve votre expérimentation tout à fait intéressante. Je voulais resituer, puisque dans l'ouvrage dont j'ai parlé, « *Coordination et parcours* », il y a tout un chapitre sur les coordonnateurs de parcours où nous parlons des techniciens d'insertion de l'AFM. Nous avons eu beaucoup d'échanges avec l'AFM à l'époque. Par rapport aux gestionnaires de cas, ce sont un peu les mêmes types de fonctions. En 2010, un référentiel « métier » a été construit entre l'AFM, l'Association des Paralysés de France, AIDES et Dominique Somme, qui s'occupe de la formation pour les gestionnaires de cas de personnes âgées. Des expériences internationales montrent de manière assez unanime que ce type de fonction d'accompagnement est tout à fait bénéfique si cela s'inscrit dans une démarche globale, c'est-à-dire si le système essaie de s'améliorer, sans pour autant mettre en place un dispositif unique, si les organisations essaient de mieux travailler ensemble. Sinon, ces *coachs* vont s'épuiser et

au bout d'un moment, sur le plan des ressources, cela devient très onéreux. Cela doit donc être couplé à un travail pour que les responsables de service et les gestionnaires de cas, comme vos référents « parcours », contribuent à ce travail. C'est-à-dire qu'il faut connaître. Parfois, un médecin traitant va s'adresser à vous et l'idée est que la prochaine fois, il saura que pour ce type de situation, il faut s'adresser à tel type de service. Il y a donc aussi un rôle éducatif des acteurs qui se fait à ce moment-là.

Vous avez parlé de formation. Je pense qu'il y a un besoin de formation, même s'il y a déjà des personnes qui sont déjà très préparées à faire cela. Une formation de coordonnateur de parcours va démarrer à Bordeaux, à laquelle je suis associée comme l'une des intervenantes, plus centrée sur le handicap. Mais il est nécessaire qu'il y ait une formation qui ne soit pas destinée qu'aux gens qui travaillent dans le champ des personnes âgées, mais aussi à ceux qui peuvent intervenir auprès d'ensembles de personnes, d'usagers, de patients...

⇒ **Sarah Vernier,**
chargée de projets Comité régional d'éducation
pour la santé (CRES), PACA

J'ai deux questions très rapides à poser. Premièrement, les personnes qui font appel à Tandem sont-elles orientées par les partenaires qui constituent votre collectif ou peuvent-elles faire les démarches individuellement ? Quid des personnes qui ne sont pas identifiées par les structures et qui auraient peut-être besoin de votre aide ? Allez-vous au-devant des publics qui pourraient avoir besoin de vos services ?

Deuxièmement, par qui est financée cette expérimentation, pour combien de temps encore et à quelle hauteur ?

⇒ **Nicolas Roux,**
médecin responsable du centre de vaccination,
ville de Montpellier

Quels sont les critères d'évaluation de cette expérimentation ?

⇒ **Adrien Delorme**

Je vais essayer de traiter cela dans l'ordre. S'agissant du circuit d'inclusion des personnes dans le dispositif Tandem, la démarche de rencontres partenariales nous a conduits à mettre en place une forme de circuit d'inclusion naturel. Les partenaires que nous rencontrons, dans le meilleur des cas, pensent à Tandem lorsqu'ils identifient que l'usager pourrait trouver un intérêt, dans la construction de son parcours, à être soutenu par un « référent parcours de santé ». La réponse est donc : oui, les usagers sont orientés par les partenaires que nous rencontrons. Pas uniquement les partenaires du collectif, mais aussi tous les partenaires de l'action en santé, au sens large. Par ailleurs, les usagers eux-mêmes peuvent directement nous solliciter. Il n'y a pas forcément de circuit fléché nécessairement par un médecin traitant ou par un travailleur social. L'usager seul peut venir à nous. Mais il y a la question de l'information. Il est compliqué pour l'usager de savoir que Tandem existe, parmi une foultitude d'autres dispositifs dont il ne sait pas s'il relève ou s'il remplit les critères. Par conséquent, en théorie, les usagers peuvent faire appel à nous directement, mais en pratique, il arrive assez rarement qu'un usager, dans un établissement, attrape la plaquette et se dise : « tiens, je vais appeler Tandem ». Il y a un travail de sensibilisation préalable.

Pour répondre à la question de « aller vers », aujourd'hui, nous n'avons pas les moyens matériels et humains d'organiser des permanences ou d'aller à la rencontre des gens dans les établissements, dans les lieux dans lesquels les publics, notamment les plus fragiles ou les plus précaires, pourraient se situer. À cet égard, nous comptons sur nos partenaires qui, eux-mêmes, font ce travail-là, aussi insatisfaisant que cela puisse être. Nous savons que c'est une vraie limite dans notre proposition. Mais nous sommes modestes : nous sommes dans une phase expérimentale très courte, avec un temps limité.

En ce qui concerne les considérations budgétaires, c'est l'ARS qui finance le dispositif, dans le cadre du projet de territoire de soins numérique. Ce sont des fonds du ministère de la Santé et du ministère du Redressement productif, à l'époque. L'enveloppe globale est d'environ 500 000 € sur trois ans sur le territoire. Ce sont effectivement des conditions cinq étoiles... Ce ne sont pas 500 000 € par an, mais sur les trois ans. Cela reste néanmoins un budget important.

Quant aux critères d'évaluation, le dispositif a fait l'objet d'une évaluation par l'Institut de formation et de recherche sur les organisations sanitaires et sociales (IFROSS), un institut rattaché à l'université de

Lyon 3, réalisée par quatre chercheurs. Les critères d'évaluation étaient les suivants : l'usage, le retour qualitatif des usagers, le retour qualitatif des partenaires, à travers des grilles, des questionnaires en présentiel... Un gros travail a été effectué à cet égard. Il y a aussi eu du quantitatif, avec un questionnaire de satisfaction qui a été diffusé à toutes ces personnes. Un autre critère d'évaluation, plus informel, est la confiance que nous renouvelons l'ARS en nous aidant dans la recherche de soutiens pour la pérennisation et le déploiement du dispositif. L'évaluation est disponible en ligne.



ATELIER 1 -

LA MÉDIATION DANS LES PARCOURS DE SANTÉ: AGIR AUX INTERSTICES DU SOCIAL ET DU SANITAIRE

Face à des problématiques complexes où différents champs s'imbriquent et au cloisonnement toujours prégnant des politiques et des institutions, la médiation apparaît comme une forme d'intervention sociale à même de combler les lacunes et frontières entre les milieux sanitaire et social. Les médiateurs sociaux ou sanitaires tendent à fluidifier les relations avec les services publics et faire des passerelles, afin de lever les obstacles à un parcours de santé. Ils sont en capacité de repérer des situations de ruptures et d'accompagner les personnes. La plus-value de la médiation fait consensus et les compétences des médiateurs sont mieux reconnues. Mais de quel type de médiation parle-t-on ?

À quelles conditions la médiation facilite-t-elle le parcours de santé ?
Comment les remplir ?

Expériences ressources présentées :

- **La médiation en santé dans les quartiers de la politique de la ville de Saint-Étienne**
Vincent Bourgin, *coordonnateur médiation en santé, Mutualité Française Loire*, et **Akima Zellag**, *médiatrice santé*
- **La médiation dans le parcours de santé des migrants à Clichy-sous-Bois**
Michel Fikojevic, *coordonnateur ASV, ville de Clichy-sous-Bois* et **Pinda Kanne**, *médiatrice sociale et culturelle, ARIFA*

Animé par :

Marie Denisot, *animatrice ASV, Ville de Saint-Étienne*

Restitué par :

Bénédicte Madelin, *présidente de LaFédé (Fédération des associations de médiation sociale et culturelle d'Île-de-France)*

LA MÉDIATION EN SANTÉ DANS LES QUARTIERS DE LA POLITIQUE DE LA VILLE DE SAINT-ÉTIENNE

Présentation par **Vincent Bourgin**, *coordonnateur de médiation en santé, Mutualité française Loire*, et **Akima Zellag**, *médiatrice en santé*

⇒ Vincent Bourgin

Je suis assistant social. Je travaille à mi-temps à la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de Saint-Étienne et je suis détaché sur mon autre mi-temps pour coordonner un nouveau dispositif qui s'est mis en place il y a un an, de médiation en santé concocté par la Mutualité française Loire – Haute-Loire. Akima vous présentera son travail dans un deuxième temps.

Il était un peu prétentieux de notre part de venir vous parler de la médiation. Nous sommes tout « neufs » dans le sujet. Mais c'est peut-être un regard un peu différent que nous pouvons apporter sur la médiation. Je sais que dans l'assemblée, il y a forcément des gens qui travaillent ces questions-là depuis des années. Toujours est-il que lorsque nous sommes arrivés, et sans doute du fait de notre regard neuf, nous avons trouvé que les choses s'accéléraient un peu, ou en tout cas que nous sommes dans une période plutôt favorable à la médiation en santé. Depuis que nous avons pris le dispositif en main, nous sommes sollicités, il y a des réunions... Il y a le fameux décret sur la médiation en santé, qui découle de la loi de santé de janvier 2016, et la Haute Autorité de Santé qui est en train de finaliser un référentiel autour de ces questions de médiation en santé. Je ne sais pas si c'est l'air du temps, ou une accélération, ou une volonté réelle d'asseoir le dispositif, mais en tout cas, il y a des éléments qui sont plutôt favorables et qui nous portent dans l'installation de ce nouveau dispositif.

Je vais essayer de vous expliquer rapidement le dispositif à Saint-Étienne et surtout, comment nous prenons part à ce millefeuille dont nous avons parlé ce matin. Je crois que c'est une réalité : les dispositifs s'empilent les uns sur les autres et les premières questions auxquelles nous sommes confrontés lorsque l'on démarre dans la médiation, c'est : qu'est-ce que vous faites ? Qu'apportez-vous ? Ce dispositif est nouveau pour nous. Nous avons répondu à un appel d'offres en 2015, avec financements en 2016. Il bénéficie d'un co-financement, principalement de

l'ARS, mais aussi de la Direction départementale déléguée de la cohésion sociale (DDCS), pour la plus grosse partie. Il se situe donc à l'interface entre le social et le médical. Il bénéficie aussi de financements des communes et de l'agglomération. L'objectif principal a été rappelé : la réduction de ces fameuses inégalités de santé, qui perdurent depuis des années et auxquelles nous sommes de plus en plus confrontés, malgré tout ce qui existe. C'est donc une question intéressante.

Notre approche est une approche territoriale car liée à la politique de la ville, puisque nous n'avons pas de publics spécifiques, nous avons comme public cible les habitants de ces quartiers et se trouvant en situation de précarité. À ce titre-là, les médiatrices sont confrontées à des publics extrêmement divers. Les premières personnes que nous avons rencontrées étaient plutôt âgées, isolées, mais également des personnes en errance dans les quartiers, des jeunes en cours d'insertion professionnelle, des migrants sans papiers, etc. Nous sommes donc confrontés à un ensemble de problématiques vraiment très diverses autour de ces questions. Ces problématiques, vous les connaissez tous : l'accès aux droits, la méconnaissance des dispositifs, les incompréhensions, des problématiques de maintien à domicile, mais aussi des problématiques de réduction de l'offre de soins, qui sont de réels obstacles, aujourd'hui. En tant que médiateur, nous n'avons pas toujours de leviers d'action. Il y a des choses sur lesquelles nous pouvons agir et d'autres avec lesquelles il faut composer, notamment cette réduction de l'offre de soins sur les territoires, les déserts médicaux, qui n'existent pas uniquement dans les campagnes...

L'enjeu de ce nouveau dispositif a été rappelé ce matin : que peut-on apporter de plus dans ce maillage sur des territoires qui sont déjà souvent dotés en dispositifs, en professionnels qui ont l'habitude de travailler ensemble ? Je crois que notre place est vraiment à l'interface entre le social et le médical. C'est là que nous pouvons peut-être apporter une pierre à l'édifice et ce sur quoi nous travaillons avec les partenaires, parce qu'on ne visualise pas forcément d'emblée ce nouveau dispositif. Quand nous sommes arrivés, il a fallu un peu forcer les portes et apprendre à travailler ensemble. Et lorsque l'on apprend à travailler ensemble, on s'aperçoit qu'il y a largement de la place pour la médiation. Ce dispositif de médiation qui va être en première ligne peut être un support tout à fait intéressant pour les professionnels et les associations déjà en place. Aujourd'hui, avec le peu de recul que nous avons, j'ai l'impression que nous avons dépassé certaines résistances, et que nous allons commencer réellement à pouvoir travailler ensemble.

Nous avons fait le choix de recruter des médiateurs qui avaient une bonne connaissance du territoire, à la fois géographique mais aussi en termes de réseau : ce sont des personnes en capacité d'établir des connexions avec toutes ces ressources qui existent réellement sur le territoire. C'était le premier critère de recrutement. Deuxième critère : nous avons essayé de trouver des professionnels en capacité de créer du lien avec des personnes qui étaient en difficulté d'accès aux soins et qui n'étaient pas forcément en mesure de demander de l'aide ou de s'adresser aux dispositifs existants.

Nous tentons aussi de favoriser et d'initier des actions collectives autour de thématiques liées aux difficultés de santé, thématiques que nous avons pu toucher du doigt grâce à des rencontres individuelles que nous avons eues avec des personnes. Nous souhaitons également être présents sur l'espace public et nous essayons de développer des actions qui vont nous rendre visibles aux yeux des « invisibles ». C'est une attente importante des territoires. Nous nous déplaçons dans les lieux publics, nous informons les commerçants, et nous mettons en place des démarches de porte-à-porte. Nous allons frapper à la porte des habitants pour essayer de nous faire connaître et de toucher des personnes, en nous appuyant sur des expériences qui ont été menées par ailleurs : nous n'avons rien inventé...

Voilà, rapidement brossé, le dispositif tel qu'il a été pensé dans le sud du département de la Loire. Pour illustrer cela, nous avons demandé à Akima, qui est médiatrice, de nous parler d'une situation. Je crois que c'est le plus simple, pour vous montrer les préoccupations qu'elle peut avoir, ses leviers d'action, etc.

⇒ Akima Zellag

Je suis médiatrice en santé dans un quartier qui relève de la politique de la ville et j'interviens dans deux structures : une amicale laïque et un centre social. Au sein de l'amicale laïque, je travaille en binôme avec une référente administrative, avec laquelle je reçois les personnes sur rendez-vous. Le rendez-vous est pris, nous rencontrons la personne, qui se raconte, et nous essayons de débroussailler la problématique. Au centre social, j'interviens une demi-journée par semaine. C'est une permanence sans rendez-vous. Il y a des référents pour diverses thématiques : emploi, administratif, juridique et depuis ma prise de poste, je suis la référente en santé de cette permanence.

Dans le quartier, le bouche-à-oreille fonctionne très bien. C'est un point positif à signaler. En parallèle, j'ai effectué une campagne d'affichage dans mon quartier d'intervention. Je suis aussi allée à la rencontre des commerçants du quartier afin de leur expliquer quelles étaient mes missions et comment je pouvais intervenir auprès des habitants. Cette démarche a été efficace, étant donné que la situation que je vais vous décrire m'a été présentée lors d'une rencontre avec une commerçante. Quand j'ai expliqué à celle-ci quelles pouvaient être mes missions, elle a rapidement pensé à une personne. Je lui ai donc proposé de transmettre mes coordonnées à cette personne afin qu'elle puisse me solli-



citer. La dame m'a rapidement contactée et nous sommes convenues d'un rendez-vous dans le bureau qui est mis à ma disposition une fois par semaine. Nous nous sommes rencontrées pour la première fois le 27 janvier. Je la suis encore. À première vue, c'est une personne qui paraissait désemparée. Elle m'a confié son désarroi face à sa situation, qu'elle pensait inextricable. Elle se sentait isolée et ignorait le parcours à suivre pour faire valoir ses droits et avoir accès aux soins.

L'historique de la situation est le suivant : il s'agit d'un couple qui est arrivé en France depuis trois mois au moment de notre rencontre. Ils font face à une situation financière difficile, due à une faible retraite pour monsieur, qui est octogénaire, qui souffre de diabète et de problèmes cardiaques. Suite à son diabète, il a malheureusement dû subir une amputation de la jambe dans son pays d'origine et cette opération ne s'étant pas bien déroulée dans son pays, ils ont décidé de venir en France pour que monsieur reçoive de meilleurs soins. Le couple, à cette époque, n'a aucune couverture sociale. De plus, ils ont effectué une demande de droit de séjour à la préfecture. Le dossier a été rempli par une tierce personne de leur connaissance. À ce jour, la demande a été rejetée. Dans ce contexte difficile, il faut savoir que madame a vingt ans de moins que lui et que c'est elle qui porte la situation à bout de bras. C'est pourquoi elle est très désemparée. Elle ne sait pas du tout à qui s'adresser. En plus, elle ne connaît personne dans le quartier. Lorsqu'elle fait ma connaissance, je suis un peu sa bouée de sauvetage. Dès lors, elle me sollicite régulièrement. Malgré tout, elle me semble quand même assez volontaire et en capacité d'effectuer des démarches pour son mari. Moi, je la soutiens afin qu'elle garde une certaine autonomie, parce que c'est tout de même ce qui ressort assez souvent : il faut aider les personnes, leur donner une impulsion, mais les amener à garder ou retrouver un maximum d'autonomie.

Mes différentes interventions auprès de cette famille m'ont amenée à écouter pour mieux prendre en compte le suivi de leur situation, à les orienter face à l'ensemble de leurs problématiques et devant la complexité de leur situation : problèmes de santé, problèmes financiers, de droit au séjour, à l'assurance maladie et isolement. De mon côté, je sollicite des techniciens, c'est-à-dire l'assistante sociale, des médecins spécialistes, jusqu'aux avocats. J'accompagne cette dame en fonction de sa demande et de la fragilité que je peux ressentir chez elle. Lorsque je la reçois en rendez-vous, nous effectuons ensemble les démarches administratives, pour une totale mise en confiance. Ce sont par exemple des rendez-vous auprès d'une assistante sociale de la caisse d'assurance

retraite et de la santé au travail (CARSAT). J'explique la situation de ces personnes. À cette époque, c'était pour des raisons d'ordre financier, pour savoir si elle pouvait obtenir son droit à la CAF, étant donné qu'ils n'avaient pas de titre de séjour. Cette question est encore en suspens. J'ai également formulé des demandes auprès de la médecine physique et de réadaptation (MPR), pour obtenir un fauteuil électrique pour son mari, parce qu'il a un fauteuil mécanique, qu'il a des problèmes de cœur et que se déplacer en fauteuil le fatigue. Dans ce contexte, il y a toute une démarche à effectuer : demande d'attestation auprès de leur médecin généraliste, prise de rendez-vous chez certains spécialistes, entre autres, un cardiologue pour monsieur, mais aussi un psychologue, parce que cette dame, il lui arrive de craquer. Elle est épuisée moralement. Je l'ai donc fait suivre par un psy de la PASS. À sa demande, je l'ai accompagnée une première fois à son rendez-vous, parce qu'elle n'était pas en confiance. Cela a favorisé par la suite ses autres séances, qu'elle a pu faire sans mon intervention. En parallèle de ce travail, je joue un rôle de réconfort et de soutien moral. Ma disponibilité, lors de mes permanences, ainsi que mes visites à domicile, m'ont permis de créer du lien et d'instaurer cette fameuse mise en confiance auprès de ces personnes.

Cela prendra du temps, mais actuellement, je suis en préparation pour la fin de l'accompagnement, une fois que tout sera réglé, bien évidemment. À sa demande, à un moment où elle a craqué parce que les démarches étant très longues, elle ne voit pas le bout du bout, j'ai pris contact avec les centres sociaux afin qu'ils puissent découvrir de nouveaux lieux de socialisation pour partager des loisirs et faire en sorte qu'elle fasse de nouvelles rencontres avec d'autres personnes.

Voilà à peu près où j'en suis aujourd'hui. Pour conclure, je dirai que cette situation montre que l'état de santé des personnes dépend autant des problématiques liées à leur environnement, à l'isolement, à la précarité, aux difficultés administratives, que d'une pathologie avérée.

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

⇒ Un participant

Quelles sont, les marges de liberté que vous avez pour amener jusqu'au bout ce conflit, d'une certaine façon, entre administré et administration, entre services sociaux ? Jusqu'où pouvez-vous aller ?

⇒ Vincent Bourgin

Il ne s'agit pas forcément de conflit. Il s'agit plus de l'application du lien social en amont du conflit et en amont de la dégradation de situations qui sont déjà complexes. Jusqu'où allons-nous ? C'est une bonne question. Pour l'instant, nous sommes neufs. Nous étions plutôt dans l'idée de commencer à nous faire connaître et d'avoir des situations. Maintenant que les choses commencent à être un peu plus établies, nous commençons à nous poser la question de lâcher. L'idée est d'amener les gens vers le droit commun, mais pour de tels publics, extrêmement précaires, pour lesquels, en l'occurrence, une question de droit au séjour se pose, l'accompagnement risque d'être fait sur du long terme. En tout cas, les portes resteront ouvertes, parce que l'on sent bien, pour cette situation, que cette personne a beaucoup investi la médiatrice. Je pense que la médiatrice sera pendant quelque temps un point de repère et il est important que nous restions un point de repère, quitte à simplement laisser la porte ouverte et à la réorienter, mais que nous nous autorisions cet accompagnement sur du long terme, parce que nous savons que les parcours de ces personnes ne sont pas linéaires.

Formation des médiateurs et supervision

⇒ Un participant

Quelle est votre formation initiale en tant que médiatrice en santé ? Aujourd'hui, « médiatrice en santé », c'est vaste. Par ailleurs, je voulais savoir si vous bénéficiez de supervision et si c'était travaillé en interdisciplinarité au sein de votre équipe.

⇒ Akima Zellag

Dans l'accompagnement, je suis seule et en même temps, accompagnée, parce que j'ai tout un annuaire de ce système, où je téléphone pour prendre des renseignements, des conseils, des rendez-vous. Sur ce plan, je ne suis pas seule. Je suis seule dans l'accompagnement avec la personne en demande. Ensuite, c'est à moi de faire un travail en amont pour enquêter sur les besoins, qu'ils relèvent du social ou du médical, pour pouvoir les orienter.

⇒ Vincent Bourgin

Le dispositif qui a été financé a une spécificité : il y a un temps de coordination important. Nous avons trois médiatrices à mi-temps. Akima a une formation d'aide médico-psychologique, la deuxième également, et nous avons une conseillère. Pour ma part, je coordonne le dispositif à mi-temps. Je fais ce travail d'accompagnement, de formation, d'analyse de la pratique. Pour l'instant, c'est effectivement en équipe. Nous sommes aussi accompagnés, pour ce dispositif, qui est nouveau, par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) d'Auvergne-Rhône-Alpes, avec qui nous faisons un travail d'évaluation. Ce travail est cours d'élaboration et la Région est intéressée par cette évaluation que nous faisons localement pour essayer de l'étendre à l'ensemble de la région.

Construire le réseau de professionnels

⇒ Un participant

Comment construisez-vous votre connaissance du réseau, du tissu associatif, de l'offre de soins et de santé, qui vous est certainement très utile pour orienter les personnes que vous accompagnez ?

⇒ Vincent Bourgin

Cela s'est fait en plusieurs temps. D'abord, avec l'agglomération et la ville, nous avons travaillé avec les territoires. En proposant le dispositif, nous avons rencontré l'ensemble des partenaires. Les médiatrices n'avaient pas une connaissance exhaustive de l'ensemble des ressources du territoire, mais je crois que cela se construit au coup par coup, en fonction des situations. Comme je vous le disais, les situations sont très

diverses. Nous avons été confrontés à une première problématique, le vieillissement de personnes âgées, puis d'ophtalmologie. Nous avons travaillé cette question. Au fur et à mesure des situations auxquelles nous sommes confrontés, nous travaillons ensemble, nous réfléchissons à ceux que l'on va solliciter. Akima parlait d'experts. Nous ne sommes pas des techniciens, nous ne sommes pas des experts. En fonction des situations que nous avons à traiter, nous tirons tel ou tel fil et nous nous adressons à tel ou tel professionnel. C'est de cette manière que petit à petit, le réseau s'alimente.

Mais sachant que nous avons trois territoires à géométrie variable, l'approche n'est pas la même. Sur un territoire, nous avons une sorte de comité de pilotage qui se réunit de manière assez régulière, ce qui n'est pas forcément le cas sur les autres territoires. Nous sommes dans la construction et nous cheminons un peu au jour le jour.

⇒ Akima Zellag

Ce sont aussi des partenaires qui se fidélisent. Pour vous donner un exemple tout bête, je fais souvent appel aux assistantes sociales de la CARSAT, de la sécurité sociale à Saint-Étienne, quand j'ai un souci de l'ordre de l'accident du travail, pour les droits de la personne en termes de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Nous sommes en véritable partenariat, nous tissons des liens professionnels, et également, une fidélité avec ces personnes-là.

⇒ Marie Denisot

C'est intéressant, parce que la médiation en santé sert au public, bien sûr, mais il est aussi très utile, pour les professionnels de la CPAM ou d'autres structures, d'avoir quelqu'un qui explique la situation d'une personne. C'est aussi facilitant pour les professionnels eux-mêmes.

⇒ Akima Zellag

Oui, parce que même les professionnels font appel à nous : des médecins, le médecin généraliste du quartier, l'assistante sociale... nous appellent pour savoir si nous pouvons suivre telle ou telle personne pour telle ou telle problématique. En fait, c'est un échange, un échange de bons procédés.

Le porte-à-porte et l'intervention dans l'espace public

⇒ Un participant

En introduction, vous parliez de trois modalités d'intervention dont la dernière était plutôt une démarche de porte-à-porte, que vous avez peut-être déjà expérimentée. Comment se fait cette intervention ? Êtes-vous seule ? Êtes-vous accompagnée ? Est-ce que vous faites appel à des bailleurs sociaux pour avoir accès aux locataires ou aux propriétaires ? J'aimerais savoir comment cela s'est construit parce qu'aujourd'hui, sur notre territoire, nous avons recruté un médiateur social – santé qui est seul et qui n'avait pas l'habitude de travail seul. Il exerçait en binôme dans son précédent métier. Nous sommes confrontés à cette question : comment intervient-il en « aller vers », seul ? Et comment les habitants vous reçoivent-ils quand ils ouvrent la porte ?

⇒ Vincent Bourgin

Pour le porte-à-porte, nous travaillons en binôme : la médiatrice et moi-même. Nous avons pour principe de ne pas aller seul à domicile. Cela se prépare et effectivement, nous nous appuyons sur les bailleurs sociaux, qui nous facilitent l'accès aux portes et aux cages d'escalier par un badge et qui annoncent notre venue par un système d'affichage : une affiche est apposée une semaine avant sur les boîtes aux lettres. Le jour annoncé, nous faisons les cages d'escalier et nous frappons aux portes des habitants. Nous nous sommes appuyés sur l'expérience de Grenoble, qui pratique cela depuis un certain temps et qui le fait très bien.

⇒ Akima Zellag

L'accueil lors du porte-à-porte est assez positif. Ils sont assez curieux de médiation en santé. Déjà, lorsque l'on parle de santé, chaque personne a ses problèmes. Mais c'est assez positif. Ils vous ouvrent la porte, ils vous écoutent... Si ce sont des portes fermées, nous avons des flyers que nous mettons dans les boîtes aux lettres. C'est la raison pour laquelle, avant d'effectuer ce porte-à-porte, j'avais fait une démarche auprès des commerçants, parce que je me suis dit que les bonnes personnes, cela ne pouvait être que les commerçants. Ils se connaissent tous entre eux. Il me semblait important de me faire connaître d'eux parce que les commerçants parlent plus facilement avec les habitants du quartier, et les habitants du quartier s'adressent plus facilement aux commerçants. Et si tout le monde ne va pas au centre social, tout le monde va faire ses courses.

⇒ Vincent Bourgin

Nous avons aussi une médiatrice qui est très à l'aise, qui intervient seule, mais sur l'espace public, dans la sphère publique, dans les parcs, etc. Elle est tout à fait en capacité de le faire et elle est moins exposée puisqu'elle le fait au vu de tout le monde. Elle peut donc se permettre de le faire seule. En revanche, toute première visite à domicile se fait en présence de quelqu'un. Cela peut être moi ou bien un habitant, ou bien un travailleur social. Nous leur demandons de ne pas s'exposer. La commande des communes est d'aller au-devant des publics qui ne viennent pas jusqu'à elles, mais ce n'est pas aussi simple que cela. Nous avons aussi un appui de l'office public, ce qui est intéressant.

L'articulation entre la médiation et les autres dispositifs de coordination

⇒ Un participant

Je ne sais pas s'il y a une MAIA sur votre territoire. S'il y en a une, comment se fait l'articulation avec les gestionnaires de cas ? Quelle est la différence entre le travail du gestionnaire de cas et celui du médiateur ? J'ai du mal à bien cerner les missions. N'y a-t-il pas risque de doublon ?

⇒ Vincent Bourgin

Il y a une ou deux situations pour lesquelles nous avons fait appel à la Maison Loire autonomie. Ce sont souvent des situations inextricables, qui ont déjà été signalées, mais sur lesquelles on n'avance pas. Nous nous appuyons davantage sur la médiatrice pour essayer de créer du lien. Nous avons eu une situation très compliquée : la médiatrice retournait chez la personne, essayait de se faire ouvrir, en essayant parfois des refus, et tentait de préparer la venue de ces dispositifs, dont les gestionnaires n'avaient pas la possibilité de se rendre chez les gens.

Nous, nous sommes vraiment dans la relation. Si nous y allons, c'est qu'il n'y a plus grand monde qui y va ou que personne n'y est encore allé. Si nous y allons et que nous constatons qu'il y a un maillage, nous allons voir à côté. Il n'y a pas trop de risque de doublon. Ce risque existe sans doute, mais il est plus fantasmé que réel.

⇒ Un participant

Je suis directeur d'un réseau de santé et d'une plateforme de coordination, et je réagis en rebond à la première intervention de ce matin. Je trouve que vous donnez un bon exemple sur l'importance de la porte d'entrée. Entre les schémas très déterminés pour organiser un parcours de santé et la proximité de la personne dans son environnement, il n'y a pas d'hésitation : ce qui fonctionne le mieux, c'est la proximité par rapport à la personne dans son environnement. Je suis du monde sanitaire, je vois cela de l'autre côté, mais c'est une évidence. Tenir le discours inverse, c'est se tromper et c'est nier la polyvalence des situations, leur polymorphie. Pour certaines situations, vous serez plus adaptés. Pour d'autres, une infirmière de mon organisation sera plus adaptée. Ce qu'il faut avant tout, c'est avoir un panel organisé, structuré en dehors de toute concurrence, définir parfois collectivement celui qui va essayer d'abord, et si cela ne fonctionne pas, c'est un autre qui le fera, parce que les gens bougent, comme nous bougeons aussi. Peut-être que ce ne sera pas à la première rencontre que les choses vont se faire. Il n'y a pas de priorité de droit de mieux coordonner ou de mieux accompagner d'une structure par rapport à une autre. Je crois qu'il faut dépasser cette image-là, dépasser les arbres tout faits, parce que si ces situations entraînent dans un système prédéterminé, il n'y aurait pas besoin d'organisation. S'il y a besoin de nos structures, c'est justement parce que ces gens-là n'entrent pas spontanément dans une organisation prédéterminée. C'est mon credo.

⇒ Un participant

Pour illustrer, je vous cite une situation d'incurie de personne âgée. La médiatrice a mis deux mois pour faire intervenir l'infirmier juste pour faire une petite piqûre au bout du doigt pour prendre la glycémie. Elle a mis plus d'une demi-heure, avec l'assistante sociale, pour qu'on leur ouvre. Elles sont restées à attendre ensemble, elles ont insisté. C'est vraiment une plus-value dans la situation.

Médiation et contrat local de santé

⇒ Un participant

Je coordonne un CLS et je voudrais savoir quelle est votre modalité d'intervention par le biais de la médiation en santé sur les actions collectives. Est-il plus facile d'impliquer les usagers par le biais de la médiation ? Ce qui pêche, notamment au niveau des CLS : les habitants, les usagers ne sont pas associés aux actions collectives. Est-ce que la médiation en santé pourrait être un moyen ?

⇒ Vincent Bourgin

Nous travaillons avec le centre d'hygiène à la co-construction d'une exposition itinérante dans les quartiers de la politique de la ville. Nous, au titre de la médiation, nous avons notre part, qui est d'amener un groupe d'habitants à participer à cette co-construction, de les motiver dans la durée, d'aller les chercher, de les accompagner pour qu'ils participent à l'ensemble de cette co-construction, par exemple, grâce à notre proximité.

LA MÉDIATION DANS LE PARCOURS DE SANTÉ DES MIGRANTS À CLICHY-SOUS-BOIS

Présentation par **Michel Fikojevic**, *coordonnateur d'ASV, référent du CLS et responsable du service « santé », ville de Clichy-sous-Bois*, et **Pinda Kanne**, *médiatrice sociale et culturelle, ARIFA (Clichy-sous-Bois et Montfermeil)*

⇒ Michel Fikojevic

Nous allons vous parler de la médiation dans le parcours de santé des primo-arrivants, des personnes migrantes à Clichy-sous-Bois. Clichy-sous-Bois est une ville de l'est de la Seine-Saint-Denis qui compte près de 30 000 habitants, avec une forte population de jeunes, puisque près de 50 % de la population a moins de 25 ans. C'est aussi une population multiculturelle, plus de 80 langues sont parlées et 49 % de la population est d'origine étrangère, en tout cas dans les derniers chiffres officiels. En réalité, c'est bien plus que cela. La population est très défavorisée sur le plan socio-économique. Le taux de pauvreté, qui est de près 28 % en Seine-Saint-Denis, est de 45 % chez nous. De plus, la ville est très enclavée, puisque nous n'avons que des réseaux de bus. Nous n'avons pas de train. Il faut une heure et quart pour aller à Paris et 45 minutes pour aller à Bobigny, qui est le chef-lieu du département. Nous sommes un territoire qui relève de la politique de la ville et de manière très spécifique, puisque 80 % de la ville est classé en territoire relevant de la politique de la ville. Chez nous, ce n'est pas un quartier, c'est toute la ville. Par conséquent, l'ASV couvre toute la ville. L'indicateur de développement humain régional (IDH-2) est de 0,23 et le système de soins est très déficitaire, puisque nous sommes dans un désert médical. Nous n'avons quasiment pas de spécialistes. Nos médecins généralistes vieillissent, comme partout, et les jeunes ne viennent pas les remplacer. L'hôpital de secteur, situé dans la ville voisine de Montfermeil, fait beaucoup d'urgences en « bobologie » et fait le relais des spécialités. De nombreuses copropriétés sont dégradées, avec peu de visibilité et de suivi global de leurs habitants et un fort taux de turnover de la population. En effet, chez nous, paradoxalement par rapport aux autres quartiers de la politique de la ville, c'est notre secteur HLM qui se porte bien, mais nous avons de grands ensembles en copropriété qui ont été dégradés. Dans le cadre d'un premier projet de renouvellement urbain, en 2004, 1 500 logements ont été détruits et rénovés. Un deuxième projet est en

cours, un projet de requalification de copropriétés dégradées dans le quartier du Chêne-Pointu. Nous allons vous en parler à propos d'une intervention que nous avons faite autour de la santé. Le taux de démolition-reconstruction pour ce deuxième projet est le même que pour le premier.

Dans tout cela, il y a tout de même des lueurs, des rayons de soleil. Le rayon de soleil, c'est le tissu associatif et de partenaires, qui est très dense, qui a l'habitude de travailler en complémentarité et en bonne connaissance de la population et au milieu duquel nous avons ce que j'appelle le soleil de Clichy-sous-Bois, justement, l'association ARIFA, qui est là depuis vingt ans, avec ses médiatrices socio-culturelles, qui ont une spécificité en matière de santé.

⇒ Pinda Kanne

L'ARIFA est une association qui a été créée en 1989. Un conseil de médecins de protection maternelle et infantile (PMI) avait constaté que quelques dames d'origine maghrébine allaient souvent accompagner leurs compatriotes à la PMI. À la suite de cela, ils ont monté l'association. Aujourd'hui, l'association est composée de sept médiatrices du Maghreb, d'Afrique sub-saharienne – je suis malienne –, du Sri Lanka, de Turquie. Nous avons quatre secteurs d'intervention : l'accès aux droits, la parentalité, la santé et l'animation de vie locale. Nous avons plusieurs lieux d'intervention à Clichy-sous-Bois et Montfermeil. Nous avons une maison de services aux publics qui regroupe plusieurs services, dont la sécurité sociale et anciennement, la CAF, qui malheureusement n'y est plus. La mairie et les bailleurs sociaux y font des permanences. Nous y avons des locaux et nous assurons des permanences du lundi au vendredi, sans rendez-vous, pour tout ce qui relève de l'accès aux droits. Nous remplissons des formulaires pour l'aide médicale, la CMU-C, des demandes de logement et nous traitons de nombreuses demandes.

Nous avons un autre lieu d'intervention, à Clichy-sous-Bois, le centre social de la Dhuy, où nous avons aussi un local. Enfin, dans le bas-Clichy, la majorité de la population qui vient pour des soins vient du Chêne-Pointu. Ce sont des populations très défavorisées. La majorité des personnes que nous recevons sont au revenu de solidarité active (RSA). Sur le plan de la santé, nous organisons des bilans de santé depuis quelques années. Nous sommes partenaires avec la sécurité sociale pour faire des bilans complets. Nous le faisons tous les mois, à raison de dix personnes par mois. C'est nous qui faisons appel à la population.

Nous avons les formulaires au bureau, nous les remplissons et nous accompagnons physiquement les personnes pour qu'elles réalisent un bilan complet. Nous faisons souvent de la traduction, parce que plusieurs médiatrices connaissent plusieurs dialectes, selon les besoins de la population. Je suis d'origine malienne et je parle plusieurs dialectes, mais je ne m'occupe pas que des Maliens. Je m'occupe aussi de publics qui savent s'exprimer en français. Nous nous en occupons parce qu'il faut que nous favorisions aussi l'autonomie, pour qu'un jour, ils puissent se débrouiller seuls, sans nous. Nous organisons aussi des activités au sein de l'ARIFA : des visites de musée, des ateliers diététiques, etc. Il y a énormément de choses à dire, mais cela prendrait beaucoup de temps.

⇒ Michel Fikojevic

Sur le territoire, il existe un ASV depuis 2001. Le contrat local de santé en est à sa deuxième génération. Beaucoup d'actions ont été mises en place, qui ont été co-construites avec les habitants, mais surtout avec l'ARIFA, notamment pour des situations en urgence. Il existe un lien vers le récit d'expérience qui est publié sur le site de Fabrique Territoire Santé [•], mais je vais vous en parler très brièvement.

[•] https://www.fabrique-territoires-sante.org/ressources/recits_experiences/clichy-sous-bois-des-parcours-sante-pour-les-primos-arrivants-grace-la

Il s'agit d'une situation inhabituelle de cas constatés de tuberculose maladie et d'infections de tuberculose latente chez des enfants de moins de quinze ans dans le quartier du Chêne-Pointu. Nous avons un centre lutte anti-tuberculose qui est piloté par le département de Seine-Saint-Denis, qui nous a alertés, puisque ce sont eux qui, après l'ARS, reçoivent les déclarations obligatoires des médecins sur les cas de tuberculose. Ils nous ont dit que depuis quelques mois, ils trouvaient dans ce quartier une incidence un peu élevée des cas de tuberculose. Le quartier était déjà un peu dans le rouge et ils nous ont alertés sur une explosion des cas. Nous nous sommes tous mis autour de la table, avec bien sûr les médiatrices socioculturelles, les médecins de l'hôpital et ceux du centre de prévention sanitaire, d'abord pour voir ce qui se passait. Nous avons accompagné tout le processus de prise en charge de soins, d'accès aux soins de ces personnes et cela nous a amenés à mettre en place un dépistage de tous les habitants du quartier du Chêne-Pointu. Sur 7 000 personnes, nous en avons touché 3 500. C'est l'un des plus gros dépistages que l'on connaisse en France en santé publique.

Nous en avons tiré un certain nombre d'enseignements, avec un accom-

pagnement extrêmement renforcé des médiatrices de l'ARIFA, parce qu'il y avait plusieurs phases. Elles sont allées faire du porte-à-porte. Elles ont été formées par les professionnels sur la tuberculose et elles sont capables d'en dire autant sur le sujet que quelqu'un qui travaille dans un centre de lutte anti-tuberculose. Nous avons démultiplié les formations, qu'elles ont assurées pour les relais. Elles sont allées principalement au-devant du public, accompagnées par d'autres partenaires, pour amener les gens à ce dépistage. C'est aussi pour cette raison que nous sommes parvenus à dépister autant de monde. Bien sûr, nous avons trouvé des cas et surtout, nous avons constaté ce que nous savions déjà, c'est-à-dire un accès aux droits très déficitaires de ces personnes qui se retrouvaient dans ce quartier parce qu'il y a des marchands de sommeil qui louent, qui surlouent des appartements, avec des personnes en situation irrégulière qui n'osent pas aller vers les institutions parce qu'elles ne décodent pas les règles ou parce qu'il y a beaucoup de choses qui peuvent se jouer derrière cela. Elles n'ont aucune visibilité par rapport à l'accès à la santé en général. Il faut donc aussi les accompagner.

Nous nous sommes demandé ce que nous pouvions mettre en place, suite à ce dépistage, pour essayer de mener au moins une action spécifique sur les primo-arrivants. Nous avons décidé, avec la ville, l'ARIFA, le département et l'ARS, de mettre en place une consultation pour les primo-arrivants, qui a lieu de façon hebdomadaire. Nous les repérons soit via la PMI, soit via notre centre de vaccination municipale, puisque lorsqu'ils inscrivent leurs enfants à l'école, les parents ont besoin d'une attestation vaccinale. Nous arrivons donc à les repérer à ce moment-là. Ou bien ils nous sont envoyés par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), puisque nous sommes centre de vaccination au même titre que les autres centres de vaccination du département. Nous arrivons donc à les repérer, nous leur proposons une première consultation, qui est une consultation de prévention autour du dépistage de la tuberculose, du VIH et de l'hépatite B, qui est une compétence du centre de prévention du département. Nous assurons le relais. Les médiatrices interviennent au sein de la consultation.

⇒ Pinda Kanne

Pour l'épisode de la tuberculose, en 2011, nous avons fait du porte-à-porte. Nous assurons aussi une permanence en soirée au Chêne-Pointu, ou l'après-midi, il y a énormément d'enfants qui sortent pour jouer. Il fallait donc sensibiliser les parents à venir se faire dépister. Nous avons souvent des difficultés avec les pères de famille, parce qu'au départ, ils

demandaient pourquoi nous voulions les dépister : pour eux, être malade, c'est être au lit, ne pas pouvoir bouger et que dès lors que l'on est capable travailler, on n'est pas malade. De plus, la santé n'était pas la priorité pour eux. Ils avaient d'autres préoccupations : chômage, problèmes de logement... Il y a des appartements, au Chêne-Pointu, où l'on peut trouver trois ou quatre familles dans un seul appartement, avec plusieurs enfants et parfois cinq, six ou sept personnes qui vivent dans un F3. En même temps, il y avait des familles qui étaient polygames, mais qui n'étaient pas connues des institutions. Souvent, le papa est de l'autre côté, ou bien il est là. Pour pouvoir détecter cela et les faire dépister, c'est tout un problème. Notre travail consistait à les sensibiliser, à assurer des accompagnements physiques. Le centre départemental de prévention et de santé (CDPS) était aussi là-bas, mais ils n'ont aucune notion de tout ce qui se passe : des enfants qui étaient à la maison et qui ne sortaient pas, des mères de famille qui ne connaissaient pas le centre de dépistage au Raincy... Nous devons les accompagner. Il nous est arrivé d'aller les chercher à domicile, de les accompagner physiquement, de leur expliquer comment prendre les médicaments, mais aussi de faire du porte-à-porte avec un médecin, parce qu'envoyer un courrier par la Poste n'était pas possible. Le centre nous appelait également lorsqu'il donnait rendez-vous à quelqu'un qu'il n'arrivait pas à joindre : c'est nous qui fixions les rendez-vous et nous allions chercher la famille pour qu'elle vienne se faire dépister.

⇒ Michel Fikojevic

Les médiatrices sont donc un lien central pour toutes les actions en matière de santé, parce que de plus, l'ARIFA met en place des actions de prévention auprès de différents publics sur le dépistage organisé du cancer du sein, en matière d'alimentation, etc. La médiatrice intervient sur tout le parcours de santé. Elle intervient en matière de prévention primaire, elle fait de l'accompagnement en prévention tertiaire et bien sûr, en matière d'accès aux droits. Les médiatrices sont là tout au long du parcours de la personne, quelle que soit la porte d'entrée, et elles peuvent aider ces personnes qui sont connues grâce aussi au réseau, ce qui est la force de l'ARIFA. Elles connaissent très bien les leviers à actionner quand c'est nécessaire.

À la question « quelles sont les limites ? », je répondrai qu'elles n'en ont presque pas. Lors de l'arrivée de nouveaux agents dans certaines institutions, qui ne connaissent pas encore le système, elles se permettent

parfois d'aller les voir pour leur réexpliquer le travail et les processus, de leur dire là où l'accès aux droits va bloquer à la CPAM, etc.

⇒ Pinda Kanne

Nous avons une permanence à la maison de services au public, qui abrite aussi la sécurité sociale, et il y a des personnes qui font des demandes d'aide médicale d'État (AME) ou de CMU-C et souvent, il faut attendre six mois. Le minimum est de trois mois. Nous avons une forte demande. La Seine-Saint-Denis est dans une situation particulière. Nous avons Roissy, qui est le 1^{er} aéroport de France, Paris n'est pas loin et par conséquent, il y a dans ce territoire un gros souci d'hébergement, en général. Dès lors, il y a beaucoup de personnes qui font des premières demandes d'accès aux droits.

Il y a beaucoup de jeunes, qui n'ont pas d'expérience et qui viennent nous dire qu'ils n'ont pas de réponse pour l'aide médicale ou couverture maladie universelle (CMU), alors nous leur donnons un nouveau formulaire. Ils viennent aussi nous voir parce que nous remplissons les formulaires qui sont refusés au motif que la personne a déjà fait une demande il y a un moment. Il faut vérifier comment cela se passe. La réponse est souvent que la carte est disponible, mais qu'il y a un problème de boîte aux lettres ou d'autres problèmes. La personne est coincée, alors qu'elle a le droit, mais elle n'a pas accès à sa carte. Nous avons beaucoup de cas semblables, où nous constituons nous-mêmes le dossier parce que cela représente beaucoup de papiers et que les personnes ne savent ni lire ni écrire. Il y a aussi des problèmes à la préfecture pour faire des demandes de renouvellement. Maintenant, tout se fait sur Internet, et la majorité de ces personnes sont analphabètes. Elles viennent nous voir, nous leur créons une adresse mail, avec un mot de passe, mais quand ils viennent la fois suivante, ils n'ont pas le mot de passe. C'est un peu compliqué.

⇒ Michel Fikojevic

L'élément intéressant est qu'elles ne sont pas seulement médiatrices en santé : elles sont médiatrices socioculturelles, c'est-à-dire qu'elles ont un regard un peu plus global sur les familles et leur situation, et elles actionnent les différents leviers. Une autre dimension intéressante est qu'elles sont formées et qu'elles forment elles-mêmes aux questions de santé. Nous parlions de la tuberculose, mais elles ont participé dernièrement, au même titre que des médecins, des infirmières libérales, des

médecins de l'hôpital, à une formation sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP) diabète, et grâce à cette formation, nous allons mettre en place une ETP de territoire, au lieu de faire des ETP à l'hôpital ou par la maison de santé. L'association ARIFA y aura toute sa place et toute sa légitimité pour assurer l'articulation. Les médiatrices sont vraiment le lien entre les personnes et les professionnels eux-mêmes, et elles sont indispensables sur ce territoire.

⇒ Pinda Kanne

Il est certain qu'elles sont là dans tous les domaines : la santé, l'éducation, l'accès aux droits... Parce que nous intervenons aussi dans les écoles : beaucoup d'enfants sont en difficulté. Ils ont du mal à lire et à écrire, surtout dans la population turque. Nous avons une collègue turque qui intervient dans un atelier qu'elle organise avec le psychologue et l'assistante sociale de l'école pour que les parents puissent venir discuter, parce qu'à la maison, ils ne parlent que le turc, qu'ils regardent la télé turque... C'est un peu compliqué. Nous intervenons, nous expliquons ce qu'est le cahier de correspondance parce que souvent, il y a des parents qui signent sans savoir. Nous essayons de voir ce qu'il est possible de faire avec des couleurs pour qu'ils comprennent. Nous intervenons aussi dans les bureaux de Poste pour l'utilisation des automates, puisque maintenant, tout est automatisé et qu'il n'est pas facile d'acheter même un timbre. Nous les aidons à déposer un chèque, à faire des recommandés, etc.

⇒ Michel Fikojevic

Sur les questions de santé, ce qui est intéressant, dans le travail des médiatrices, c'est ce décodage culturel. Nous l'avons vu pendant l'épisode de la tuberculose : avec tout le travail qu'elles ont abattu et tout ce qu'elles nous ont expliqué, nous avions plus d'appréhensions de la part du personnel des différents instituts qui travaillaient autour de ce dépistage élargi qu'avec la population elle-même – nous nous sommes même demandé pourquoi la population était aussi « zen » –, alors que j'avais des partenaires qui me téléphonaient pour me demander s'ils pouvaient venir se garer près du Chêne-Pointu sans attraper la tuberculose, s'ils pouvaient acheter leur pain dans la boulangerie du quartier. Ce n'étaient pas des habitants du quartier qui me demandaient cela. C'était du personnel de l'Éducation nationale, de la mairie... Les médiatrices nous ont aussi aidés à comprendre pourquoi, dans certains

pays, en Afrique, quand une personne est atteinte de tuberculose, elle est malade, un point c'est tout. On ne la met pas en retrait, on ne la met pas dans un sanatorium, on n'en a pas peur. Là-bas, c'est vu autrement, et c'est aussi ce décodage qu'elles nous font partager.

⇒ Pinda Kanne

Comme je le disais, la santé n'est pas leur priorité. Ces personnes ont d'autres préoccupations. Souvent, elles ont fait une demande de logement depuis six, sept ou huit ans, sans succès. Elles nous demandent pourquoi nous voulons les soigner alors qu'elles sont dans une situation impossible. Il a été compliqué de leur faire admettre d'aller se faire dépister et de leur faire comprendre pourquoi il était important de faire le maximum pour que cela aille. En même temps, quand ils appellent des médecins ou des professionnels, même s'ils comprennent le français, ils ne comprennent rien aux termes médicaux. Nous, nous sommes des médiatrices. Ce n'est même pas la question de parler la langue, c'est la méthode, la manière d'expliquer... Ils nous disent : « pour toi, je vais y aller, parce que je te fais confiance ». Nous leur répondons : « d'accord, si c'est pour moi que vous voulez y aller, je suis contente, il n'y a pas de problème... Allez-y ! » Il y a aussi d'autres choses qui sortent, parce qu'après avoir fait le dépistage, ils viennent nous voir pour nous dire qu'ils ont tel problème, un problème de logement, un problème d'accès aux droits, etc. Nous sommes connues sur le territoire de Clichy-sous-Bois – Montfermeil, mais il y a d'autres personnes qui ne nous connaissent pas parce qu'elles sont à la maison, qu'elles ne sortent pas...

⇒ Michel Fikojevic

Une autre dimension intéressante, dans le travail des médiatrices, est que l'on repère parfois des renoncements aux soins de la part de ces personnes. Elles nous l'ont très bien expliqué, au sujet de la tuberculose maladie. À un moment, elles trouvent une tuberculose maladie chez un papa, elles lui disent qu'il faut être hospitalisé une semaine, mais en voyant sa tête, elles ont compris tout de suite que ce n'était pas possible parce que pour lui, s'arrêter une semaine, cela veut dire perdre son travail. Une autre fois, elles amènent une maman à l'hôpital pour la faire hospitaliser et le soir même, elle signe une décharge, tout simplement parce qu'elle n'a personne pour garder ses enfants le lendemain et pour les amener à l'école. Parfois, nous nous concentrons tellement sur la réponse à la problématique de soins que nous, professionnels, nous

en oublions toutes ces questions de vie que nous nous posons nous-mêmes quand cela nous arrive, mais que nous n'arrivons pas toujours à transposer sur d'autres. C'est une grosse difficulté chez les personnes d'origine étrangère, migrantes, mais aussi chez les personnes précaires, quelle que soit leur origine. C'est la pyramide de Maslow : tant que se nourrir, se loger, se vêtir de façon décente n'est pas réglé, on ne peut pas régler les questions de santé. L'idée, et c'est la raison pour laquelle nous essayons maintenant de travailler d'une manière un peu plus globale, est de prendre précisément toute la globalité et d'essayer de répondre d'abord aux besoins primaires, comme nous le pouvons, avec les leviers dont nous disposons et avec tous nos partenaires, et ensuite, d'amener ces personnes vers la santé.

RESTITUTION DE L'ATELIER

⇒ **Bénédicte Madelin,**
Présidente de La Fédé (Fédération des associations de médiation sociale et culturelle d'Île-de-France)

Notre atelier a reposé sur deux expériences qui ont été présentées et que je ne reprendrai pas pour ne pas être trop longue : l'expérience de Saint-Étienne, avec Vincent Bourgin, coordonnateur de médiation en santé, et Akima Zellag, médiatrice santé pour la Mutualité française de la Loire ; l'expérience de Clichy-sous-Bois, avec Michel Fikojevic, coordonnateur de l'Atelier santé ville, et Pinda Kanne, médiatrice sociale et culturelle à l'ARIFA. Je ferai référence à ces expériences pour alimenter nos débats, mais je ne les présenterai pas comme telles. L'expérience de Clichy-sous-Bois est en ligne sur le site de Fabrique Territoires Santé.

Le premier point sur lequel j'aurais envie d'insister est l'unanimité de tous sur la nécessité de la médiation, à la fois pour la prise en charge des plus précaires, mais aussi sur la question de l'équité, une notion plus intéressante, plus exigeante que celle d'égalité des droits. L'équité des droits serait en quelque sorte l'égalité mise en acte.

La médiation a aussi reçu un accueil unanime sur les questions d'accompagnement et d'autonomie. Là, les deux expériences ont montré véritablement la plus-value de la médiation, des médiatrices — puisque nous n'avons eu que des femmes médiatrices, mais dans la salle, il y avait des médiateurs. Les apports de la médiation permettent à la fois d'aller vers les plus précaires, vers l'équité dans l'accès aux droits et vers l'autonomie.

Sur quoi repose cette plus-value ? Voici quelques éléments importants.

Il est ressorti de manière forte l'importance d'une bonne connaissance du territoire par les médiateurs. Le territoire ce sont les habitants, bien évidemment, mais aussi les professionnels, les ressources de ces territoires, les services qui y existent, les associations. Nous savons bien que tous les quartiers ne sont pas similaires en fonction de leur histoire, de leur taille, etc. C'est une dimension importante, cette capacité à aller vers les personnes, les plus isolés, les précaires, mais aussi vers les professionnels, qui ont en général une très bonne connaissance du réseau, des partenaires. Nous avons beaucoup parlé de partenariat dans ces deux expériences, en affirmant la primauté de la proximité sur la construction institutionnelle, parfois éloignée du terrain, souvent pré-déterminée et de ce fait pas nécessairement adaptée à la polymorphie des situations des personnes.

Le deuxième élément qui est ressorti de manière assez forte est que la médiation a une capacité à créer du lien, du fait de cette connaissance du « territoire ». De fait, un médiateur ne peut jamais travailler seul. Un médiateur n'est pas un nouvel intervenant social qui arrive sur le territoire, c'est une personne qui travaille dans les interstices, entre les personnes et tous ceux qui sont déjà sur le champ de l'intervention sociale et sanitaire. L'importance de l'accompagnement a également été très fortement soulignée. Ouvrir un droit ne suffit pas. Ouvrir l'accès à l'AME ne suffit pas pour être soigné. Ouvrir un droit est essentiel, mais il ne suffit pas à lui seul. D'où l'importance de l'accompagnement, qui est plus dans la durée et dirigé vers l'autonomie des personnes.

Le troisième élément qui est ressorti, qui a été discuté, c'est le retour vers les institutions. Si la médiation est dans un entre-deux, entre des usagers, des personnes, des isolés, des habitants, des citoyens et des services ou des institutions, comment peut-on faire remonter auprès des institutions les difficultés que rencontrent les usagers dans leur parcours de santé ? Ce n'est pas nécessairement le rôle des médiateurs de faire remonter ces difficultés, mais celui de la structure qui emploie ces médiateurs, un rôle d'interpellation, de discussion avec les institutions. Il ne s'agit pas nécessairement de mettre en cause les institutions, mais leur logique de réponse qui, parfois, est un peu éloignée des logiques et des parcours de vie des personnes. Comment adaptons-nous les réponses pour favoriser un réel accès au droit ? C'est bien là où nous pouvons parler d'équité dans l'accès au droit.

Il y a enfin une dimension importante de la médiation, qui est de mettre à jour les problèmes émergents. Comme les médiateurs sont dans une grande proximité avec la population, ils connaissent les difficultés rencontrées par les habitants. Les médiateurs ont de fait une sorte de rôle de veille sociale sur un territoire et peuvent du coup mettre à jour les besoins sur ce territoire. L'exemple du dépistage de la tuberculose à Clichy-sous-Bois est très clair. La confiance que leur accordaient les habitants a permis, quand les médiatrices faisaient du porte-à-porte, qu'ils acceptent ce dépistage alors qu'ils estimaient ne pas être malades. Cette confiance a aussi permis la création d'un centre d'examen de santé de la CPAM sur le territoire et la création d'une consultation pour les primo arrivants sur ce même territoire. Nous voyons donc bien comment l'institution a adapté et mis en place une réponse pour une population qui n'était pas du tout dans une logique de prévention, ayant beaucoup d'autres problèmes de vie quotidienne à régler auparavant.

Il y a évidemment une exigence, dont je voulais parler, qui est la professionnalisation des médiateurs. Aujourd'hui, il existe des titres professionnels de médiation sociale (médiation sociale et accès aux droits, de niveau 4). Il existe aussi des bac pro, des formations universitaires. Cette professionnalisation peut se faire soit par la validation des acquis d'expérience, soit par la formation classique. Mais nous avons aussi beaucoup insisté sur la nécessité de la supervision des médiateurs, de l'analyse des pratiques et du partage d'expériences. En même temps, il a été dit, notamment par la médiatrice de l'ARIFA, que ce serait bien que les médiateurs sortent aussi de la précarité de leur emploi, puisque nous savons bien qu'aujourd'hui, les médiateurs sont majoritairement sur des emplois aidés d'adultes relais (trois ans renouvelables), quand il y en a encore, voire sur des CAE-CUI de 18 mois maximum. Aujourd'hui, les médiateurs restent dans une forme de précarité. C'est important de le souligner.

Pour conclure, je dirais que nous ne nous sommes pas mis d'accord sur la question : faut-il des médiateurs santé ou des médiateurs sociaux, plus généralistes ? Nous n'avons pas réussi à nous mettre d'accord, certains plaçant pour la médiation sociale, les problèmes ne pouvant se détacher les uns des autres. Les problèmes de logement ont une incidence évidente sur la santé. Quand on parle de médiation sociale, il s'agit de penser les déterminants de santé comme le logement, l'emploi, l'école. D'autres ont pensé qu'il faut afficher prioritairement la médiation santé, qui bien évidemment va décliner ensuite ces autres problématiques dans une logique de prévention. Sur le fond, tout le monde est bien d'accord que la santé ne se réduit pas exclusivement aux soins. Mais la question est de déterminer l'entrée qu'il faut privilégier. Là-dessus, nous n'avons pas été tout à fait d'accord. En tout cas, il est clair que ce qui ressortait, c'est que les qualités des médiateurs, cette manière de vouloir remettre du lien, d'occuper cet interstice entre les usagers, les institutions, d'aller vers pour lutter contre le non-recours, tout cela était au cœur de ce qui faisait l'importance des médiateurs ; de même que la confiance qu'ils savaient tisser avec les professionnels, parce qu'ils savaient garder une posture de tiers pour faire comprendre aussi bien le point de vue institutionnel que le point de vue des habitants.

⇒ Une participante

Je voulais juste rebondir sur le statut des médiateurs. Ils ne sont pas tous sur des statuts d'adultes relais ou d'autres dispositifs comme cela. Je pense qu'il y a une grande diversité dans les statuts. Chez nous, ils sont sur des emplois de droit commun. Ils sont en situation de précarité, peut-être comme beaucoup d'acteurs dans cette salle. Parce que ce ne sont pas des emplois de fonctionnaires. Je travaille pour la fonction publique. Ce n'est donc pas forcément le cas. Mais ils sont sur des contrats positifs de droit commun, sur un même cadre d'emploi qu'un autre agent de la collectivité locale. Ils ne sont pas que sur un support financier de dispositif d'insertion. C'est juste pour dire qu'il existe une certaine diversité.

⇒ Une participante

Je n'étais pas dans le groupe de travail. C'était juste pour redire que la Haute autorité de santé est en train de créer un référentiel sur les médiateurs de santé. Les statuts sont évoqués, ainsi que les besoins d'analyse des pratiques, de reconnaissance par rapport à l'expérience, parfois même plus que par rapport à la formation, pour les anciens médiateurs. Le travail est en cours de relecture et de validation. Nous avons tous été plus ou moins interpellés pour y participer. C'est donc à suivre, parce que c'est quand même un outil important, je pense.

⇒ Une participante

Je travaille à la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, dans le Rhône, et dans notre département, la médiation santé est partie des adultes relais. Par contre, maintenant, les adultes relais qui sont encore médiatrices ne sont plus adultes relais. Cela ne veut pas dire que nous ne sommes plus dans la précarité. Mais nous sommes sur d'autres modèles économiques. Ce que je voulais juste pointer, c'est qu'avec la norme AFNOR, tout le travail national qui est mené, c'est opérationnel depuis le 1^{er} avril seulement. Mais aujourd'hui, nous ne sommes pas encore dans la formation qualifiante, etc., mais nous reconnaissons cette médiation comme un métier classé, codifié. Ce n'est pas spécifiquement de la santé, même si je vois que des travaux viennent justement affiner chaque type de médiation. Mais dans la mé-

diation sociale en général, qu'elle soit en santé ou avec une autre approche, elle est aujourd'hui en passe de devenir non seulement connue, reconnue, mais également inscrite dans le code des métiers.

⇒ Bénédicte Madelin

Cette norme AFNOR - j'y ai participé activement - a été construite avec l'ensemble des réseaux de médiation sociale, dont des médiateurs santé. C'est vrai que c'est important de le dire. Elle a été publiée le 13 décembre 2016. Aujourd'hui, le métier est inscrit au code du répertoire officiel des métiers et des emplois (ROME). C'est vrai que les choses avancent. Malheureusement, par exemple, la médiation sociale était inscrite et a été votée en première lecture dans la loi égalité citoyenneté, et le Conseil constitutionnel a fait retirer l'article en disant que cela n'avait rien à voir avec l'égalité et la citoyenneté. Cela reste un combat, il faut continuer à se mobiliser.



ATELIER 2 -

PARCOURS DE SANTÉ ET RUPTURES DE CONNEXION NUMÉRIQUE ET HUMAINE

La dématérialisation massive et rapide de nombreuses démarches administratives impactent l'accès aux droits, notamment de santé. Ce mouvement se couple avec une réorganisation des opérateurs (CPAM, Pôle Emploi, ...) : les accueils physiques et sans rendez-vous sont de plus en plus rares. L'accès aux soins est également impacté par la place du numérique : les prises de rendez-vous se font fréquemment via des plateformes en ligne, les résultats d'analyse sanguine sont accessibles en ligne, ... Cela préfigure de nouvelles relations entre les usagers et le milieu médical.

Sous couvert d'une simplification des démarches, les personnes vulnérables, ne maîtrisant pas l'outil informatique et/ou les subtilités administratives, risquent de perdre de leurs droits, d'y renoncer et de rencontrer des obstacles dans leur parcours de santé. Les professionnels sociaux s'alertent face à ces situations, mais restent souvent démunis pour accompagner efficacement les usagers.

Comment éviter l'e-exclusion et accompagner les usagers vers la transition numérique ? Comment outiller les professionnels qui font face à ces nouvelles problématiques ?

Expériences ressources présentées :

- **Les Maisons de services au public comme point d'accueil polyvalent d'accès aux services, ou comment aborder de manière transversale des services cloisonnés**

Adrien Devos, agent de développement à l'ADRETS (Centre de ressources et d'appui pour le développement de l'accès des services au public dans les Alpes et dans les territoires ruraux)

- **Emmaüs Connect, des accompagnements au numérique au service de l'insertion**

Nolwenn Houot-Blanchard, responsable du point d'accueil Emmaüs Connect de Lyon

Animé par :

Sandrine Barathon, chargée de développement social et urbain, Communauté de communes Faucigny Glières

Antoinette Bosa, responsable unité solidaire & coordinatrice santé, CCAS Feyzin

Restitué par :

Martine Antoine, co-présidente de l'Institut Renaudot

Sandrine Barathon et Antoinette Bosa ont proposé trois saynètes en guise d'introduction. La première saynète met en scène une jeune fille mineure émancipée qui n'a pas de carte vitale et qui, après un accident nécessitant hospitalisation et intervention chirurgicale, se trouve face à une dette de 5 000 €. Les mots que l'assistante sociale lui renvoie sont « affiliation, compte Ameli, domiciliation, relation service contentieux ». Finalement, elle ne retient que le nom « Ameli ». La deuxième saynète, c'est une femme battue qui quitte le domicile. Elle n'a pas d'argent, elle n'a jamais travaillé. Elle est visiblement en situation d'analphabétisation. Elle ne sait pas prendre le bus toute seule. Elle ne connaît pas Pôle emploi et ne sait pas ce que c'est. Elle ne comprend pas ce qu'est un agent de service civique. C'est quoi un numéro d'inscription ? La troisième saynète, c'est un vieux monsieur, ancien agriculteur de 84 ans qui n'a jamais vu un ordinateur de sa vie. La personne qui lui faisait sa déclaration d'impôts est morte. La date limite d'envoi de la déclaration d'impôts est dépassée. L'assistante sociale, pleine de bonne volonté, appelle le service des impôts pour trouver une solution. Elle se fait vivement envoyer balader par ledit service.

LES MAISONS DE SERVICES AU PUBLIC COMME POINT D'ACCUEIL POLYVALENT D'ACCÈS AUX SERVICES, OU COMMENT ABORDER DE MANIÈRE TRANSVERSALE DES SERVICES CLOISONNÉS

Présentation par **Adrien Devos**, *agent de développement, ADRETS* (Association pour le développement en réseaux des territoires et des services*)

Je travaille dans une association qui s'appelle l'ADRETS. Nous travaillons sur l'accès aux services au public des zones rurales à l'échelle du massif alpin, donc des neufs départements de la Haute-Savoie jusqu'aux Alpes-Maritimes. Je vais vous parler de ce qui se fait notamment dans les Maisons de services au public (MSAP) et plus largement, dans les lieux dits de médiation numérique. Le principe des MSAP* est d'offrir au public, en zone rurale et de plus en plus en zone périurbaine voire urbaine, un lieu qui permette d'avoir accès à un certain nombre de services avec lesquels il aura conventionné.

Le lieu est porté soit par une association, soit par une collectivité ou dans certains cas, un bureau de Poste. Les opérateurs présents sont plutôt des opérateurs administratifs et sociaux comme Pôle Emploi, la caisse d'allocations familiales (CAF), la CPAM, la mutualité sociale agricole (MSA), mais aussi, de plus en plus, de services publics d'État comme les impôts.

L'idée est que les usagers qui se rendent dans ces lieux puissent avoir a minima une information ou une orientation sur la manière d'avoir accès à leurs droits, qui passe de plus en plus par le numérique, voire de bénéficier d'un accompagnement. Nous verrons que cela pose des questions particulières, parce qu'a priori, le travail de ces gens n'est pas d'accompagner les usagers dans les démarches. Les opérateurs sont d'ailleurs en général assez clairs et leur demandent de faire du service « de premier niveau » et non de l'accompagnement. Mais une fois que l'on a donné l'information et que l'utilisateur n'est pas en capacité d'en faire quoi que ce soit, très rapidement, la question de l'accompagnement dans la réalisation de la démarche jusqu'à « faire à la place de » se pose.

* Cette présentation a fait l'objet d'une Inspir'Action dans le cadre de la capitalisation sur la dématérialisation réalisée par Fabrique Territoires Santé : https://www.fabrique-territoires-sante.org/ressources/inspir_actions/les-maisons-de-services-au-public-focus-sur-le-reseau-du-massif-alpin

* En savoir plus sur les Maisons de services au public sur le site du CGET : <http://www.cget.gouv.fr/dossiers/maisons-de-services-public>

Le principe de ces lieux est né dans les années 1990, à l'époque du début de la sectorisation des politiques publiques, notamment par public. On commençait à avoir des dispositifs pour les jeunes, pour les femmes, pour les chômeurs de longue durée... Des lieux d'accueil sont nés dans les Alpes du sud, où il y avait une densité de population très faible – les Alpes de Haute-Provence, pour ceux qui connaissent, ou le grand arrière-pays niçois. Il n'y avait jamais assez de jeunes, assez de femmes ou assez de chômeurs de longue durée pour remplir les dispositifs ou pour que les opérateurs veuillent bien se déplacer. L'idée était donc déjà d'avoir une approche globale. Le concept est né avec l'idée que le parcours de l'utilisateur, puisque c'est la thématique de la journée, ne se fait pas opérateur par opérateur. L'utilisateur a une situation et régler cette situation passe par différents acteurs, différents opérateurs, différents services. Il s'agissait de coordonner la réponse des professionnels pour que finalement, la réponse apportée l'utilisateur soit à peu près claire et audible. Ceci correspond bien à l'idée d'aider l'utilisateur à se repérer dans son parcours d'accès aux services.

Depuis les années 1990 est également apparu le phénomène de la dématérialisation. Petit à petit, les formulaires sont devenus des formulaires en ligne. On les imprimait et globalement, la démarche restait la même. Aujourd'hui, c'est carrément la démarche qui se réalise uniquement en ligne et pour laquelle le formulaire sur papier n'est souvent plus disponible. Cela pose d'autres questions. On a longtemps cru, au début des années 2010, que la fracture numérique était un problème réglé, qu'avec un taux d'équipement en informatique de plus de 90 %, un taux d'utilisateurs d'Internet de plus de 70 %, il n'y avait pas de souci particulier.

En réalité, on se rend compte, et d'ailleurs beaucoup d'études ont été réalisées sur le sujet, que la dématérialisation, même si les gens sont équipés, s'ils sont utilisateurs, provoque un certain nombre de freins, voire même de non-accès aux droits, de non-recours aux droits, parce qu'avoir un usage récréatif d'Internet, ce n'est pas la même chose que de réaliser des démarches en ligne. Par conséquent, les agents, au sein des maisons de services au public, ont été confrontés à la question du numérique, et l'on s'aperçoit que cela pose quantité de questions, parce qu'au-delà de la réalisation de la démarche en ligne, il y a un préalable que l'on a sous-estimé dans la dématérialisation : la création d'une adresse mail. Ce qui ne relève plus du tout de la démarche en ligne : il faut créer une adresse mail à l'utilisateur. Comment faire ? Ce n'est plus du tout dans le cadre de la mission d'accompagnement au service : il s'agit vraiment d'outiller l'utilisateur. Pour ces questions, il existe d'autres types de

lieux que les MSAP, qui sont les lieux de médiation numérique. Il y a eu une appellation, pendant un certain temps, cela s'appelait « espaces publics numériques » (EPN). Aujourd'hui, on en trouve encore dans les médiathèques. On tend à ne plus les appeler espaces publics numériques, mais « lieux de médiation numérique », dans lesquels on inclut aussi bien les Maisons de services au public, les espaces publics numériques que les points d'accueil de type Emmaüs Connect ou les points d'information médiation multiservices (PIMMS). Ce sont des lieux dans lesquels de fait, que ce soit ou non la vocation de la structure qui porte le lieu ou des agents qui s'y trouvent, la question de l'accès aux services par la dématérialisation se pose.

En tant que réseau, nous travaillons à donner un peu de cohérence et d'aider chaque structure d'accueil à se positionner dans la démarche d'accès aux droits, c'est-à-dire à définir qui aide l'utilisateur à monter en compétence sur le numérique en tant que tel, indépendamment de la démarche, qui est là pour la question spécifique de l'accès aux droits, qui est là pour aider l'utilisateur à aller plus loin, puisqu'aujourd'hui, beaucoup de questions se posent sur l'identité numérique, sur les données personnelles, qui sont de vrais sujets de transition numérique. Nous estimons que les citoyens doivent être un tant soit peu formés ou au moins, sensibilisés. Parmi ce panel d'actions et d'accompagnements des utilisateurs à mener, l'enjeu est que chacun trouve sa place et surtout, que chacun sache qui se situe en amont ou en aval de la chaîne pour pouvoir réorienter l'utilisateur et lui permettre d'avoir une réponse sans que ce soit à l'assistante sociale d'essayer de comprendre comment l'on crée une adresse mail à la Poste ou ailleurs. Il s'agit que chacun puisse revenir à son métier et être au clair sur l'écosystème au sein duquel il évolue pour pouvoir renvoyer les éléments.

L'un des enjeux est également de créer des ponts entre les acteurs de la médiation numérique et les acteurs du social. C'est une passerelle qui a été assez longtemps inexistante. Il s'agit de réfléchir à la façon de travailler en croisant les compétences sociales, les compétences numériques, l'accueil, l'orientation, l'accompagnement. On retrouve aujourd'hui des situations comme celle qui a été brossée dans la saynète introductive dans des CCAS, dans des permanences de département, dans des maisons de services au public, dans des espaces publics numériques, dans des secrétariats de mairie, et il faut les favoriser. Il y a aujourd'hui des disparités territoriales dans la manière dont les acteurs se sont structurés. Autant il est certain que sur le champ social, il y a des disparités, mais globalement, les travailleurs sociaux sont désormais à

peu près partout, autant sur la question de cette chaîne d'accompagnement de l'accès aux droits par le numérique, il existe une réelle disparité territoriale, notamment entre l'urbain et le rural. Même si l'on ne peut néanmoins pas dire que dans l'urbain, tous les territoires sont couverts, en particulier ceux qui relèvent de la politique de la ville, dans les territoires ruraux, il y a des endroits où il n'y a tout simplement pas d'acteurs ni de lieux vers lesquels renvoyer les usagers, à quelque endroit de la chaîne que ce soit.

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

La formation au numérique et les limites des champs de compétences.

⇒ Sandrine Barathon

Il y a une question que nous nous sommes posée quand nous avons préparé le sujet, celle de la formation des professionnels aux outils numériques et les compétences. On a d'un côté une jeune assistante sociale qui vient de faire sa formation et qui a l'outil informatique, et de l'autre une assistante sociale qui a 58 ans, qui a vécu avec la machine à écrire pour taper son rapport d'aide sociale à l'enfance, qui dispose maintenant d'un ordinateur, mais qui n'a pas forcément les compétences ni le droit potentiel de créer une adresse mail pour quelqu'un, d'accéder à ses données confidentielles...

⇒ Une participante

Je travaille dans la région lyonnaise, et la métropole se positionne sur ce sujet, s'agissant des travailleurs sociaux. Il est demandé aux travailleurs sociaux de ne pas accompagner les bénéficiaires dans le domaine du numérique. Aujourd'hui, les assistantes sociales sont tellement débordées en termes de capacité de travail que si elles se mettent à ouvrir des adresses mail et à faire de l'accompagnement en matière de documents administratifs, elles n'y arriveront plus. Aujourd'hui, la métropole s'engage, donne des directives aux travailleurs sociaux, en leur disant que ce ne sont pas leurs missions. L'État se désengage, notamment sur les impôts, qu'il assume ses responsabilités.

⇒ Une participante

La conséquence, c'est que ce sont les associations, notamment celles qui font de l'accompagnement à la scolarité, qui se retrouvent débordées, à qui l'on demande d'ouvrir des adresses mail pour tout le monde, à faire des choses qui n'étaient pas initialement prévues.

⇒ Adrien Devos

Que ce soit sur la question de la formation ou de la définition de ce qui relève de qui, il n'y a pas de solution miracle. En revanche, il y a deux approches. Il y a l'approche territoriale, c'est-à-dire la façon dont on raisonne à l'échelle territoriale, même si aujourd'hui, la maille territoriale est un peu mouvante, en tout cas, sur un territoire donné, par exemple la métropole. Est-ce que l'on saisit la question en ayant une approche très large ? Cela va des associations, mais au-delà des centres sociaux, qui sont des associations structurées, il y a une pléthore d'associations de quartier plus ou moins reconnues qui se mettent à accompagner des usagers face à la demande et qui, à la limite, même s'il y a des aspects réglementaires en moins – encore que dans les domaines personnels, ce serait à discuter –, ne sont pas plus légitimes qu'une assistante sociale à le faire ou à ne pas le faire. Elles pourraient très bien refuser de le faire, mais à un moment donné, cela pose la question de savoir qui il reste pour le faire, au final.

Les médiathèques, par exemple, restent un des rares lieux d'accès tous publics et qui, de fait, se retrouvent à faire des ateliers d'administration ou de déclaration d'impôts en ligne. On pourrait se dire que dans une médiathèque, c'est incongru. Or c'est l'un des derniers lieux gratuits, universels, accessibles à tous, qui ne soient pas connotés... Quand on entre dans une médiathèque, ce n'est pas forcément parce que vous avez besoin de demander une aide sociale ou de faire une déclaration d'impôts.

L'approche territoriale est importante parce qu'elle permet de mettre tous les acteurs autour de la table et de se rencontrer. Construire ensemble, c'est compliqué, mais nous pensons que nous ne dépasserons pas cette question s'il n'y a pas une approche un peu concertée, avec une vraie volonté politique de résoudre la question. Je pense qu'il est très important de répartir les tâches et de définir qui fait quoi, mais ce n'est pas suffisant, parce que s'il y a des trous dans la raquette une fois que l'on a défini qui faisait quoi, que fait-on ? Est-ce que l'on assume que la politique publique laisse de côté une partie de la population ?

Notre porte d'entrée était de dire qu'aujourd'hui, dans les personnels de la fonction publique territoriale, il n'y a pas que les assistantes sociales qui pourraient remplir ces missions. Mais à partir du moment où la collectivité acte que ce n'est pas la mission de l'assistante sociale, vous pouvez avoir un médiateur numérique qui soit un peu formé au-delà de l'atelier multimédia qu'il faisait jusqu'à présent, ou bien un personnel

de secrétariat de mairie qui aurait envie d'aller plus loin. Quelle offre de formation mettre alors en face pour la montée en compétence ?

L'autre dimension, par rapport à la question de la formation, est structurelle. Aujourd'hui, pour les travailleurs sociaux, la majorité des formations relèvent centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT). C'est un travail que nous avons mené dans les réseaux de la médiation numérique, où cela relève du CNFPT, mais nous ne cachons pas qu'aller négocier avec le CNFPT pour faire évoluer les formations en la matière n'est pas une mince affaire.

⇒ Sandrine Barathon

J'ai consulté le catalogue du CNFPT sur les formations. À Grenoble, il a ouvert une session destinée aux travailleurs sociaux pour favoriser l'accès au numérique.

Transfert de charges de l'État vers le social : l'exemple des impôts

⇒ Un participant

Cette question est intéressante, d'abord par rapport à la déclaration de revenus, parce que cela pose la question du transfert de charges de l'accompagnement des personnes à la déclaration d'impôts. Il y a quelques années, j'étais agent des impôts et avec la dématérialisation, l'accompagnement à la déclaration sur le revenu prenait un temps monstrueux – sans compter que le serveur était bloqué... Aujourd'hui, finalement, on attend que ce soient les personnes qui s'occupent des gens dans le domaine social qui le fassent. Ce qui pose le problème du transfert de charges. D'où l'expérimentation qui a eu lieu cette année, mise en place par l'Agence du numérique sur trois territoires, à la Réunion, à Romans-sur-Isère, dans la Drôme et à Bordeaux. La logique était que lorsqu'une personne ne savait pas créer son adresse mail pour remplir sa déclaration de revenus en ligne, elle était adressée à un espace public numérique, dans lequel il y a des chèques APTIC (chèque culture numérique pour tous), conçus sur le modèle des chèques restaurant. Cela permet de chiffrer le temps d'accompagnement nécessaire à une personne pour réaliser la démarche en ligne et ensuite, c'est refacturé

à la direction générale des impôts (DGI). C'est pour l'instant en expérimentation, mais on peut ainsi matérialiser ce que représente aujourd'hui le transfert de charges entre l'État et les collectivités territoriales sur l'accompagnement du public. Mais cette démarche aurait pu être faite à l'avance.

La démarche la plus symbolique sur la dématérialisation a été celle-là, les impôts. Il y en a d'autres, par exemple chez Pôle Emploi, la CAF, etc. Il y a tout de même l'idée que si la personne ne fait pas sa démarche en ligne, ce n'est pas grave : la déclaration est validée, parce que de toute façon, elle est présente. Pour ceux qui n'ont pas les aptitudes numériques, on se moque de savoir si ce sont eux ou pas qui font leur déclaration. Du point de vue de l'égalité de tous les citoyens devant l'impôt, c'est tout de même un peu problématique. Mais c'est une autre question.

Numérique et illettrisme : comment faire ?

⇒ Un participant

Je voudrais savoir si dans la deuxième saynète, vous avez compris la problématique de la personne. L'accession au numérique, quand on cumule le handicap de l'illettrisme, c'est encore une difficulté supplémentaire.

⇒ Adrien Devos

Surtout, le passage à la dématérialisation aurait pu amener les opérateurs à penser que cela méritait d'avoir une approche plus ludique ou avec des pictogrammes. Mais globalement, le texte qui était transposé a simplement été transposé et parfois même, de façon plus absconse.

⇒ Sandrine Barathon

J'irai même plus loin, parce que dans une autre mission, je suis coordinatrice d'un chantier d'insertion. Le Pôle Emploi de Cluses, comme d'autres, demande systématiquement à ce que désormais, les personnes aient un CV rempli et complet dans l'espace personnel de la personne. Pour une compétence, vous avez six CV différents qui sont possibles, et c'est extrêmement complexe pour les personnes. Faire un CV est

compliqué, en faire six, c'est encore plus compliqué. On ne se rend pas compte des difficultés des personnes, et on se retrouve avec des gens qui passent dans un entonnoir et qui, au bout d'un moment, se retrouvent étranglés par la complexité administrative. Et ce n'est qu'un début. Lorsque nous avons préparé ce sujet, nous avons fait la liste de tout ce que l'on devait faire sur Internet et de ce qu'il n'y avait pas à faire sur Internet. Il y avait plus de choses d'un côté que de l'autre.

EMMAÛS CONNECT, DES ACCOMPAGNEMENTS AU NUMÉRIQUE AU SERVICE DE L'INSERTION

Présentation par **Nolwenn Houot-Blanchard**, responsable du point d'accueil de Lyon, Emmaüs Connect •

• Cette présentation a fait l'objet d'une Inspir'Action dans le cadre de la capitalisation sur la dématérialisation réalisée par Fabrique Territoires Santé : https://www.fabrique-territoires-sante.org/ressources/inspir_actions/un-point-daccueil-lyon-pour-lutter-contre-l'exclusion-numerique

Notre association est une association du type loi de 1901, membre du Mouvement Emmaüs. Nous partageons donc une charte de valeurs communes avec les autres associations du Mouvement. Nous sommes nés d'un constat initial, celui que les personnes les plus fragiles sont celles qui ont le moins accès au numérique. Dans ce cadre, nous avons mis en place, en partenariat avec SFR, un programme

d'accès au numérique en passant par des recharges prépayées à tarif solidaire. Cela a été notre première activité. Lorsque nous avons mis ce dispositif en place, nous nous sommes vite aperçus que la problématique de précarité numérique concernait également la notion d'usage, aussi bien pour l'accès aux droits, que pour les aspects d'insertion (professionnelle, de liens sociaux, etc) des publics que nous accompagnons.

Nous considérons que la précarité numérique, puisque nous parlons de précarité numérique et non de fracture numérique, concerne 40 % des publics en fragilité sociale, contre 16 % de la population française. On parle de précarité numérique tant pour des personnes sans connaissance numérique que pour des personnes ayant des compétences numériques mais qui ne sentent pas à l'aise pour accéder à leurs droits et en faire un vrai levier d'insertion. Elles en ont donc un usage assez basique. Les personnes concernées par cette précarité numérique le sont bien sûr à des degrés différents. De plus, les publics concernés sont également variés : cela va aussi bien des SDF, donc des grands exclus, aux seniors, en passant par les migrants, qui ont peut-être une barrière supplémentaire, celle de la langue française, des ménages en difficulté, des familles monoparentales et également des jeunes en insertion. Vous avez tous à l'esprit le jeune qui sait avoir un excellent usage récréatif, qui maîtrise très bien les jeux, mais qui, dès lors que l'on aborde des notions plus professionnalisantes ou administratives sur Internet, a besoin d'un accompagnement fort, alors que dans l'esprit de beaucoup, c'est la génération des *digital natives*, avec laquelle il n'y aura plus de problème. Or il y en aura encore beaucoup...

Trois problématiques se posent : une partie sur les accès, qui est toujours actuelle ; le manque de compétences numériques, ce sur quoi nous menons des actions ; et une méconnaissance, pour une partie de la population, une peur face aux nouvelles technologies, comme nous avons pu le voir dans les petites saynètes : « Oh non ! Internet, je ne sais pas faire ! Ce n'est pas pour moi... ! » Dans la notion de compétences numériques, nous incluons bien sûr aussi bien la barrière de l'illettrisme que les compétences d'utilisation de l'ordinateur.

Le numérique permet bien sûr d'accéder à ses droits : Pôle Emploi, déclaration d'impôts, ameli.fr, etc., mais représente également un formidable levier d'insertion : se former, trouver un emploi. Aujourd'hui, 95% des offres d'emploi sont exclusivement visibles sur Internet ; de plus, on considère que les personnes qui maîtrisent les compétences numériques de base sont 3 à 10 % mieux payées que les personnes qui n'ont pas de compétences numériques. Il y a de nombreux sujets sur lesquels être en mesure de naviguer sur Internet et d'accéder aux services en ligne permet de mieux maîtriser son budget ou de diminuer ses dépenses : ainsi, les forfaits téléphoniques les plus intéressants sont sur Internet. Dans le cas qui nous intéresse le plus, la santé, on parle aujourd'hui de créer un parcours de santé et demain, un parcours d'e-santé facilitateur, qui recouvre les aspects institutionnels, comme ameli.fr, mais on pourrait aussi penser à des entreprises qui se montent comme *MonDocteur* ou *Doctolib*, où savoir se servir du numérique peut permettre d'avoir un rendez-vous plus rapidement.

⇒ Sandrine Barathon

Quand on ne trouve pas de médecin, que l'on a recours à Ameli pour chercher des données, une fois que l'on a enfin trouvé un médecin qui veuille bien prendre des patients, il faut prendre rendez-vous, mais il faut prendre rendez-vous par Internet ! Nous ne l'avons pas joué dans les saynètes, parce qu'il fallait écourter, mais cela en fait aussi partie. Imaginez, quand on est dans un désert médical comme au Petit-Bornand, qui compte 2 000 habitants sur je ne sais combien d'hectares, ce n'est pas facile. Nous n'avons pas parlé de la désertification médicale, mais c'est un problème redondant pour les personnes, tous âges confondus, auquel s'ajoute la question de la mobilité, parce que désormais, les médecins, quand il y en a, ne se déplacent plus au domicile. Pour voir un médecin, maintenant, il faut déjà en trouver un, il faut accéder à Internet, il faut aller à la mairie pour demander au secrétaire de mairie de prendre rendez-vous... C'est un parcours de santé que je n'ose même plus qualifier ainsi : c'est plutôt une impasse.

⇒ **Nolwenn Houot-Blanchard**

Nous estimons qu'aujourd'hui, les choses sont faites. On peut passer du temps à pointer du doigt qui est coupable, d'où vient la responsabilité. Il y a certainement un enjeu qui se joue à ce niveau-là. Mais pour nous, l'enjeu principal est de se dire que dans l'action sociale, aujourd'hui, c'est une réalité, que l'on ne reviendra pas en arrière et que pour composer ensemble, il faut trouver quel est le meilleur équilibre et la meilleure répartition des tâches : qui fait quoi, qui accompagne et comment...

C'est pour cette raison qu'en tant qu'association, au-delà de l'accompagnement direct des bénéficiaires, nous avons un gros enjeu, celui de mobiliser l'action sociale, de former les professionnels, éloignés ou non du numérique, parce que l'usage de l'ordinateur peut être compliqué pour soi et que pour accompagner leur public, ça peut l'être encore davantage. Mais il existe des outils, des façons de travailler qui peuvent faciliter la transformation de leurs emplois, de leur profession, de leur quotidien, ce qui est inévitable. Il y a des façons de fonctionner auxquelles tout un chacun peut être formé. Bien sûr, la question de savoir si l'on fait avec, si l'on fait à la place de ou si l'on apprend à faire se pose. Notre conviction est qu'à moyen terme, il faut former les gens à faire seuls. Cependant, il y a des personnes que l'on ne peut former, et il est nécessaire de continuer à les accompagner, en ayant à l'esprit les problématiques de responsabilité. Sachez que sur Internet, l'accompagnant n'a pas de réalité juridique, étant donné que lorsque l'on remplit une déclaration d'impôts, c'est la personne nominative de la déclaration qui est responsable de ce qui est indiqué.

Au-delà d'avoir une formation très précise, pour nous, il y a des clés. Je me permets de vous en apporter quelques unes. Par exemple, lorsque vous menez des actions collectives ou des travaux de groupe, essayez de mentionner systématiquement Internet, de mentionner l'existence des sites, sans dramatiser, mais pour que votre public, petit à petit, intègre cela de façon inconsciente, sans leur dire que demain, ils doivent savoir le faire, simplement en apportant cette réalité dans leur quotidien pour que progressivement, ils se rendent compte qu'il va falloir « faire », qu'Internet, au-delà d'être une contrainte, est un outil formidable, qui permet, au lieu d'aller passer deux heures à la CAF, de faire la même chose chez eux en un quart d'heure.

Nous avons des formations dédiées aux professionnels et nous essayons de mobiliser les acteurs sociaux autour de nous, autant que faire se peut. Ainsi, nous sommes dans le 8^e arrondissement à Lyon et nous collabo-

rons avec un groupe de travail lié au numérique dans les quartiers politique de la ville, composé des différents acteurs sociaux ou opérateurs institutionnels, et nous essayons de créer une synergie commune. Nous mettons en place une cartographie pour que chacun puisse se connaître, savoir quelles sont les compétences sur les territoires, créer une sorte de parcours numérique du bénéficiaire au sein du territoire, l'objectif étant, pourquoi pas, de le démultiplier, à terme, pour que ce soit présent à peu près partout. Cela rejoint ce que disait Adrien Devos sur le souhait de mobiliser, de travailler les uns avec les autres et en tout cas, de faire en sorte qu'ils sachent faire eux-mêmes. Je pense que c'est un grand enjeu.

Emmaüs Connect a globalement deux activités. Nous avons un programme de terrain, concrétisé par le point d'accueil que nous avons à Lyon, au sein duquel nous accompagnons les bénéficiaires qui sont orientés vers nous par des structures partenaires. Nous accompagnons d'abord les personnes dans le domaine des accès – je vous parlais du partenariat avec SFR. Ceci s'adresse plutôt à des personnes que nous accompagnons temporairement, qui ne peuvent pas avoir de forfait ou de box Internet parce qu'elles n'ont pas de compte courant ou qu'elles sont sur le fichier Préventel, c'est-à-dire qu'elles ont eu des litiges avec des opérateurs téléphoniques ou Internet auparavant. Nous les accompagnons également dans le choix d'un forfait téléphonique Internet adapté à leurs besoins et à leur budget. Nous accompagnons aussi les personnes qui ont des litiges avec les opérateurs. Nous avons des points d'entrée chez les trois opérateurs principaux, SFR, Orange et Bouygues, pour permettre à nos publics de régler des litiges, principalement financiers, parfois en mettant en place un échéancier. De temps en temps, il y a des nœuds qui se créent, parfois sur de gros sujets, parfois sur peu de choses, mais nous accompagnons les publics lorsqu'il y a un besoin.

L'autre activité qui prend beaucoup de place dans notre programme est la formation de nos bénéficiaires à l'utilisation du numérique, par différentes modalités. Il y a des formations qui sont très individualisées, pour des personnes qui arrivent avec des besoins très variés. Ces formations sont assurées par des bénévoles. Par exemple pour Pôle emploi, nous avons des outils pédagogiques qui nous permettent de créer un profil, de s'actualiser, sous forme de simulation. Notre objectif est de les accompagner pour qu'ils se sentent capables de créer eux-mêmes leur mot de passe, leur adresse mail, de savoir la gérer et dès lors, d'être autonomes. Nous faisons donc une simulation pour le site de Pôle Emploi, mais nous intervenons sur la forme, donc sur la manière de se connecter, notamment. En revanche, si la personne a besoin d'être ac-

compagnée pour le contenu, nous ne sommes pas toujours compétents.

Aujourd'hui, nous menons ces actions dans notre point d'accueil. À terme, nous prévoyons de démultiplier notre impact en allant agir directement dans d'autres structures. Les chiffres du centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CRÉDOC) montrent en effet que plus de 5 millions de personnes sont concernées par une fragilité sociale et par la précarité numérique. À ce jour, avec huit points d'accueil en France, nous en avons accompagné 30 000. Nous ne nous pourrions donc pas y arriver tout seuls. Notre objectif est de mobiliser l'action sociale et ses professionnels et de les former autant que faire se peut. Nous sommes en mesure de transmettre nos outils pédagogiques. En tout cas, nous considérons que les professionnels de l'action sociale ne peuvent pas assister (donc faire à la place de) toutes ces personnes. Vous avez déjà bien d'autres choses à faire. Nous agissons pour former les gens au maximum.

Je n'ai pas beaucoup parlé de la notion de secret professionnel. Nous avons une sorte de règle tacite, qui est vraiment le bon sens. C'est-à-dire que nous demandons aux bénévoles et volontaires en service civique, lorsqu'ils accompagnent le public, de bien entrer dans une routine d'éléments de langage, en disant qu'ils s'engagent à ne pas conserver les identifiants de la personne qu'ils accompagnent, qu'il faut que ces identifiants restent confidentiels, qu'elles ne doivent pas les donner à tout le monde, qu'elles ne doivent pas les noter... Il y a de nombreux petits éléments de langage que nous leur demandons d'adopter pour rassurer le public, et évidemment, ils ont pour consigne, s'ils créent une adresse mail pour quelqu'un, de ne rien conserver : la personne repart avec son mot de passe.

S'agissant de la formation professionnelle telle qu'elle existe aujourd'hui chez nous, nous avons aujourd'hui trois niveaux de formation et nous sommes en train d'en créer un quatrième, notamment sur la routine, les éléments de langage et de posture dont je vous parlais à l'instant. Les trois niveaux de formation que nous avons à ce jour sont destinés aussi bien aux opérateurs publics qu'aux collectivités et aux associations. Ils correspondent à trois niveaux d'« expertise » : comment identifier les problématiques d'exclusion des usagers et savoir les orienter ? Il s'agit de savoir quelles sont les structures existantes, quel est l'écosystème qui existe autour de l'accompagnement numérique. Parfois, on n'a tout simplement pas la connaissance de ce qui existe autour de soi.

Dans un deuxième degré, nous commençons à entrer dans l'accompa-

gnement de la personne : quelles sont les postures, les bonnes pratiques, lorsque l'on accompagne les usagers vers leur autonomie numérique ? Et enfin, nous sommes en mesure de transmettre nos outils pédagogiques clé en main, pour mettre en place des ateliers d'initiation et des ateliers thématiques. Nous créons des parcours plus spécifiques, avec une sorte de double entrée : la première par type de public, c'est-à-dire jeunes, seniors, personnes ayant des difficultés avec le français, etc ; la seconde pour les démarches administratives, l'emploi... Nous sommes en train de créer tous ces outils pour pouvoir assurer l'accompagnement le plus opportun possible.

La quatrième formation, qui est en cours de création, est destinée aux professionnels qui doivent faire des démarches en ligne avec quelqu'un, en partant du principe que la personne qu'ils accompagnent peut apprendre à faire toute seule. On considère qu'il est important de mobiliser toujours la personne avec qui on fait. Il s'agit par exemple de ré-agencer le bureau : aujourd'hui, vous êtes d'un côté du bureau et la personne que vous recevez est de l'autre côté ; demain, pour pouvoir impliquer le bénéficiaire, il faut qu'il soit à côté de vous, qu'il voie ce que vous faites et éventuellement, agisse un peu lui-même. Il y a donc vraiment une posture physique à adopter, des éléments de langage, comme je l'évoquais précédemment, et d'autres éléments comme le fait d'intégrer constamment Internet dans votre discours, de façon à dédramatiser, mais à montrer son importance dans la vie des gens.

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

Les PIMMS et l'accompagnement dans les démarches administratives

⇒ Un participant

La question des personnes âgées et de la déclaration d'impôts est un problème récurrent, qui se produit tous les ans. Est-ce que vous les accompagnez une fois par an pour la remplir ?

⇒ Nolwenn Houot-Blanchard

Nous ne sommes pas comme les PIMMS, qui accompagnent sur les aspects administratifs. Notre cheval de bataille est de former les gens pour qu'ils soient autonomes en matière de numérique, donc de les doter de ce que nous appelons un bagage numérique minimum, c'est-à-dire correspondant à leurs besoins. Quand une personne senior vient nous voir avec pour objectif de faire sa déclaration d'impôts, si elle vient le 28 mai, nous la réorienterons vers une structure qui pourra l'accompagner pour cela. Si elle vient nous voir le 5 juillet en nous disant qu'elle veut savoir le faire elle-même pour l'année suivante, nous l'amenons à acquérir toutes les compétences nécessaires pour qu'elle soit capable de le faire l'année suivante.

A titre d'information, les PIMMS sont les points d'information et de médiation multi-services. Ils ont d'ailleurs été récemment labellisés «Maisons de services au public». Quant aux MSAP, elles sont le fruit d'une politique d'État menée par le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET). Les PIMMS ont fait partie des lieux labellisés «MSAP». Il y en a majoritairement en zone urbaine, une soixantaine, aujourd'hui, en France.

⇒ Un participant

Je suis délégué du préfet dans le Rhône. Les PIMMS sont en effet nés à Lyon, mais au départ, les instigateurs des PIMMS concernaient essentiellement EDF, La Poste, etc. Ils avaient pour vocation de permettre de régler les conflits entre des opérateurs et les consommateurs, les clients. Même s'ils sont multi-services et si maintenant, ils ont un agrément de

maisons de services au public, ils n'ont pas vocation à recevoir toutes les demandes – bien que ce soit le cas, en particulier à Lyon, puisqu'ils sont sollicités de toute part. Leur vocation était de réduire les fractures qui existaient entre les clients et les offices d'HLM, d'EDF, de GDF, de la téléphonie. Ils font désormais également de la médiation en santé. Aujourd'hui, ils n'arrivent plus à répondre à la demande du public, qui est extrêmement pressante et urgente. Même la SNCF est entrée dans le groupe des PIMMS pour régler les conflits. Les transports en commun également. Il s'agissait de services publics, mais marchands.

Accompagnement à domicile dans les territoires ruraux

⇒ Un participant

Est-ce que les membres d'Emmaüs Connect se déplacent chez les gens ? Je dis cela parce qu'auparavant, dans le Jura, il y avait des personnes âgées qui étaient chez elles. Pour les impôts, elles remplissaient la déclaration, elles renvoyaient le courrier facilement, sans aucun matériel informatique nulle part. Maintenant, s'il faut le faire sur ordinateur, cela pose de gros problèmes. Certaines n'ont jamais vu un ordinateur.

⇒ Nolwenn Houot-Blanchard

Non. Actuellement, nous sommes contraints par le nerf de la guerre, c'est-à-dire par nos ressources. Aujourd'hui, nous sommes dans notre point d'accueil. Nous allons dans les structures partenaires lorsque nous voulons mettre en place une collaboration. Mais nous ne fermons pas la porte à l'idée de nous déplacer.

Contrairement à l'ADRETS, nous sommes situés dans les villes, dans des zones très urbaines. Aujourd'hui, nous nous orientons plutôt vers ces axes de développement. Mais nous avons tout de même conscience de la difficulté dans les territoires plus ruraux, dans lesquels nous ne sommes pas outillés pour nous rendre. Mais encore une fois, notre objectif n'est pas de tout porter nous-mêmes. Nous pouvons envisager de monter un partenariat avec une autre association implantée dans un territoire rural et de lui transmettre notre savoir-faire, pour qu'elle puisse partir de nos outils, de nos compétences et de notre expertise et démultiplier sur son territoire.

⇒ Adrien Devos

En milieu rural, il y a une expérience qui se développe de plus en plus : l'itinérance. Il y a des MSAP ou des associations qui se déplacent. Un mini-van arrive sur la place du village, voire dans les hameaux, qui ouvre les portes et derrière, il y a trois ordinateurs et un médiateur ou une médiatrice qui est capable d'accompagner les personnes. On peut citer TriRA, dans l'est lyonnais et le nord de l'Isère, et la MSAP de Villars-sur-Var, dans l'arrière-pays niçois.

Comptes rendus numériques à l'hôpital : accès et confidentialité

⇒ Un participant

S'agissant des données hospitalières, je voudrais faire un rapprochement avec ce que vous avez dit. Il y a 30 000 acteurs dans la médiation numérique et il continue à y avoir cinq millions de personnes en précarité numérique alors que cela fait déjà vingt ans qu'il y a des réseaux d'espaces publics numériques et de médiation numérique. Cela veut dire que ce n'est pas près de s'épuiser, parce qu'il arrive toujours de nouvelles personnes en précarité numérique.

Par ailleurs, et je parle là de mon actuel métier qui est directeur d'hôpital, à l'hôpital on arrive également à une logique de e-santé que vous avez un peu abordée : entre les objets connectés, les prises de rendez-vous en ligne, la logique est aussi de dématérialiser l'envoi de comptes-rendus médicaux. Entre praticiens, cela ne pose pas trop de problèmes, encore que. C'est surtout pour les patients que cela pose problème. Cela pose une question, qui renvoie à un autre chiffre que vous évoquiez à propos des bénévoles. Il y a un circuit de la médiation numérique, aujourd'hui, avec des salariés qui sont encadrés par un contrat de travail. Premièrement, on doit s'assurer qu'ils ont une formation de médiateur numérique et ensuite, il faut qu'ils soient tenus à la confidentialité par leur contrat de travail. Vous, en tant que bénévoles, demain, lorsque des gens viendront vous voir, non en tant qu'individus, mais en tant que patients, pour la prise de rendez-vous et pour tout ce qui touche au médical, à la santé, comment abordez-vous cette perspective ?

⇒ Nolwenn Houot-Blanchard

Je n'ai pas de réponse préconçue sur le sujet. Aujourd'hui, il y a encore un vide juridique autour de la question, déjà noté pour les professionnels de l'action sociale. C'est encore plus prégnant pour les bénévoles, qui n'ont pas de statut professionnel. Encore une fois, notre discours auprès des bénévoles et ce que nous leur demandons de respecter, c'est d'éviter le plus possible de se mettre dans ce type de situation. Par exemple, si quelqu'un vient nous voir en disant qu'il voudrait pouvoir recevoir, demain, ses comptes rendus médicaux sur Internet plutôt de les recevoir sur papier, nous allons lui apprendre à se créer une adresse mail, à gérer ses mails, comment fonctionne une boîte mail, comment ouvrir une pièce jointe, comment l'enregistrer et éventuellement, comment imprimer. Notre objectif est plutôt de faire en sorte que la personne puisse acquérir les compétences numériques générales qui, à terme, lui permettront d'être autonome sur les aspects de santé.

RESTITUTION DE L'ATELIER

⇒ **Martine Antoine,**
co-présidente, Institut Renaudot

L'atelier a été animé par Sandrine Barathon et Antoinette Bosa d'une manière très originale au départ puisqu'elles nous ont proposé trois saynètes pour nous mettre en appétit sur la thématique. Cela nous donnait déjà le paysage de notre atelier.

Ensuite, il y a eu deux intervenants. Adrien Devos nous a présenté ce que sont les maisons de services au public, créées dans les années 90 avec l'objectif d'apporter une réponse globale et coordonnée de service public aux problématiques que nous connaissons évidemment aujourd'hui, de dématérialisation jusqu'à la suppression totale des formulaires papier. Si l'objectif de ces maisons de service public est de donner de l'information, de permettre l'accès au droit commun, il n'est pas d'accompagner les publics. Aujourd'hui donc, il y a un constat : même s'il y a une multiplication des équipements informatiques dans les foyers, il subsiste des difficultés importantes d'usage. Parce que l'usage récréatif n'est pas la même chose que l'usage pour faire valoir et utiliser ses propres droits. Aujourd'hui, ces structures évoluent avec la création de lieux de médiation numérique pour aider les usagers justement à monter en compétence sur leurs capacités d'usage du numérique.

L'enjeu est de créer des passerelles entre les acteurs du numérique et les autres, en particulier ceux du social. Les questions sont posées. Évidemment, ce n'est pas la réponse à toutes les problématiques. La première question est que les territoires ne sont pas couverts dans leur globalité par ces structures. La deuxième question est celle de la formation des professionnels à l'usage de l'informatique en matière de droit, mais aussi d'éthique : par exemple, est-ce qu'une assistance sociale a le droit de créer une adresse mail, qui par définition est personnelle ? Il y a la question de la gestion des données personnelles des usagers, qui confient aux professionnels ce droit-là. Il y a la limitation des missions également. Des collectivités disent que c'est l'État qui a décidé de dématérialiser, qu'il n'a qu'à régler le problème. Il y a une sorte de transfert de charges de l'État notamment vers les collectivités. Il y a donc une multiplication des sollicitations des publics concernés aux associations locales, aux centres sociaux, débordés par les demandes. Par exemple, des médiathèques restent des lieux ouverts et gratuits, accessibles pour tous, mais se retrouvent à faire un travail qui n'est pas le leur pour per-

mettre l'accès du plus grand nombre aux outils informatiques. Comment poser cette question d'une approche concertée avec l'ensemble des acteurs, à la fois institutionnels, et aussi dans la cohérence des politiques publiques ? Nous le voyons dans la saynète qui a été jouée : il y a la relation avec le service des impôts. Mais il y a aussi le besoin d'un travail de formation, par exemple avec le CNFPT. Il existe par ailleurs une expérimentation à la Réunion, à Romans-sur-Isère et à Bordeaux, donc quand même pas très étendu. Cette expérience permet d'avoir une évaluation du temps consacré par les acteurs, par exemple le CCAS. Cela permet de refacturer l'accompagnement au service des impôts. Mais visiblement, nous n'en sommes qu'au stade de l'expérimentation. Ce qu'on retient de ce qui nous a été présenté, c'est que le numérique, à l'heure actuelle, ajoute à la complexité, contrairement d'ailleurs à ses objectifs de départ, notamment de dématérialisation.

La deuxième intervenante est Nolwenn Houot-Blanchard, d'Emmaüs Connect. D'abord il y a un premier constat et quelques chiffres qui en disent long sur les besoins. Aujourd'hui, nous considérons qu'il y a environ 5 millions de personnes en France qui sont en précarité numérique. Ce chiffre ne baisse pas. Cela veut dire qu'il y en a qui en sortent, mais qu'il y en a autant qui arrivent. D'après Emmaüs Connect, 40 % du public en précarité est en situation de précarité numérique, alors que ce chiffre n'est que de 16 % pour la population générale. Cela nous donne vraiment l'ampleur de ce qui est devant nous. Qui sont-ils, ces publics ? Les grands exclus, les seniors, les migrants, les jeunes, contrairement aux idées reçues, les jeunes en insertion, qui ont une très bonne maîtrise récréative, mais sont souvent en incapacité de gérer les autres usages. La question est donc le manque de compétences numériques ainsi que la peur du numérique, d'affronter cette technologie nouvelle.

L'objectif développé par Emmaüs Connect est de permettre que le numérique devienne un levier d'insertion pour accéder à ses droits, mais aussi trouver un emploi : une étude a été faite, qui montre que ceux qui ont une maîtrise du numérique sont 3 à 5 % mieux payés que ceux qui n'en ont pas la maîtrise. En même temps, le numérique peut permettre la diminution d'un certain nombre de coûts, un accès plus facile à des dispositifs, etc. C'est donc à la fois un levier pour le parcours ou une impasse, quand il n'y a pas les compétences face au numérique. La posture de l'association est que le numérique est une réalité. Évidemment, il n'y a pas de retour en arrière. Il y a donc un enjeu extrêmement important à mobiliser les acteurs du social, et cela a été aussi dit par l'intervenant précédent, de formation, parce que cela entraîne des transformations

sur la manière de fonctionner, sur la manière de mener sa profession.

Les questions qui sont posées sont «faire avec, faire à la place de ou apprendre à faire». C'est autour de ça que les participants ont travaillées en deux groupes, avec une première question de savoir quels sont les moyens à proposer pour un accompagnement numérique pérenne. C'est d'abord un outil avec un portail unique, des cartes géographiques, ensuite une stratégie nationale qui se décline localement, et enfin une mise en réseau des différents acteurs santé, social, numérique. Qui accompagne, avec quelles limites juridiques? Il y a la création d'une charte de médiation numérique, la préservation des moyens humains et une petite note aigre-douce: à quand les robots qui répondraient à l'ensemble de ces questions? Dernier point: qui doit prendre en charge l'accompagnement aux outils numériques, et avec quel financement? Unanimité pour dire que cela doit être des lieux ouverts à tous les publics, qu'ils soient gérés par le secteur public ou associatif, mais labellisés. Il faut une transparence pour les usagers et les professionnels qui coordonnent, et la nécessité d'un affichage clair.

Sur le financement, il est rappelé que c'est une obligation du droit commun. C'est une politique nationale, la dématérialisation, qui concerne tous les territoires et pas seulement les quartiers en politique de la ville. C'est un choix politique de l'État qui fait des économies. La question est posée de quelle redistribution il faut mettre en place pour faire fonctionner ces lieux et ces dispositifs qui participeraient à éviter ces ruptures numériques dont nous avons parlé. Quid des personnes qui ne se déplacent pas vers les structures proposant un accompagnement? Qui peut se déplacer pour aller vers eux? C'est cela, la question. Il n'y a donc pas de réponse, mais il y a, d'une part, les questions du repérage, avec les agents des CCAS par exemple, qui se rendent au domicile des personnes âgées, les éducateurs, les adultes relais, les gardiens d'immeuble, etc. Sur l'accompagnement, il a aussi été noté l'importance des réseaux d'habitants, des échanges de services, qui sont aussi facteurs de lien social.

NB: Fabrique Territoires Santé a mené une capitalisation sur le thème «Dématérialisation et accès aux droits de santé» et mis en ligne un Dossier Ressource, à retrouver ici: <https://www.fabrique-territoires-sante.org/capitalisation/dossiers-ressources/dematérialisation-et-acces-aux-droits-de-sante>

LA FRACTURE NUMÉRIQUE ...



L'ACCOMPAGNEMENT AUX OUTILS NUMÉRIQUES



ATELIER 3 -

LA PLACE DES STRUCTURES DE PREMIER RECOURS DANS LES PARCOURS DE SANTÉ SUR LES TERRITOIRES

Les professionnels de premier recours ont un rôle primordial dans les parcours de santé des personnes. Face aux tensions démographiques des professionnels de santé sur les territoires, les structures de premier recours, comme les centres de santé et les maisons de santé pluri-professionnelles, apparaissent comme une réponse adaptée. Mais plus encore, ces structures d'exercice collectif et coordonné proposent des accompagnements ou des prises en charges globales autour des personnes.

Comment ont-ils un rôle pivot du parcours de santé des habitants sur le territoire? Sur quel projet et selon quelles conditions?

Quelles sont leurs bonnes pratiques?

Comment s'articulent-ils avec les autres acteurs sur le territoire?

Comment les maisons de santé pluri-professionnelles et les centres de santé peuvent favoriser les parcours de santé sur leur territoire ?

Expériences ressources présentées :

- **Place d'un partenariat Centre de santé polyvalent / centre médico-psychologique dans la nouvelle offre de soins des Quartiers Nord de Marseille**
Djawad Guerroudj, *médecin psychiatre* et **Mélody Bertrand**, *infirmière au CMP* ; **Lisa Wagneur**, *médecin généraliste* et **Lara Dalicieux**, *infirmière au Centre de santé André Roussin*
- **Pluridisciplinarité sanitaire et sociale : une nécessaire association au service du parcours de santé de l'utilisateur. Le Village 2 santé à Échirolles**
Olivier Beaud, *médecin généraliste*, **Jérémy Petit**, *accompagnant en soin social* et **Sambra Saiah**, *une usagère*.

Animé par :

Carole Bégou, *responsable santé Trait d'union parole santé, CCAS d'Échirolles*

Marie Légère, *coordinatrice ASV de Clermont-Ferrand, Mutualité Française Puy-de-Dôme*

Christine Rondel, *référente santé, DRDJSCS - DDD du Rhône*

Restitué par :

Anne Guilberte, *coordinatrice de la FEMASIF (Fédération des maisons et pôles de santé d'Île-de-France)*

PLACE D'UN PARTENARIAT ENTRE UN CENTRE DE SANTÉ POLYVALENT ET UN CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DANS LA NOUVELLE OFFRE DE SOINS DES QUARTIERS NORD DE MARSEILLE

Présentation par **Lara Dalicieux**, infirmière au centre de santé *André-Roussin de Marseille*, **Jean-Jacques Cardinali**, infirmier au *CMP du Parc de Marseille*, **Djawad Guerroudj**, médecin psychiatre, responsable du *CMP du Parc de Marseille* et **Lisa Wagner**, médecin généraliste au centre de santé *André-Roussin de Marseille*

⇒ Lisa Wagner

Nous allons partager notre intervention en plusieurs étapes. Je vais d'abord vous présenter la structure, au sein de laquelle deux structures interagissent : un centre de santé polyvalent, avec des médecins généralistes, des médecins spécialistes et une infirmière, et un centre médico-psychologique (CMP), qui est une antenne de consultation reliée à un hôpital psychiatrique, le centre hospitalier Édouard-Toulouse, l'hôpital psychiatrique des quartiers nord de Marseille. Cette association de pratiques entre la médecine générale et la psychiatrie est tout à fait unique en France. C'est en tout cas le seul exemple que nous connaissons. Ce partenariat s'est créé un peu par hasard, mais il constitue une vraie richesse, professionnellement, pour nous tous.

Je reviens sur la définition d'un centre de santé, qui est une entité définie précisément. Il se différencie d'une maison de santé. Un centre de santé, c'est une conception globale de la santé au centre d'un projet intégrant prévention, dépistage, éducation thérapeutique et soins – mais pas uniquement. Par définition, il respecte les tarifs opposables du secteur I et la dispense d'avance des frais par la pratique du tiers-payant. Il réunit une équipe pluridisciplinaire dans le même lieu, les différentes disciplines pouvant varier selon les centres de santé. On y pratique le dossier médical partagé, ce qui veut dire que l'information circule. Cela permet au patient d'avoir une communication et une coordination des soins déjà en interne. Le centre de santé participe de la permanence des soins, comme dans tout service de médecine ambulatoire sur le territoire. Il a aussi pour objectif de favoriser la mixité sociale en participant à la lutte contre l'exclusion et les inégalités sociales. Ce n'est donc pas

non plus un dispensaire, puisque l'on cherche la mixité sociale dans l'exercice.

À mon sens, l'existence de centres de santé repose sur trois socles importants. Premier socle, des médecins investis et salariés. Ce n'est peut-être pas l'objet du débat de ce jour, mais il ne s'agit pas de médecine libérale. Deuxième socle, la participation des usagers. Nous en avons beaucoup parlé ce matin et j'ai trouvé très intéressante la présentation de Tandem par le CISS Auvergne-Rhône-Alpes. C'est vraiment une action qui part des usagers et qui est extrêmement porteuse. C'est quelque chose qui est très important pour ce type de structure : avec des usagers parties prenantes, cela marche beaucoup mieux. Le troisième socle, c'est une institution solide et porteuse du projet.

Nous existons depuis un an, nous sommes donc tout neufs, tout frais. Au départ, nous étions quatre médecins généralistes à avoir déjà travaillé antérieurement dans nos vies professionnelles dans des centres de santé de diverses façons, et nous avions vraiment envie de construire un centre de santé dans ces quartiers, dont Djawad vous parlera de façon plus précise. Nous avons tout de même mis trois ans à le construire. C'est vraiment un travail, qui demande de frapper à beaucoup de portes. Parmi les portes auxquelles nous avons tapé, nous avons eu l'occasion de croiser le CMP du Parc, qui cherchait de nouveaux locaux. Nous nous sommes donc concertés pour mettre nos locaux en commun, et lorsque nous avons présenté notre projet à l'institution, c'est-à-dire le centre hospitalier Édouard-Toulouse, ils ont vu notre projet médical et le trouvaient très intéressant. Ils avaient besoin de travailler en partenariat étroit avec la médecine générale ambulatoire, parce que si dans l'institution hospitalière, ils avaient les soins somatiques, pour leurs patients en ambulatoire, ils avaient un vrai besoin. Nous avons donc co-construit le projet pendant trois ans. Les deux entités sont différenciées en termes d'entrée, de signalétique, etc. Les patients vont donc soit au CMP, soit au centre de santé. Mais nous avons un escalier intérieur, qui est réservé au personnel, qui nous permet une articulation professionnelle privilégiée très porteuse de notre association entre centre de santé et CMP.

Par ailleurs, nous avons, en tant que centre de santé, un partenariat avec de nombreuses autres structures en extérieur : avec d'autres CMP et les centres sociaux des différents quartiers nord de Marseille, avec l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM), qui est une institution hospitalière de Marseille, avec la médecine scolaire, avec des collectifs autour de la santé et de la précarité, etc.

⇒ Djawad Guerroudj

Pour ma part, je vais vous parler du contexte des quartiers nord. Dans la création de ce centre de santé, deux thématiques se télescopent. Il y a d'abord la problématique de personnes qui souffrent de troubles psychiques qui sont pris en charge au CMP. Il faut savoir que l'espérance de vie des patients qui ont une pathologie psychiatrique est inférieure de dix ans à celle de la population normale. Ils sont surexposés aux maladies cardiovasculaires, aux troubles métaboliques et aux addictions. Enfin, ce sont des personnes qui sont incompetentes sur le plan social et relationnel. Elles ont donc beaucoup plus de difficultés que les autres à accéder au système de santé. En ce qui concerne les quartiers nord de Marseille, ils cumulent un certain nombre de handicaps. Le premier, et je fais le lien avec le CMP, est la souffrance psychique. Nous avons l'une des files actives les plus importantes des CMP de Marseille. Nous nous sommes rendus compte, grâce à des études récentes, que si la prévalence de la schizophrénie dans une population normale est de 1 %, chez les populations migrantes, elle est de 1,5 %. Or les quartiers nord de Marseille sont peuplés essentiellement de populations migrantes. Et il y a les problèmes somatiques associés. 40 % des habitants des quartiers nord de Marseille n'ont pas de médecin référent et la proportion d'affections de longue durée y est surreprésentée. À cela se rajoute la précarité économique : alors qu'un Marseillais sur quatre habite dans les quartiers nord de Marseille, leurs habitants représentent 37 % des RSA de Marseille et le taux de chômage y est de 30 %, contre près de 13,5 % dans le reste de la ville. Le système scolaire est défaillant : le taux de non-diplômés parmi les plus de 15 ans y est de 39 %, contre 24 % pour la population marseillaise. Enfin, il y a une exclusion territoriale, sociale et familiale. Les 13^e, 14^e, 15^e et 16^e arrondissements de Marseille, qui représentent les quartiers nord, ne sont desservis ni par métro, ni par tramway. Il n'y a pas d'infrastructures culturelles ni d'infrastructures sportives. Par ailleurs, il y a de grands projets de rénovation à Marseille, mais ils concernent tous le centre ou les quartiers sud. Les quartiers nord en sont totalement absents. Enfin, il y a une stigmatisation médiatique : chaque fois que l'on parle de Marseille, c'est parce qu'il y a eu des fusillades, qu'il y a des morts en lien avec les quartiers nord. C'est quand même relativement stigmatisant.

Ce sont tous ces éléments qui nous ont amenés à travailler en partenariat avec des médecins généralistes, parce qu'il y a effectivement, chez nous, un besoin criant. Notre objectif est aussi d'avoir une prise en charge globale, articulée, somatique, sociale et psychiatrique.

⇒ Jean-Jacques Cardinali

Je vais aller dans le concret des situations que nous rencontrons, après cette présentation de notre secteur géographique d'intervention auprès d'une population très paupérisée, où les influences culturelles sont extrêmement différentes.

Lisa évoquait tout à l'heure le trépied sur lequel le centre de santé était assis. Je pense qu'un élément fondamental qui permet ce travail de liaison entre le centre de santé et le CMP, c'est la proximité, et je dirai même plus : la promiscuité. La proximité et la promiscuité entre les différents acteurs, avec des champs de compétences différents, mais la proximité aussi parce que nous sommes au cœur du quartier. L'année dernière, nous étions encore complètement décentrés du quartier. Nous avons pu bénéficier de ces locaux et nous sommes maintenant vraiment au cœur du quartier nord, au plus près de la population. Le centre de santé est d'ailleurs très bien desservi par deux arrêts de bus. Il y a donc vraiment une facilitation de l'accès aux soins.

Je voudrais, dans un deuxième temps, évoquer quelques points qui ont permis de faciliter la prise en charge globale des patients. Ce sont des points extrêmement concrets. Par exemple, la mise en place de suivi médical pour nos patients avec pathologie psychiatrique, qui sont bien souvent isolés, pour lesquels le déplacement chez le généraliste est très complexe, ou qu'ils refusent de consulter, dans certains cas parce qu'ils ne le connaissent pas. Or dans les quartiers, les généralistes ne se déplacent pas toujours. Cela a permis soit une orientation directe, dès la consultation au CMP, soit, grâce à un travail commun avec les généralistes, d'effectuer des visites à domicile, avec l'accord des personnes, bien entendu. Je pense par exemple à une personne qui n'est plus sortie de chez elle depuis 1998. Elle habite au 4^e étage. C'est extrêmement difficile. Quand nous avons commencé à la traiter, elle était dans un état d'incurie qui était assez impressionnant. Malgré cela, elle avait de la famille. Elle vivait avec un frère, qui a disparu, et elle a un autre frère, qui s'occupe d'elle, mais qui habite en Corse. C'était donc assez compliqué. Elle refusait complètement de recevoir quelque médecin que ce soit. Nous sommes parvenus, avec un travail de partenariat avec les médecins généralistes, à nous déplacer jusque chez elle, et parce que nous la connaissions depuis très longtemps, la relation avec le médecin généraliste a été facilitée. L'accroche s'est faite et maintenant, le médecin généraliste peut y aller seul. Des soins sont assurés en continu, excepté les soins et examens biologiques, alors qu'elle refusait absolument tout. C'est un premier type de travail qui a pu se mettre en place.

Le deuxième type de travail, que je vais également illustrer par un exemple, ce sont les visites à domicile (VAD) conjointes. Il y a quelques mois, nous avons fait hospitaliser une de nos patientes, que nous avons en charge depuis très longtemps au CMP, suite à une chute qu'elle avait faite chez elle. Elle habite un appartement insalubre, avec un mari qui n'est pas du tout suivi par nous, mais qui a cependant un syndrome de Diogène. Il accumule donc chez lui : on ne pouvait plus passer. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle elle a fait cette chute. Nous l'avons fait hospitaliser et à l'issue de cette hospitalisation, elle a commencé à dégringoler un peu, elle a fait un syndrome de glissement, dont heureusement elle s'est sortie. Elle a bénéficié alors d'un placement en maison de retraite. L'infirmière coordinatrice de la maison de retraite, avec qui je correspondais, m'a dit qu'elle était inquiète parce que son mari, qui venait la voir régulièrement, ne venait plus depuis une dizaine de jours et qu'elle ne parvenait pas à l'avoir au téléphone. J'essaie donc de téléphoner, même si je le connaissais très peu, mais pas de réponse. Je suis donc allé trouver une des généralistes, Annie Guillard, qui s'est rendue disponible immédiatement, parce qu'elle était assez inquiète du fait qu'il ne répondait pas. Nous avons pu aller au domicile, et nous avons découvert ce monsieur, qui était dans un état extrêmement fébrile, avec une surinfection bronchique terrible. Il n'arrivait même plus à téléphoner. Les voisins passaient devant, mais ne s'en inquiétaient pas, évidemment. Cela a permis son hospitalisation très rapide et également, de pouvoir le suivre par la suite, parce que je crois qu'elle l'a revu plusieurs fois. Nous nous sommes aperçus que cette personne, que nous ne connaissons pas, avait des difficultés cognitives et de compréhension pour gérer son quotidien. Annie a donc fait une demande de curatelle, de protection de majeur. Tout ce travail a pu être mis en place. Nous avons aussi veillé à ce que les liens avec sa femme puissent être maintenus, puisqu'elle est désormais en maison de retraite et que lui est à son domicile. C'est le type de travail que permet cette promiscuité, cette proximité, également lors de l'accueil des patients.

Nous avons des patients qui non seulement ont une pathologie psychiatrique, mais qui, de ce fait, sont isolés et bien souvent en détresse sociale. La détresse sociale, cela signifie que souvent, leurs papiers ne sont pas à jour, que leurs droits ne sont pas forcément ouverts, que les demandes de prise en charge à 100 % ne sont pas forcément faites en temps et en heure, ce qui complique les choses par la suite pour les revenus, pour la couverture des soins, etc. Le centre de santé est extrêmement facilitateur parce qu'à l'accueil, ils ont un logiciel qui permet justement de voir où en sont les personnes. Les médecins généralistes qui y travaillent

sont extrêmement disponibles pour le renouvellement des demandes de prise en charge à 100 %, par exemple, ce qui est très précieux pour nous. C'est encore un autre type de travail. Et le CMP dispose aussi d'une assistante sociale. Lorsque le centre de santé a besoin d'une assistante sociale, il peut y avoir une aide pour remplir des dossiers.

Cette proximité permet aussi une communication permanente, par les escaliers. Tous les intervenants sont identifiés et nous nous parlons fréquemment : Lara, qui est une collègue de travail, monte me voir ou je descends la voir, et nous échangeons sur les patients. Cette communication est très facilitatrice pour la prise en charge globale du patient, parce que l'effet est immédiat. Elle est aussi très facilitatrice lorsque nous recevons par exemple un patient qui n'est pas bien, comme cela a été le cas avec un monsieur d'origine russe, qui ne parlait pas français. C'était donc très compliqué. Nous nous sommes aperçus qu'il y avait un problème cardiaque et il a été facile de l'orienter et ensuite, éventuellement, de le faire hospitaliser. C'est vraiment un soutien logistique, en termes de prise en charge globale du patient, qui est très porteur et très facilitateur.

En termes de prescription, avec des champs de compétences différents, cela permet par exemple de différencier les prescriptions de ce qui relève du spécialiste et de ce qui relève du généraliste, précisément parce que nous nous parlons. A contrario, nous avons des patients qui sont pris en charge de manière psychiatrique et qui ont tendance à descendre et à se faire re-prescrire des médicaments, parce qu'ils ont tendance à s'auto-médicamenter. Mais comme nous échangeons, nous pouvons l'empêcher

⇒ Lisa Wagneur

En médecine générale, nous avons parfois affaire à des difficultés avec quelqu'un qui a visiblement des troubles pas forcément psychiatriques, mais psychologiques. Il est difficile de faire voir un psy à un patient qui est en médecine générale. Il n'est pas évident d'avoir un rendez-vous. L'orientation vers la psychiatrie fait partie des orientations pour lesquelles nous avons un peu de mal, en médecine générale. Mais dans notre organisation, c'est extrêmement facilité.

J'ajoute un élément, à propos de la déontologie du médecin généraliste : nous ne sommes pas là pour faire double emploi chez les patients du CMP qui ont un médecin généraliste déclaré médecin traitant. Nous y faisons attention.

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

Dossiers médicaux partagés

⇒ Un participant

Il y a des dossiers médicaux partagés ?

⇒ Lisa Wagneur & Jean-Jacques Cardinali

Non. Nous avons un dossier médical partagé au sein du centre de santé. Ce n'est pas le même logiciel. Nous n'avons pas de lien direct avec le CMP. Mais c'est un choix. Nous l'avons voulu comme cela. Une certaine confidentialité s'impose, surtout dans le domaine de la psychiatrie. Le patient a un lien particulier avec son thérapeute et ne veut pas que ce soit divulgué. Les dossiers médicaux informatiques sont donc séparés.

Mais la proximité fait que nous pouvons monter et que nous pouvons regarder. Et lors de la consultation, il peut y avoir un commentaire. Dans notre logiciel, je note quelques éléments importants de la pathologie et de l'évolution de la maladie du patient. Quand Lisa ou ses collègues montent, nous avons l'occasion d'en discuter.

Réunions informelles, relations institutionnelles

⇒ Un participant

Il y a plusieurs exemples de co-localisation de services, et effectivement, il y a des éléments facilitateurs pour la collaboration. Avez-vous institué des réunions formelles ? Avez-vous des échanges informels, autour du café ? C'est quelque chose de très important.

⇒ Jean-Jacques Cardinali, Djawad Guerroudj, Lisa Wagneur

Pour l'instant, nous ne souhaitons pas avoir de réunions formelles, de réunions cliniques, pour avoir des échanges sur les prises en charge que nous avons, mais nous tenons tout de même un registre, qui nous permet de voir les patients que nous avons les uns et les autres, et nous en parlons. En outre, nous avons cohabité pendant trois ans pour la préparation du projet, avec des comités de pilotage. Pendant trois ans,

nous nous sommes donc côtoyés et quand le projet a été lancé, nous nous connaissions, nous avons de bonnes relations, et nous continuons à les avoir.

Les relations institutionnelles, nous les avons écrites sur le papier. Elles sont inscrites dans le projet médical. Nous avons nos réunions institutionnelles chacun de notre côté. Nous avons une réunion d'équipe au centre de santé et des réunions cliniques au CMP. Nous avons inscrit sur le papier des réunions communes. Elles sont sur le papier d'un point de vue institutionnel, mais elles sont très informelles dans la vraie vie, autour du café, par exemple. Il faut préciser que sur le plan architectural, nos réunions se font à l'endroit où nous mangeons, et c'est le même. Nous nous parlons donc presque en permanence. Il y a une communication par l'intérieur et par l'extérieur.

La structure porteuse

⇒ Un participant

Quelle est la structure porteuse du centre de santé ? Est-elle à l'origine du projet ?

⇒ Lisa Wagneur

C'est l'AMS, l'Association des amis de la médecine sociale Marseille. Cette association existait avant le centre de santé. Quant à l'origine du projet, c'est un groupe d'individus : les médecins généralistes et deux ou trois individus qui ont créé l'association. C'est une « bande de potes », en quelque sorte.

Les liens avec la ville

⇒ Un participant

On parle ici de parcours de santé. Quels sont les liens que vous avez avec la ville, par exemple ? Les ressources peuvent être intéressantes.

⇒ Djawad Guerroudj, Lisa Wagneur & Lara Dalicieux

Nous sommes très impliqués dans des réseaux. Nous faisons partie de tous les réseaux qui sont dans le quartier. Nous faisons aussi partie du collectif Précarité et du collectif Au cœur de la cité. Nous assistons régulièrement aux réunions pour pouvoir rencontrer les partenaires et mettre en place diverses actions. Nous sommes aussi en lien avec des centres sociaux.

Mais nous n'avons pas de financements directs de la ville.

Partenariat avec les hôpitaux et place des usagers

⇒ Un participant

Quels sont vos liens ou partenariats avec l'hôpital ou les hôpitaux, et quelle est la place des usagers ou des personnes qui viennent au centre de santé ou au CMP ? Y a-t-il des actions collectives ? Ont-ils une représentation ?

⇒ Djawad Guerroudj, Jean-Jacques Cardinali, Lisa Wagneur

Pour le CMP, il y a des associations d'usagers. D'abord, nous travaillons avec des GEM. Ce sont des groupements d'entraide mutuelle pour des patients qui ont une pathologie psychiatrique. Nous sommes aussi en relation avec une association d'entendeurs de voix. Nous souhaiterions qu'il y ait plus d'associations d'usagers qui nous sollicitent. Nous travaillons également beaucoup avec Handestau. C'est une association qui a été créée par des parents de patients, qui est d'ailleurs proche du CMP et du centre de soins où nous sommes.

Quant aux hôpitaux, la question est réglée, puisqu'avec la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 qui instaure les groupements hospitaliers de territoire (GHT), toute l'AP-HM englobera tous les hôpitaux de Marseille. Dans la pratique, nous avons des liens, en tant que praticiens – comme n'importe quels praticiens –, avec des confrères hospitaliers. Nous avons aussi des liens avec le personnel du centre de santé de l'AP-HM qui vient juste d'ouvrir, que nous connaissions déjà avant son ouverture, parce que dans les quartiers nord de Marseille, beaucoup de projets étaient en route et sont en train d'aboutir les uns après les autres. Nous nous connaissions déjà dans la phase de projet. Dans le quartier, il y a aussi l'hôpital Nord et l'hôpital Édouard-Toulouse, et des structures hospitalières privées, avec lesquelles nous avons des liens, comme tous les praticiens.

La prise en charge des enfants

⇒ Un participant

Avez-vous des liens avec le CMP enfants ? Y a-t-il une orientation des enfants ?

⇒ Djawad Guerroudj, Lara Dalicieux

Oui, mais ce sont plus des liens professionnels. Nous faisons des orientations d'enfants. Elles sont facilitées par ce que nous connaissons des gens, nous travaillons dans le même hôpital. Nous avons aussi un médecin généraliste, dans le centre de santé, qui fait du relationnel. Nous pouvons orienter vers ce médecin avant d'orienter vers le CMP enfants. Cela fonctionne très bien.

Pistes d'amélioration.

⇒ Un participant

Que souhaiteriez-vous améliorer ?

⇒ Djawad Guerroudj, Lisa Wagneur

Nous sommes déjà contents d'avoir passé une année ensemble et que cela se déroule très bien. Nous repérons qu'il y a une plus-value pour les patients. À cet égard, nous sommes très contents. Améliorer, je ne sais pas, mais quand nous en parlons autour de nous, cela suscite des vocations. Il y a d'autres CMP qui dépendent de l'hôpital Édouard-Toulouse qui se disent qu'après tout, eux aussi aimeraient avoir une structure... Du côté du centre de santé, nous aimerions bien être agréés ou validés par la faculté de médecine pour accueillir des internes et être maîtres de stage. Pour l'instant, ce n'est pas fait, en tout cas à Marseille. Mais je crois que c'est en train de changer. Il n'y avait pas de maîtres de stage dans les centres de santé. C'étaient uniquement les libéraux, pour des raisons d'habitudes anciennes, je pense.

PLURIDISCIPLINARITÉ SANITAIRE ET SOCIALE : UNE NÉCESSAIRE ASSOCIATION AU SERVICE DU PARCOURS DE SANTÉ DE L'USAGER – LE VILLAGE 2 SANTÉ À ÉCHIROLLES

Présentation par **Olivier Beaud**, *médecin généraliste*,
Jérémy Petit, *accompagnant en soin social* et **Sambra Saiah**, *usagère*

⇒ **Jérémy Petit**

Nous sommes le Village 2 santé, un centre de santé communautaire qui vient d'ouvrir à Échirolles, à côté de Grenoble, au mois de septembre. C'est donc tout récent. Je suis accompagnant en soin social, travailleur social de formation.

⇒ **Sambra Saiah**

Je suis une usagère du centre.

⇒ **Olivier Beaud**

Je suis l'un des quatre médecins généralistes du centre. Je vous propose une présentation rapide de la structure du centre de santé. Nous parlerons ensuite de ce qu'est la santé communautaire et de la démarche qui nous anime. Enfin, à partir du regard de Sambra, usagère du centre de santé, nous parlerons du parcours de santé au sein du centre de santé et de notre rôle dans le parcours de santé, puisque c'est le thème de la journée.

Notre centre est porté par une structure associative qui existe depuis quatre ans et a été montée dans l'objectif initial d'ouvrir un centre de santé communautaire en quartier populaire. Le travail de l'association a commencé par une longue phase de ce que nous avons appelé « diagnostic communautaire », c'est-à-dire d'enquête au sein du quartier, sur les besoins et attentes des habitants et des différents professionnels des champs sanitaire et social au sein du quartier, pour nous faire une sorte de carte d'identité de ce qu'était ce quartier et de ce que nous pouvions éventuellement y apporter. C'est à l'issue de ce diagnostic que nous avons ouvert le centre, au mois de septembre, dans des locaux tem-

poraires un peu excentrés du quartier. Mais dans deux ans, quand le bâtiment définitif sera construit, nous serons dans le quartier.

Notre projet comporte plusieurs volets. Le premier est un volet relatif à l'accueil, sur lequel nous avons essayé de mettre « le paquet », entre guillemets, avec un accueillant et une accueillante qui font vivre une très grande salle d'accueil au sein du centre de santé, où il y a toujours du thé et du café à disposition, qui orientent ensuite les personnes qui traversent le centre vers les autres professionnels. Ces autres professionnels peuvent relever du domaine social, comme Jérémy, ou Yann, son collègue, nos deux accompagnants en champ social. Ils peuvent aussi relever du domaine sanitaire : nous sommes quatre médecins généralistes, deux hommes et deux femmes ; nous avons un kinésithérapeute, une infirmière qui est sur le dispositif Asalée • (Action de santé libérale en équipe) et qui est une infirmière d'éducation thérapeutique, ainsi qu'une orthophoniste à mi-temps. Le dernier volet de notre centre, qui est porté par tout le monde et notamment par le coordinateur du centre, le dernier que je n'avais pas cité, est le volet « lutte contre les discriminations et promotion de la santé ». C'est une des missions des centres de santé et nous, nous en avons fait l'une des missions premières. La lutte contre les discriminations passe par des réunions, par la participation à une cellule de veille de la métropole grenobloise sur les discriminations et par tout un travail de partenariat. Nous reviendrons tout à l'heure sur la promotion de la santé à travers les modalités et ateliers que nous faisons autour du sujet.

• Sur le dispositif Asalee <http://fmpmps.fr/app/webroot/js/kcfinder/upload/fichiers/ASALEE>
Présentation octobre 2015.pdf

⇒ **Jérémy Petit**

La forme de la structure n'est pas arrivée n'importe comment. Elle est arrivée du diagnostic communautaire, mais aussi de ce qui est la santé communautaire. J'ai vu qu'il y avait dans la salle des membres de AIDES. Nous n'avons rien inventé avec la santé communautaire. C'est quelque chose qui est très développé au Canada, en Belgique, en Amérique latine, en Afrique, etc. C'est une façon d'envisager la santé qui se détache un peu du simple rapport au corps, à la maladie, et qui s'attache beaucoup à réfléchir aux déterminants sociaux de la santé, à savoir les conditions de logement, de ressources, le stress subi à cause du racisme, du sexisme, des discriminations en tout genre... Toutes ces conditions de vie viennent impacter la santé. Dès lors, si l'on veut s'intéresser à

la santé des gens de façon globale, on ne peut pas se détacher de ces questions. C'est pourquoi il est apparu évident, dès le début du projet, d'intégrer dans la pluridisciplinarité du centre de santé des travailleurs sociaux. Il s'avère que dans la manière d'amener les travailleurs sociaux dans notre centre, nous sommes un peu devenus des travailleurs sociaux de premier recours, comme les médecins. C'est-à-dire que nous avons décidé de ne pas institutionnaliser la prise en charge au niveau social.

Pour illustrer la façon dont une personne peut arriver auprès de nous, on se rend compte que pour certaines personnes, le médecin généraliste est parfois le seul espace sécurisé qu'elles ont pour venir déposer les choses. Nous essayons alors de donner aux gens le temps de pouvoir se poser, lors de consultations assez larges. Effectivement, quantité de problèmes d'ordre social sortent en consultation médicale et il y a la possibilité de faire un relais en interne directement autour de ces questions. Nous avons fait le choix de ne pas nous limiter à ce qui pourrait paraître logique, au départ, c'est-à-dire l'accès aux droits, à la santé, etc., mais de prendre en considération la personne, sa problématique sur le moment, de commencer à démêler les fils, parce que nous nous rendons compte que si nous réorientons les personnes directement vers les partenaires – que nous connaissons –, dès le premier entretien, en leur disant : « nous, nous ne faisons pas cela, mais allez là-bas », les gens n'y vont pas et ils ne demanderont plus rien. Nous les prenons donc en charge, nous essayons de créer une relation de confiance, de faire en sorte que les personnes se sentent en confiance avec nous, et ensuite, nous maillons avec le réseau. J'aimais bien le principe de coresponsabilité territoriale évoqué ce matin : connaître le réseau de partenaires pour pouvoir orienter correctement, mais seulement après avoir tissé les liens avec les habitants.

La dernière partie de la santé communautaire, c'est le travail collectif avec les habitants, en partant du principe que les premiers experts de la santé, ce sont les personnes elles-mêmes, parce que ce sont elles qui se « triment » leurs différents symptômes, maladies et problématiques, et qu'elles ont déjà trouvé beaucoup de solutions. On s'aperçoit que si l'on arrive à collectiviser ces questions, les gens ont quantité de choses à s'apprendre mutuellement. Nous sommes la structure qui permet la mise en commun et nous sommes facilitateurs de tout cela, mais ils font déjà un énorme travail entre eux. Nous nous apercevons aussi que ce travail collectif est aussi une validation collective des déterminants sociaux de la santé. Dès lors, les gens ne se sentent pas responsables individuellement de ce qu'ils subissent. Leur santé est impactée par tout

cela et nous pouvons parfois les aider à s'organiser autour de questions un peu sociales.

⇒ Olivier Beaud

S'agissant de l'organisation interne, comme tout centre de santé, nous avons un secret médical partagé, avec des dossiers partagés. Le secret médical est élargi à tous les professionnels du centre. Tout le monde a accès à tout le dossier, après consentement des patients, à l'accueil comme pour les travailleurs sociaux et comme pour n'importe qui. Les informations circulent par ce biais, par le biais aussi de rencontres inter-individuelles. Nous avons des temps hebdomadaires de rencontres entre médecins et accompagnants en soin social, des temps mensuels entre médecins et kiné, par exemple, et une fois par semaine, une réunion interprofessionnelle de deux heures où nous échangeons autour des situations complexes qui traversent le centre pour collectiviser la réflexion et trouver ensemble des pistes de solution.

⇒ Jérémy Petit

Nous avons aussi des co-formations dans les différents champs. Quand nous avons des problématiques qui impactent un peu tout le monde, nous proposons de nous co-former les uns et les autres. Jeudi prochain, ce sera sur le développement du langage chez l'enfant. Cela concerne tous les personnels. Ces réunions ne s'adressent pas qu'à des staffs médicaux. Il n'y a pas que l'infirmière et le médecin : tous les professionnels du centre y participent. C'est ainsi que nous concevons les choses.

Lors du diagnostic communautaire, quand nous avons demandé de quoi elles avaient besoin, toutes les personnes nous ont dit que c'était d'être bien accueillies. C'est pourquoi nous avons mis l'essentiel sur ce point. Les premiers soignants, chez nous, sont les accueillants. Ils sont dépositaires de quantité de choses que d'autres professionnels n'auront jamais. La mise en commun de tout cela, en plus, au travers d'un réseau de professionnels différents, permet de proposer les réponses les plus globales et les plus diverses possible et que les personnes s'en saisissent comme elles le souhaitent.

Sambra Saïah a eu la grande gentillesse de venir avec nous aujourd'hui. C'est un peu stressant, mais nous nous sommes dit qu'elle se ferait un plaisir de répondre à la question de ce que le parcours d'un usager. Nous

vous promettons que nous ne l'avons pas payée. Si vous avez des questions, nous proposons que ce soit Sambra qui vous réponde.

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

Dossiers médicaux partagés par tous

⇒ Un participant

J'ai une question sur le passage d'informations au sein du centre de santé. Vous dites que tous les professionnels, accueillants compris, ont accès au dossier des patients. Cela sous-entend qu'ils ont également accès aux données médicales ?

⇒ Olivier Beaud

Oui. Sur notre logiciel, il y a différents onglets : médical, social, administratif, et il n'y a pas de droit d'accès limité à tel ou tel corps professionnel. Nous avons dû négocier avec le fournisseur du logiciel pour qu'il débloque tout, mais cela faisait partie de notre projet. Cela ne veut pas dire que tout le monde va tout le temps consulter le dossier. Nous restons tout de même dans un cadre professionnel. Pour commencer, les usagers du centre peuvent le refuser et dire qu'ils préfèrent que seuls le médecin et telle ou telle personne aient accès à leurs informations. C'est primordial. Et par ailleurs, nous ne nous amusons pas à aller regarder tout le temps dans les dossiers, bien entendu. Mais tout le monde a le même accès informatique aux dossiers.

⇒ Sambra Saiah

Je trouve que c'est extrêmement important. Pour ma part, je l'ai très bien vécu, parce que lorsque l'on est dans une situation assez difficile, on n'a pas forcément envie de raconter, de re-raconter, de re-re-raconter une mauvaise expérience ou de reprendre à zéro. En l'occurrence, la personne que l'on a en face de nous est déjà au courant, elle sait pourquoi l'on est là, elle sait déjà beaucoup de choses sur nous, et on ne perd pas de temps à tout réexpliquer. Cela reste dans une sorte de continuité qui est plutôt rassurante. Le fait d'avoir toutes ces personnes autour de nous permet à la confiance de s'installer assez facilement et c'est une confiance que l'on n'a pas besoin, chaque fois, de retravailler avec chaque fois un nouveau professionnel, parce qu'il est assez compliqué, en fonction de la situation, bien sûr, de faire confiance à une personne que l'on ne connaît pas. Dans ce centre, on est tout de suite mis en sécurité, on a confiance. Je sais que si je parle avec mon médecin ou avec

mon travailleur social, c'est quasiment pour moi la même personne que j'ai en face. C'est génial.

La relation de confiance

⇒ Un participant

Qu'est-ce qui, selon vous, fait que le cadre, la rencontre singulière avec un soignant ou une personne qui en face de vous, vous donne ce sentiment que vous pouvez y aller, que vous pouvez avoir confiance ?

⇒ Sambra Saiah

Lorsque j'ai poussé la porte, la première fois, c'était pour voir un médecin. Les personnes accueillantes sont géniales. Elles nous mettent tout de suite en confiance. Elles viennent vers nous, elles ont le sourire, elles arrivent à nous mettre en confiance, donc déjà, on se sent bien. Ensuite, quand on parle avec le professionnel médical, c'est pareil. On met quand même un certain temps à se connaître, à discuter et à pouvoir se lâcher. Après, ce professionnel, en fonction de notre situation, va nous réorienter vers un autre professionnel. Moi, il m'a dit : « écoutez, nous avons des travailleurs sociaux. Ils peuvent travailler cela avec vous, ils peuvent vous aider... » Ensuite, ou bien on est recontacté par le travailleur social, parce que l'on ne se sent pas capable de faire le premier pas, ou bien on le contacte soi-même. C'est ce travail par étapes qui fait que l'on se sent forcément en confiance.

⇒ Jérémy Petit

L'un des leviers, c'est aussi le fait d'avoir travaillé l'accueil de cette manière-là, d'avoir cet aspect chaleureux de notre salle d'attente, qui est vraiment un café. C'est disposé avec des tables un peu à la manière d'un cabaret. Les gens nous l'ont dit : ils sont contents d'avoir un rendez-vous pour venir boire un café ou un thé, et nous nous rendons compte, après sept mois d'existence, maintenant, qu'en fait, les gens font confiance au centre. Ce n'est pas tellement un professionnel en particulier qui va venir interpeller la personne. C'est le sentiment d'être englobé, quand on entre dans le centre. Dès lors, la confiance se tisse au sein du centre. Et à partir du moment où c'est avec un professionnel du centre, quand la confiance est établie quelque part, elle se transfère.

L'équipe médicale et le quartier

⇒ Un participant

Est-ce qu'il y a des médecins de l'équipe médicale qui ont exercé dans le quartier ou qui en sont issus ? Pouvez-vous savoir s'il a été constaté un changement de comportement des patients, des habitants, par rapport à leur parcours de santé avant l'existence du centre ?

⇒ Olivier Beaud

Nous sommes tous plutôt en début de carrière. Nous n'avons pas une très longue expérience, chacun et chacune, mais l'une de nous avait remplacé un médecin pas très loin du quartier et qui avait habité quelques mois à proximité. Mais sinon, dans l'équipe, même au sens plus large que simplement médicale, personne n'est issu du quartier. Il y a juste une accueillante qui habite à proximité, mais pas à proprement parler dans le quartier. Les autres viennent d'ailleurs, que ce soit sur le plan personnel ou professionnel.

Donc nous n'avons pas cette possibilité de savoir s'il y a eu changement dans le quartier. Ce que l'on peut dire, c'est qu'il y avait deux médecins généralistes dans le quartier, qui étaient tous les deux en fin de carrière. Ils sont en train de partir à la retraite et ils ont fortement réduit leur activité depuis deux ou trois mois. Nous récupérons petit à petit tous leurs patients. Nous les avions rencontrés avant d'ouvrir. Je ne critique pas leur manière de faire, mais ils avaient un exercice qui était quand même très éloigné de ce que nous sommes en train de mettre en place. Dans ce que nous proposons, nous modifions forcément le parcours de santé des personnes, parce que nous changeons leur manière d'aller chez le médecin. Ils y allaient sans rendez-vous, avec une absence totale d'horaires d'ouverture. C'était comme chez le médecin de campagne. C'est complètement dépassé. Le médecin travaillait de 5 h du matin à 23 h. Il est vrai qu'il n'y avait pas de problème d'accès au médecin : on pouvait y aller, on attendait quatre heures, mais au moins, on le voyait dans la journée. Avec le centre, nous changeons leur manière d'aller chez le médecin. En voyant 80 personnes par jour, le médecin n'était sans doute pas en mesure d'orienter les personnes comme nous essayons de le faire. Sans avoir d'expérience propre d'activité professionnelle dans le quartier, nous supposons quand même largement que cela change...

La place des habitants dans le projet et les conseils citoyens

⇒ Un participant

Outre le fait d'être patients, quelle place ont les habitants dans votre projet, puisque vous parlez de santé communautaire ? Sont-ils associés aux décisions prises dans l'organisation ?

⇒ Jérémy Petit

C'est tout ce que nous travaillons en ce moment. Avec le peu d'existence que nous avons, nous avons commencé à créer des outils, et nous nous rendons compte que cela prend du temps à se mettre en place. Mais nous y réfléchissons. Lors de nos trois premières réunions de conseil d'administration (CA), nous avons abordé cette question : comment allons-nous finir par pouvoir intégrer les habitants au CA ? Il y a aussi un volet, que nous n'avons pas développé jusqu'ici, celui des ateliers que nous proposons. Nous les avons proposés pour pouvoir montrer les possibles, c'est-à-dire montrer que dans le centre de santé, on pouvait organiser d'autres temps que les temps de rendez-vous. À terme, l'idée est que les habitants puissent arriver avec leur propre volonté, avec les questions qui les intéressent, et de les mettre au travail à cet endroit-là. La participation des habitants ne se décrète pas. Il faut que nous travaillions petit à petit. Mais lorsque quatre médecins généralistes arrivent dans un quartier où il n'y en a plus, la première chose, chez les habitants, est de venir consommer du médecin. Déjà, boire le thé ou le café, il a fallu un petit moment pour qu'ils comprennent que ce n'était pas grave, qu'en fait, c'était plutôt chouette. Mais je pense que la participation habitante effective communautaire comme nous la souhaitons va se construire avec la confiance, et cela prend du temps.

⇒ Une participante

Vous êtes en territoire prioritaire de la politique de la ville. Avez-vous un coordinateur d'Atelier santé ville ? Si c'est le cas, j'imagine que vous avez aussi un conseil citoyen qui a dû s'établir suite à la loi Lamy de 2014. Avez-vous envisagé l'articulation qui aurait pu être opérée par ce coordinateur sur la dimension de la démocratie participative de l'habitant et notamment, cet enjeu de santé communautaire ? Dans ma propre expérience, j'ai mis en place il y a deux mois des ateliers de santé

citoyens. C'est une véritable plateforme d'incubation de projets et en même temps, de recueil des remontées citoyennes du territoire, puisque c'est un atelier conseil citoyen constitué de trois habitants nommés par territoire. Nous en avons cinq. Concrètement, nous travaillons tous ces enjeux dans les différents établissements sanitaires et sociaux du territoire. D'une part, ils s'approprient la connaissance pleine des enjeux de santé, mais aussi à travers l'existant dans les centres de santé notamment. Nous avons travaillé sur la façon de faire émerger une dynamique collective de santé communautaire et moi-même, j'ai cherché à repérer des leaders charismatiques, notamment chez les femmes. Il y a des personnalités très fortes, depuis celle qui est au courant de tout dans le quartier parce qu'elle ne travaille pas, mais que l'on voit le matin devant l'école primaire. Avant l'ouverture de l'école, il y a toujours des groupes qui discutent. C'est pourquoi je suis allée faire les sorties d'école pour les intégrer à cette dimension de la santé communautaire. Est-ce que vous avez essayé de travailler avec vos conseils citoyens ?

⇒ Jérémy Petit

Nous ne savons pas s'il existe des conseils citoyens en tant que tels, mais pour pratiquer la santé communautaire comme nous avons choisi de le faire, nous avons choisi une communauté de territoire, une communauté de lieu. On peut faire des communautés de beaucoup de choses. Nous, nous avons choisi une communauté de lieu. Nous avons commencé à réfléchir à la participation habitante avec les premiers usagers et usagères du centre, c'est-à-dire ceux qui avaient passé la porte. Dans le quartier, nous avons ce qu'apparemment les collègues de Marseille connaissent, c'est-à-dire le triste fait d'être à 300 mètres du quartier. 300 mètres, ce n'est rien, mais il y a une route et un tram qui passe et aujourd'hui, nous ne sommes pas encore associés au quartier en tant que tel, même si ce sont principalement des habitants du quartier qui viennent. Il y a cette espèce de frontière qui fait que ce n'est pas encore vraiment pour eux. Nous rencontrons les institutions du quartier, mais ce sont encore des rencontres sporadiques dans différentes instances. Quand nous serons sur le même parvis, je pense que nous pourrions développer cela plus facilement. Mais nous pratiquons aussi l'« aller vers ». Les travailleurs sociaux vont dans le quartier rencontrer les gens chez eux, avec des questionnaires de santé légèrement orientés sur les questions sociales et d'injustice sociale, mais aussi de santé. Nous sommes également en train de recruter une médiatrice en santé.

La structure porteuse

⇒ Un participant

Quelle est l'association porteuse ? Êtes-vous membres d'autres associations de centres de santé ?

⇒ JérémY Petit

Il y a l'Agecsa, l'Association de gestion des centres de santé associatifs de Grenoble, mais nous n'en faisons pas partie, d'une part parce que nous sommes à Échirolles et d'autre part, parce que notre projet était d'être indépendants politiquement. Nous sommes une association de type loi de 1901. Pour l'instant, c'est une structure qui est temporaire, parce qu'elle n'est pas satisfaisante, notamment sur le plan de la participation habitante, pour nous. Les statuts pourraient changer cette année, avec la possibilité, pour les structures de santé, de se monter en société coopérative et participative (SCOP) ou en société coopérative d'intérêt collectif (SCIC). Nous sommes en réflexion et rien n'est fixé pour le moment. Mais des structures porteuses comme celles-ci nous permettraient d'avoir des collègues d'habitants au sein du CA, ce qui, pour l'instant, n'est pas le cas, et de résoudre certains problèmes : nous avons des prête-noms pour le bureau, parce que nous ne pouvons pas fonctionner correctement sans cela. Ce sont des personnes qui sont tout de même impliquées dans la vie de l'association, mais qui ne font pas vivre le centre en tant que tel. Ceci n'est pas non plus satisfaisant, pour le moment.

⇒ Une participante

Sur le volet de la santé, avez-vous eu l'occasion de vous rapprocher de l'IREPS pour vous faire accompagner en matière de promotion de la santé ? Il y a de nombreuses ressources, notamment pour réfléchir à la place des usagers dans votre projet de santé communautaire, que je trouve très intéressant. Je suis impatiente de voir la suite...

⇒ JérémY Petit

Nous sommes effectivement en lien avec l'IREPS. Pour le moment, c'est plutôt passé par de la documentation. Nous savons où cela se trouve et nous y allons. Mais nous n'avons pas mené d'action avec eux pour le moment.

Quant au contrat local de santé et autres choses, j'avoue que pour moi, c'est un peu du jargon administratif. Nous sommes très en lien avec l'ASV d'Échirolles, notamment via Carole Bégou, qui est ici, avec qui nous mettons des choses en place. L'idée était d'ouvrir et de proposer quelque chose et non de se substituer à ce qui existait déjà.



RESTITUTION DE L'ATELIER

⇒ **Anne Guilberte**,
Coordinatrice, FEMASIF (Fédération des Maisons et Pôles de Santé d'Île-de-France)

Nous avons eu deux interventions: l'une autour du centre de santé polyvalent et le CMP des quartiers nord de Marseille et la seconde portant sur le Village 2 santé à Échirolles, qui ont présenté leur fonctionnement, interrogeant le rôle de leur structure dans le parcours de santé des habitants, sur le territoire, à partir des projets qui sont développés, des bonnes pratiques, de l'articulation de leurs activités avec les autres acteurs du territoire. La question de base étant de savoir comment les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé favorisent les parcours de santé sur leur territoire. Quelques recommandations se sont regroupées autour de différents sujets.

Le premier était autour de la promotion et de la poursuite de l'approche pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. En effet, ces deux structures nous ont parlé des modes d'exercices et des pratiques au sein de leur structure. On y retrouve à la fois des médecins généralistes et des spécialistes, des paramédicaux et des travailleurs sociaux; à Échirolles, l'embauche d'un médiateur est en projet. Cette approche à la fois pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire permet d'avoir une réelle amélioration, au niveau du parcours des patients comme de la collaboration et de la coordination des soins.

Nous avons également abordé le besoin d'améliorer la formation des médicaux et des paramédicaux, et de permettre l'évolution de leurs compétences. Parce que dans les différentes formations, l'approche et le travail pluriprofessionnels ne sont pas forcément aussi développés que souhaité et que l'on repère un besoin de créer une culture commune. Certains souhaitent avoir la possibilité d'accueillir des internes, en tant que maîtres de stage, dans les centres de santé, c'est-à-dire là où les personnes ont des statuts de salariés •. L'idée est d'avoir une évolution au niveau des formations qui permettent ces pratiques et la transmission au niveau des jeunes.

Concernant le fonctionnement, l'importance de l'autonomie vis-à-vis des financements institutionnels a été soulignée, ainsi que des difficultés parfois rencontrées. Nous avons également parlé de « phobie administrative » des soignants par rapport à certaines demandes de financement et à certains fonctionnements. Il faut bien considérer les difficultés rencontrées parfois à monter de tels projets. Cette question est très liée aussi à l'évolution des formations, pour voir de quelle façon la mise en place de projets

et de demandes de financements peut être également enseignée dans les formations médicales et paramédicales.

Très en lien avec le volet pluriprofessionnel, a été soulignée l'importance de l'approche prévention et promotion de la santé, l'approche globale. Ces deux structures ont expliqué à quel point le diagnostic territorial, le projet de santé, la prise en compte des déterminants de santé étaient importants dans leur pratique, ainsi que la proximité de leur structure dans les quartiers, la bonne connaissance des partenaires du territoire et la mise en œuvre de réelles collaborations, notamment avec les coordonnateurs ASV et CLS.

Par rapport au parcours des usagers, le rôle et la place des usagers dans ces structures est un sujet qui a été beaucoup abordé. Il est important de promouvoir et de considérer le niveau humain. C'est un premier lieu d'accueil et de soins: le premier contact doit être bienveillant. Il faut aussi accorder de l'importance à ce côté humain et au temps informel passé entre les professionnels pour échanger entre eux. S'il existe parfois des choses formalisées autour de protocoles, de réunions de concertation, des temps d'échanges informels sont également importants, au détour d'un couloir, dans une cuisine ou autour d'un café. Le parcours et les échanges entre ces différents acteurs permettent une meilleure fluidité. Le rôle et la place des habitants et des usagers dans la pérennisation de ces fonctionnements et de ces structures sont également importants. Ils ont vocation à défendre cette approche parce que comme les professionnels, ils en voient aussi la plus-value. Mais il faut également veiller à ne pas faire porter tout le poids de ce parcours et de ses dispositifs aux patients et aux usagers. Les professionnels sont dans leur rôle, mais tout ne dépend pas des patients et des usagers, même s'ils ont un rôle important.

• Sur les possibilités d'accueillir des internes en centre de santé : <http://www.fnccs.org/les-centres-de-sante-terrain-de-stage-pour-les-etudiants-en-medecine>

ATELIER 4 -

JEUNES ET SANTÉ LE PARCOURS ÉDUCATIF DE SANTÉ

Les jeunes apparaissent comme une population laissée en marge de la réflexion autour des parcours de santé. Or les professionnels et acteurs de santé relèvent de vraies problématiques de santé, en particulier d'accès aux droits et aux soins. L'école serait-elle le lieu privilégié pour les informer sur leurs droits et leur santé?

Début 2016, une circulaire a détaillé la mise en œuvre du « parcours éducatif de santé » que doivent mettre en œuvre les établissements scolaires.

Quelles collaborations développer entre collectivités, CPAM, Éducation nationale et associations?

Comment créer les conditions d'un parcours éducatif de santé sur les territoires?

Expériences ressources présentées :

- **Le parcours éducatif de santé pour tous les élèves**
Josette Morand, *infirmière, conseillère technique de la rectrice, rectorat de Lyon*
- **Les actions santé pour les jeunes, en collaboration avec l'Éducation nationale**
Giovanni Plantevignes, *coordonnateur prévention santé, MJC de Noisiel*

Animé par :

Myriam Buffet, *chefe de mission santé, ville de Lyon*

Nathalie Dussurgey, *coordinatrice ASV, ville de Vénissieux*

Carole Girard, *responsable du pôle Développement social, communauté de communes de la Vallée du Garon*

Restitué par :

Sarah Vernier, *responsable de projets, CRES PACA*

LE PARCOURS ÉDUCATIF DE SANTÉ POUR TOUS LES ÉLÈVES

Présentation par **Josette Morand**, *infirmière, conseillère technique de la rectrice, rectorat de Lyon*

Le parcours éducatif de santé pour les jeunes et pour les enfants est un parcours qui débute dès l'école maternelle et qui se poursuit jusqu'à la fin du lycée. Sa particularité est d'être un parcours éducatif qui porte sur la santé et pas simplement sur le soin et sur la prévention, mais sur la promotion de la santé. Je ne vais pas vous reparler de concepts de santé, mais on est sur quelque chose de plus global, qui prend en compte l'environnement, la psychologie, le biomédical. Vous avez peut-être eu l'occasion de lire les textes, qui sont récents. C'est en 2016 que la circulaire sur le parcours éducatif de santé est sortie, mais antérieurement, il était notamment mentionné dans la loi de refondation de l'école de 2013. C'est un parcours qui est aussi inscrit dans la loi de modernisation de la santé de janvier 2016. Il doit donc obligatoirement être mis en œuvre. C'est tout récent et cela se met en place tout doucement. Tout le monde est concerné par ce parcours éducatif de santé.

• http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=97990

Le parcours a trois entrées : l'éducatif, la prévention et la protection. Au centre se trouve la promotion de la santé. Si l'on parle de l'institution, tout ce qui a trait à la prévention est soutenu par des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) auxquels vous participez peut-être, dans les établissements de votre territoire qui sont proches de votre activité. La prévention recouvre des actions qui demandent un diagnostic et qui sont mises en place par le CESC. Ce qui a trait à la protection recoupe les visites médicales, le travail des infirmières sur les enfants âgés de 12 ans et le diagnostic infirmier. Ce qui est éducatif est davantage réservé aux enseignants. Pas uniquement, mais les enseignants sont vraiment impliqués dans ce côté éducation à la santé, à travers leur enseignement, leur posture d'enseignant, tout ce qui peut être facilitateur pour développer l'estime des élèves, la valorisation des élèves et une approche de bienveillance autour de la vie de classe. L'ensemble fait qu'il s'agit bien d'une démarche globale et non d'une démarche uniquement de prévention ou uniquement de protection, mais sur la totalité des trois champs de la promotion de la santé dans l'institution. Mais c'est aussi prendre en compte tout ce qui peut être mis en place en dehors de l'école, puisque l'élève a aussi une vie auprès de ses parents, à la MJC, dans son environnement social et culturel. En tant qu'acteurs de proximité, vous êtes donc aussi

impliqués dans ce parcours éducatif de santé, puisque cela traverse toute la vie de l'enfant.

Cet accompagnement, ce parcours éducatif de santé, va aider l'enfant à prendre conscience de ses compétences. Il va grandir en autonomie, tout au long de sa scolarité, de la maternelle jusqu'au lycée, pour devenir un adulte responsable de ses choix en matière de santé. C'est donc un accompagnement de longue haleine, qui va lui permettre de faire des expériences éducatives et de se saisir de ce qui lui est apporté dans l'enseignement tout comme dans les activités éducatives en santé à l'extérieur et à l'intérieur de l'établissement. Et de se construire et devenir un adulte responsable, autonome, par rapport à tout ce qui a trait à la santé, développer des compétences dans et hors de l'école.

Nous devons prendre en compte tous les élèves et garantir cette progressivité en fonction de l'âge des enfants : ce que l'on va mettre en place au niveau de l'école maternelle ne correspondra pas tout à fait aux mêmes objectifs qu'en collège ou en lycée. Il faut également articuler les différents cycles de formation, les disciplines et le programme scolaire et donner de la cohérence, faire du lien entre l'intérieur de l'école et l'extérieur de l'école, dans les activités périscolaires et sportives. Tous les acteurs de santé concourent à faire grandir l'élève et à monter en compétences, mais il faut veiller à la cohérence et à ce qu'il n'y ait pas d'injonctions contradictoires.

S'agissant de la protection, nous avons parlé de l'accès aux soins, et c'est peut-être là qu'il faut être attentif et bien donner toutes les informations pour les jeunes – cela peut être fait dans l'école – pour qu'ils puissent, en grandissant, devenir acteur et prendre soin d'eux. On retrouve des visites médicales à 6 ans, l'accompagnement à la demande par les infirmières tout au long de la scolarité, la visite de nos collègues infirmières à 12 ans, l'inclusion de tous les enfants porteurs de handicap ou de maladie évolutive avec les projets d'accueil individualisé (PAI) et avec des structures particulières. Mais je pense que dans le champ de la protection, nous avons certainement à nous rapprocher du territoire. Cela se fait déjà avec certains partenaires, comme les missions locales, les centres régionaux d'information jeunesse (CRIJ). Je pense que l'on a tout intérêt à se rencontrer, se connaître, se reconnaître, pour que les jeunes bénéficient bien de toutes les informations, et puissent solliciter les personnes et les structures ressources du territoire qui leur permettent de prendre soin de leur santé.

L'organisation est un peu pyramidale : nous avons des injonctions qui

viennent du ministère de l'éducation nationale. Nous n'avons pas le choix : ce parcours éducatif de santé, nous devons le mettre en place. Nous le ferons tous ensemble, c'est-à-dire tous les partenaires de l'école, de l'enseignant jusqu'aux AED (assistants d'éducation), aux personnes qui sont à la vie scolaire, les conseillers principaux d'éducation (CPE), les infirmières, les assistantes sociales, les médecins, les personnels de direction, les personnels de la restauration scolaire... Tous les acteurs sont impliqués dans ce parcours éducatif de santé. Ils ont leur place, avec leurs missions, et tous nos partenaires de proximité sont également amenés à participer à nos réflexions dans le cadre des CESC. Cela ne pourra pas se faire avec des injonctions extérieures : ce ne sont pas nos partenaires extérieurs qui vont nous dire ce que nous devons faire. C'est une construction collective au bénéfice de l'élève, chacun à sa place.

Cette mise en œuvre va se faire à partir de l'existant, avec un diagnostic, parce qu'il y a déjà énormément d'actions. Par exemple, je viens de recevoir les projets CESC de plus de 300 établissements scolaires publics de l'académie, et 5 000 actions sont mises en place dans ce cadre avec les partenaires extérieurs, avec le concours des différentes associations, des collectivités territoriales... Maintenant, l'enjeu est de faire du lien entre ces actions, de continuer à réduire le millefeuille dans notre académie. Un exemple, les écoles promotrices de santé, recherche-action que nous avons appelée « aller bien pour mieux apprendre » (APMA). C'est une philosophie, c'est un dispositif qui permet au personnel de réfléchir à la manière de faire du lien entre toutes les actions, dans et hors l'école, en prenant en compte l'environnement de l'enfant. C'est une démarche communautaire. Maintenant, avec le parcours éducatif de santé, il faut aller plus loin pour proposer de la maternelle jusqu'au lycée une feuille de route, pour que les parents puissent savoir ce qui se pratique dans les différentes classes et qu'ils puissent faire du lien avec ce qu'ils font avec leurs enfants dans leur vie personnelle.

Nous partons donc de l'existant, nous essayons de monter en compétences et de former tous les acteurs de l'Éducation nationale. Nous avons déjà commencé, avec un séminaire CESC sur le parcours éducatif de santé. Les inspecteurs du 1er degré, les étudiants à l'école supérieure du professorat et de l'éducation, (ESPE ex-IUFM), y travaillent également. Cela va se mettre en place petit à petit. Nous allons aussi écrire une convention avec l'ARS, qui est un partenaire. Nous avons vraiment besoin de tout le monde. La réussite viendra de ce travail partenarial, pour que tous les élèves puissent dans les générations futures, appréhender leur bien-être, leurs choix de vie et de santé d'une façon plus adéquate.

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

École publique, école privée

⇒ Un participant

Vous parlez de l'école publique. Est-ce que vous intervenez aussi dans le privé ?

⇒ Josette Morand

Dans mon poste, je suis plutôt dans l'animation et dans l'impulsion au niveau des établissements publics. Mais les chefs d'établissement, les responsables des écoles privées peuvent m'interpeller, et je leur donne tous les documents. Mais je n'ai pas de regard ni d'impulsion à leur donner. Je n'ai pas d'aide particulière à apporter aux établissements privés. La loi s'applique aussi à eux, ils doivent le faire, ils sont soumis à la même circulaire. Mais ils n'ont pas notre appui, que ce soit celui des infirmières scolaires de l'Éducation nationale, des conseillers techniques du département ou du rectorat pour les aider plus particulièrement. Mais ils ont accès à nos formations. Si les personnels infirmiers veulent venir à nos formations, ils peuvent s'inscrire.

Délais pour la mise en place du parcours éducatif de santé et outil numérique

⇒ Un participant

À partir de quand devez-vous le mettre en place ? Y a-t-il une date ?

⇒ Josette Morand

Nous sommes déjà en train de le construire, mais on ne peut pas imposer. Il faut que cela s'élabore avec l'existant. Cette année, nous avons essayé de sensibiliser tous les acteurs de l'Éducation nationale : chefs d'établissement, inspecteurs, nouveaux enseignants à l'ESPE, personnels infirmiers... Maintenant, c'est le chef d'établissement qui est res-

ponsable de cette mise en place. C'est à lui de concrétiser et de formaliser, d'informer les personnels et les élèves.

Pour que les élèves s'approprient ce parcours, il existe, à partir du collège, un outil qui s'appelle « Folios ». C'est comme un porte-folios, mais numérique. En lien avec les enseignants, cet outil devrait permettre à l'élève d'y noter des actions- qu'il a pu faire à l'extérieur et à l'intérieur de l'établissement en relation avec la santé. Par exemple, dans un club de théâtre, avec l'enseignant de français, ils construisent une pièce de théâtre autour de la prévention des addictions. L'élève va pouvoir mettre ce qu'il a fait dans son Folios, y revenir, et cela lui servira peut-être aussi de présentation au moment du brevet. Dans certains établissements, cet outil est déjà mis en place. Il concerne donc les élèves de collège, dès la sixième, et devrait normalement suivre en lycée. Mais tout ce dont je vous parle est nouveau. Il faut donc aussi du temps pour que tout le monde se l'approprie. L'institution Éducation nationale est une grosse maison. Certains établissements ont déjà utilisé d'autres types de porte-folios, et ils ne voient pas pourquoi ils utiliseraient un autre outil. Or cet outil Folios est national. Il comprend un volet pour les enseignants et un autre pour les élèves. C'est interactif et c'est un très bon support d'intégration des actions.

Ce qui est à développer, c'est peut-être tout ce qui relève du côté éducatif. Les enseignants, lorsque l'on parlait de CESC, ne voyaient pas trop leur place. Ils se disaient que c'était l'affaire de l'infirmière, de l'assistante sociale... Cela ne veut pas dire qu'il ne se passe rien dans la classe, mais chacun a sa place, et le fait d'être dans ce parcours éducatif de santé permet aussi de voir le lien.

Par exemple, la semaine dernière, lors du séminaire CESC, j'ai fait témoigner des personnels de deux établissements scolaires. La cheffe d'établissement adjointe de l'un des deux établissements est venue avec l'infirmière, une enseignante d'espagnol et une enseignante de français pour expliquer ce qu'ils avaient mis en place dans le cadre du parcours éducatif de santé, pour lequel une enseignante est référente. Ils nous ont décliné une action qui était transversale : « nous, avec notre discipline, nous faisons cela, mais c'est en lien avec le français et avec l'éducation physique ». Je fais confiance aux équipes. Il faudra peut-être que nous leur donnions des outils pour écrire leur parcours de santé, pour que ce soit lisible pour les parents, pour les élèves et les partenaires extérieurs.

L'élaboration du parcours éducatif de santé

⇒ Un participant

Vous dites que c'est le chef d'établissement qui a la responsabilité d'écrire ce projet éducatif en santé, en synthétisant sous forme de grands axes. Y a-t-il une méthodologie particulière, avec un diagnostic partagé associant les parents d'élèves ? Quel est le lien avec le projet d'établissement ?

⇒ Josette Morand

Le diagnostic partagé ne peut être fait qu'au niveau de l'établissement et hors de l'école. S'agissant des parents, nous leur demanderons peut-être leur avis, via le CESC ou dans d'autres instances, comme le conseil d'administration. Mais il ne faut pas que le diagnostic soit une grosse « usine à gaz », parce que l'on mettra plus d'un an à le faire. Il faut peut-être y aller par petites touches et nous dire qu'il faudra le compléter s'il n'est pas assez partagé avec nos partenaires extérieurs.

Le projet d'établissement est au cœur. C'est le projet d'établissement qui porte tout, avec un diagnostic beaucoup plus grand : un diagnostic d'établissement, avec un contrat d'objectifs, puisque le chef d'établissement a un contrat d'objectifs avec l'inspection académique... Tout cela fait que c'est bien ancré, pour plusieurs années, dans l'établissement.

Le financement des parcours éducatif de santé

⇒ Un participant

Y a-t-il un budget pour le parcours éducatif de santé ?

⇒ Josette Morand

Non, il n'y a pas de budget. Dans mon académie, l'ARS ne finance pas directement les établissements scolaires, mais il peut y avoir des financements pour les associations partenaires qui travaillent avec nous. La construction partenariale se fait au sein de l'établissement en fonction de ses besoins. Il y a un financement indirect de l'ARS, puisqu'elle subventionne les partenaires, mais il n'y a pas de budgets fléchés sur le parcours éducatif de santé. Il y a des personnels qui travaillent, cela a

un coût : les infirmières, les assistantes sociales, les enseignants, quand ils sont formés par exemple pour travailler avec le Planning familial ou d'autres associations à l'éducation à la sexualité... Il existe des financements, mais pas directement pour mettre en œuvre le parcours éducatif de santé, parce que normalement, ce parcours est constitutif des missions de chacun. Cela ne demande pas un travail en plus de ce qui est déjà demandé aux fonctionnaires qui sont dans l'établissement scolaire.

De la loi (2013) à la circulaire (2016)

⇒ Un participant

Vous avez parlé de la circulaire de 2016 tout en disant que cette notion de parcours éducatif de santé était déjà dans une loi de 2013. Cela veut-il dire qu'entre 2013 et 2016, il ne s'est rien passé ?

⇒ Josette Morand

Il me semble qu'il s'est déjà passé beaucoup de choses, comme « aller bien pour mieux apprendre ». On ne disait pas « parcours éducatif de santé », mais c'était déjà de la promotion de la santé. Avec tout ce qui était fait dans le cadre du CESC dans les collèges, les lycées et les écoles de recrutement, nous étions dans cette mouvance, qui consistait à dire : « ne restons plus sur des actions de lutte contre... », parce qu'il y a quelques années, nous étions plus dans le discours : « il ne faut pas boire », « il ne faut pas fumer »... En l'occurrence, il s'agit de quelque chose de plus positif et de la notion de bien-être à l'école. Mais le texte de la circulaire de 2016 nous permet d'aller plus loin et de finaliser, de donner à voir aux parents.

Un témoignage

⇒ Une participante

Je voudrais apporter un témoignage, pour avoir participé aux débats, au niveau national, sur la mise en place du parcours éducatif de santé. Dans une certaine mesure, ce parcours est une révolution pour l'Éducation nationale. Cela veut dire que maintenant, est reconnue comme mission intégrante de l'Éducation nationale la prise en compte de la

santé des élèves. Ce qui a mis deux ans à naître, ce n'est pas dans une vision de démarche communautaire de santé, de parcours sanitaire, où il y a une accumulation d'acteurs, mais plutôt dans sa mission émancipatrice de l'individu. Ce parcours est amené à développer chez l'élève, tout au long de sa scolarité, des compétences et connaissances en termes de santé qu'il peut acquérir pour ensuite être un individu autonome. On parle bien de santé globale, pas simplement de l'absence de maladie. Il s'agit de bien-être, d'être bien dans sa tête, bien dans son corps, bien avec les autres, sur les trois champs : bien avec soi, bien avec l'autre et bien dans son environnement social.

Le rôle des infirmières

⇒ Une participante

C'est vraiment en ce sens que les infirmières de l'Éducation nationale ont appuyé ces textes et leur sortie. Dans leur travail, dans leurs missions au quotidien, cela fait des années qu'elles revendiquent le développement de la place de la promotion de la santé au sein de l'Éducation nationale. Dès lors, la vraie modification a été la gouvernance de la santé à l'école. Il y a une nouvelle gouvernance, il y a des proviseurs de vie scolaire... Les leviers qu'ils vont avoir seront dans ces structures. La gouvernance pour impulser à l'ensemble des partenaires de l'Éducation nationale, c'est vraiment l'éducatif. Ce n'est plus une vision d'expert, ce n'est plus l'infirmière ou le médecin de l'Éducation nationale qui ont la main sur le projet de santé, mais l'ensemble de la communauté. Dans le guide sur le parcours éducatif de santé, il est bien fait état de la communauté dans sa globalité. C'est-à-dire que les parents sont partenaires de l'écriture, et c'est le besoin de l'établissement qui est analysé. C'est très nouveau pour l'Éducation nationale : ce n'est plus complètement descendant : cela remonte du besoin de l'élève, c'est anticipé par la communauté et c'est l'établissement qui pilote.

En fait, le CESC, à tous les niveaux, que soit au niveau de l'établissement, au niveau départemental ou académique, a aussi cette mission d'impulsion du parcours éducatif de santé.

⇒ Un autre témoignage

Je pense aussi que c'est un peu une révolution. C'est vraiment un boulevard qui s'ouvre. Tout le monde, dans la salle, est bien conscient que l'école est le lieu unique où l'on peut vraiment apporter une amélioration à toute une génération, toute une classe d'âge. L'enjeu est énorme et notamment celui du partenariat entre l'école et l'extérieur, de mise en cohérence et en cohésion de tout cela.

À Marseille, nous travaillons beaucoup avec les équipes de l'Éducation nationale et la politique de la ville. Mais je voudrais poser trois questions. Quel est le lien entre ce dispositif et le plan « bien-être à l'école » ? Par ailleurs, vous parliez du fait que les chefs d'établissement devraient faire un diagnostic. Est-il possible de s'approprier des diagnostics qui existent, notamment ceux qui sont faits par les ateliers santé ville, qui peuvent être une ressource, pour ne pas refaire, sur un territoire où se trouvent implantés les établissements scolaires, ces diagnostics qui peuvent toucher cette population jeune ? Enfin, y a-t-il des transferts d'expériences ? Je pensais notamment au développement des compétences psycho-sociales. Il y a des académies qui ont plus ou moins avancé, par exemple avec des dispositifs comme le Programme de développement affectif et social (Prodas ●), que certaines académies ne connaissent que peu ou pas du tout, alors que d'autres académies l'ont vraiment expérimenté. Est-ce que l'Éducation nationale organise des transferts d'expériences pour que les chefs d'établissement puissent s'approprier des exemples intéressants d'actions, au-delà du diagnostic qu'ils font localement ?

● https://www.fabrique-territoires-sante.org/ressources/recits_experiences/marseille-lexperimentation-dun-programme-quebecois-de-developpement

⇒ Josette Morand

S'agissant du plan national sur le bien-être, à l'Éducation nationale, il y a le Climat scolaire. Toutes les actions qui se mettent en œuvre autour du climat scolaire visent bien à développer le bien-être à l'école, mais le bien-être à l'école également pour les personnels. C'est-à-dire que l'on s'inquiète des élèves et des personnels, parce si le personnel ne va pas bien, cela n'ira pas bien pour les élèves. Le plan « bien-être à l'école » se décline par les actions qui se mettent en place dans le cadre du climat scolaire. En ce qui concerne l'académie de Lyon, nous sommes partis du diagnostic des comités académiques d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CAESC), ce millefeuille, et nous nous sommes dit qu'il fallait absolument que nous aidions les établissements à faire du lien. Nous sommes donc partis sur cette réflexion : que signifie être promoteur de santé ? Nous avons fait cela en interne, sans financement supplémentaire. Nous sommes partis avec nos ressources propres. Cela



a tout de même coûté, mais nous sommes partis avec des personnels formés, des référents départementaux qui avaient un master de santé publique, nous avons accompagné les établissements : sept la première année, onze la deuxième année, quinze la troisième année, et nous en sommes à plus de 47 cette année. C'est quelque chose qui se met en place. C'est une philosophie de travail sur le concept d'école promotrice de santé. Nous ne sommes pas partis de rien. Une fois que les établissements ont adopté le dispositif, cela les aide même pour mettre en place leur parcours éducatif de santé.

Pour ce qui concerne les diagnostics, je dirai qu'en effet, il faut utiliser les diagnostics des villes, des communautés de communes, de tout ce qui peut être fait sur le territoire pour alimenter ce qui se passe aussi dans l'établissement. Mais nous allons conventionner avec l'ARS et c'est peut-être là que nous allons trouver les pistes les plus judicieuses pour mettre en lien tous nos partenariats. Par exemple pour le volet protection, c'est la santé des élèves, qui comprend la santé mentale, la santé biologique et la santé physique. Il va donc bien falloir que nous croisions nos diagnostics : nos diagnostics internes à l'Éducation nationale et ceux qui sont de proximité, que l'on pourrait recouper aussi avec les données nationales.

En ce qui concerne les transferts, il y a un certain nombre de choses qui sont mises en ligne sur Éduscol par le ministère. Il y a également énormément de données et de choses qui se font sur les sites académiques. Je vous invite à consulter ces sites, où figurent de très belles expériences. Mais pour l'instant, nous ne les avons pas regroupées. Il y a également Canopé, l'instance indépendante qui est rattachée à l'Éducation nationale, qui s'appelait avant le centre régional de documentation pédagogique (CRDP) ou le centre départemental de documentation pédagogique (CDDP). On y trouve également une mine d'informations et d'outils. Peut-être que l'on arrivera à faire une base commune, mais c'est complexe, parce qu'il y a énormément d'expériences, de bonnes pratiques.

Le rectorat de Lyon, via la cellule d'appui rectorale est en train de réaliser une plaquette pour aider les chefs d'établissement à formaliser leur parcours éducatif de santé.

LES ACTIONS SANTÉ POUR LES JEUNES, EN COLLABORATION AVEC L'ÉDUCATION NATIONALE

Présentation par **Giovanni Plantevignes**, *coordonnateur de la prévention en santé, MJC de Noisiel*

⇒ **Giovanni Plantevignes**

Au-delà d'être une maison des jeunes et de la culture (MJC) classique, agréée « jeunesse et sports », nous sommes aussi agréés « centre social » et nous avons l'agrément de l'Éducation nationale, ce qui nous permet d'intervenir en milieu scolaire.

Pour repositionner la chose avant de passer aux actions menées avec l'Éducation nationale, la MJC de Noisiel propose des actions de prévention en santé pour toutes les populations, des plus jeunes jusqu'aux seniors. Ces actions ont été mises en place pour répondre à un besoin des habitants, et c'est inscrit, sans être labellisé, comme une démarche d'atelier santé ville (ASV).

La MJC de Noisiel se situe en Seine-et-Marne, dans la communauté d'agglomération nouvelle Paris-Vallée de la Marne. La MJC, qui existe depuis bientôt trente ans, est une entité qui est très bien référencée sur le territoire. Elle se situe entre deux lycées et un collège, face à l'école de musique et à proximité du RER. Des jeunes viennent fréquenter la structure soit pendant leur temps de permanence soit pour des activités au sein de la structure.

À mon arrivée en 2011, j'ai rencontré les responsables de ces différents établissements scolaires. Je leur ai demandé quels étaient leurs besoins en matière d'actions à mener au sein de leur établissement, et la question qui est venue tout de suite était la santé. Pour les lycées, ils m'ont dit qu'il y avait, chez les jeunes, beaucoup de problèmes en matière d'estime de soi, de santé mentale, d'absentéisme et de consommations en tout genre. Pour le collège, il s'agissait plutôt de problèmes de harcèlement, de violence et aussi d'estime de soi. Dans l'un des établissements, nous avons réalisé un diagnostic de santé pour les classes de cinquième et quatrième. De ce diagnostic a émergé une semaine de la santé et de la citoyenneté. C'est de là que nous avons commencé à travailler avec le CESC de cet établissement pour organiser une semaine de la santé et de la citoyenneté pérenne, avec des forums santé, des interventions en

classe... Par ailleurs, la MJC de Noisiel a un fort partenariat avec le service de prévention de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), avec qui nous menons beaucoup d'actions auprès des écoles, mais aussi auprès des populations. Nous avons également un fort partenariat avec la Mutualité française. Je précise que toutes nos actions de prévention en santé sont financées à 80 % par l'ARS, ce qui n'est pas courant pour une MJC.

Suite à ce diagnostic, nous avons intégré le CESC de cet établissement et mis en place un forum santé, avec la présence de la CPAM et la Maison des adolescents. Nous avons fait venir une association pour la prévention des addictions. Nous avons mis en place des ateliers de gestes de premier secours. Tout cela est coordonné par la MJC. Aujourd'hui, j'ai sous ma responsabilité deux psychologues qui interviennent en milieu scolaire. L'une intervient dans les points écoute et l'autre, dans des ateliers collectifs, notamment sur le renforcement des compétences psycho-sociales et de l'estime de soi.

Ainsi, nous sommes passés de trois établissements à Noisiel à huit établissements à l'échelle de quatre communes : trois lycées, quatre collèges, ainsi qu'un autre lycée dont nous faisons travailler les élèves de ST2S (sciences et technologies de la santé et du social) et ASSP (accompagnement, soins et services à la personne), quand nous menons des actions de prévention, notamment sur le dépistage du VIH, etc. Nous avons progressivement intégré les CESC de ces établissements et nous nous adaptons à la demande. Si un établissement préfère avoir simplement un forum santé à l'année, nous ferons pour lui un forum santé à l'année. Un établissement peut souhaiter une action plus pérenne, par exemple l'intervention d'une psychologue. Les psychologues sont détachées, elles font leur permanence et leurs actions au sein de l'établissement scolaire. Une convention est passée entre la MJC et l'établissement scolaire, qui précise les modalités de travail des psychologues au sein de l'établissement scolaire. Elles interviennent une demi-journée par semaine par établissement, ce qui est un volume assez considérable, et toutefois encore insuffisant, vu le besoin. Pour ces actions, nous travaillons aussi avec les bureaux information jeunesse (BIJ), ce qui permet d'articuler leurs actions en matière d'emploi avec des actions que nous menons auprès des jeunes. Le fait que nous soyons une MJC est une ouverture par rapport aux jeunes, car nous proposons des actions culturelles qui s'accompagnent d'actions de prévention en santé, actions culturelles qui ont lieu dans notre structure, ou même dans les établissements scolaires.

Lorsque nous avons réalisé le diagnostic de santé dans l'un des collèges, nous avons été sollicités par le conseil départemental, via la Maison départementale des solidarités, pour le présenter lors d'une journée annuelle où sont présentées les actions du territoire. Justement, cette année-là, en 2013, cela portait sur la santé des jeunes.

Aujourd'hui, la MJC de Noisiel a fait ses preuves dans les différents établissements scolaires où elle est présente à Noisiel, (17 000 habitants), à Torcy (23 000 hab), à Champs-sur-Marne, (près de 25 000 hab), et à Chelles, (50 000 habitants). Les établissements scolaires de ces communes nous ont parlé du parcours éducatif de santé qui vient d'être évoqué en nous demandant comment nous pourrions travailler ensemble, compte tenu du fait qu'un travail est déjà réalisé et de manière à ce que ce soit vraiment co-construit.

Par ailleurs, nous travaillons aussi avec les écoles. Depuis cinq ans, nous avons mis en place des ateliers de gestes de premier secours pour toutes les écoles primaires de la ville, au nombre de six. Il s'agit de l'APS (apprendre à porter secours). Mais comme je suis seul à mon poste, il est plus compliqué de le démultiplier sur les villes voisines.

Si nous avons réussi à bien travailler avec les établissements, même si ce n'est pas toujours simple, c'est peut-être parce que nous sommes une MJC et qu'une MJC entre facilement dans les établissements scolaires. C'est du moins notre cas. Aujourd'hui, nous devons limiter la demande, ou expliquer que nous ne pouvons pas nous démultiplier, parce que nous agissons avec les moyens que nous avons. Mais le besoin réel est là. Nous remercions d'ailleurs l'ARS pour son soutien financier.

D'autre part, nous sommes une MJC – maison pour tous – centre social associatif et notre structure n'est pas municipale. C'est un fait majeur dont il faut tenir compte. Depuis plusieurs années, nous menons gratuitement ces actions pour des écoles au titre de la MJC, mais il y a peut-être des choses qu'il faudrait évaluer. Que la MJC continue à mener des actions dans les écoles est une bonne chose, mais il faut aussi équilibrer, avec l'engagement des personnels et des établissements.

Le lien entre diagnostic et actions

⇒ Un participant

Vous avez expliqué que vous aviez réalisé un diagnostic, comme dans la démarche Atelier santé ville. Vous avez mis en place des actions dans les collèges, les lycées. Y a-t-il un lien entre le diagnostic des besoins et la thématique des actions, le public ?

⇒ Giovanni Plantevignes

Oui. Dans le diagnostic, par exemple, il avait été repéré la problématique de la dépendance à Internet, aux réseaux sociaux et même de violences dans ce cadre. Il avait été également repéré la problématique des relations entre filles et garçons, les questions de sexualité, et surtout, la question de l'estime de soi, qui était très marquée. Dès lors, nous avons monté des actions sur ces thématiques.

Les psychologues au sein des établissements

⇒ Josette Morand

Vous avez parlé de permanences de psychologues dans l'établissement scolaire. Il y a une nouveauté : le recrutement par concours des psychologues de l'Éducation nationale. Cela va peut-être changer vos habitudes de partenariat. Ma position, dans l'académie de Lyon, et je la partage avec d'autres collègues, est que les établissements scolaires ne sont pas des lieux de soins. Je ne suis pas favorable à ce que les psychologues...

⇒ Giovanni Plantevignes

Ce n'est pas du soin. C'est un point d'écoute pour orienter l'élève par la suite. Il ne s'agit pas de soin, je tiens à le préciser.

⇒ Josette Morand

Certes, mais quand on parle de psychologues en point d'écoute, nous, à l'académie de Lyon, nous sommes un peu frileux et nous faisons très attention. Souvent, les points d'écoute sont des points de proximité. Mais dans les établissements scolaires, ce n'est pas systématisé. C'est vraiment lorsqu'il y a une problématique particulière, qu'un diagnostic est réalisé avec tout l'ensemble des personnels, qu'un psychologue ou une association vient faire une permanence parce qu'il y a des difficultés particulières.

⇒ Giovanni Plantevignes

Nous l'avons fait à leur demande. Apparemment, ils veulent que nous restions.

Les publics

⇒ Une participante

Est-ce que vous ne vous adressez qu'à des publics scolaires ? Normalement, ce n'est pas le cas d'une MJC. Ma question est plus large : vos publics sont-ils des publics captifs ? La problématique que nous, mission locale, nous avons avec les jeunes, est qu'ils ne sont pas du tout captifs et que la santé, malheureusement, est une problématique pour laquelle ils ne viennent pas faire la démarche, alors que pourtant, la santé des jeunes en insertion est un problème crucial. C'est aussi dans nos missions et c'est compliqué. Je voulais donc avoir des éléments.

⇒ Giovanni Plantevignes

Avec les missions locales, nous avons commencé un partenariat, en l'occurrence avec celle de Torcy, qui veut mettre en place un travail sur la santé des jeunes et notamment, sur l'accès aux soins, dans le cadre de la garantie jeunes, autour du bilan de santé. Je fais écho à la CPAM. Nous allons monter ensemble un partenariat avec la caisse primaire et la mission locale pour mettre en place des accompagnements pour les jeunes entre autres sur les bilans de santé. Par la suite, nous verrons quels axes ils choisiront.

Mission locale et Caisse primaire d'assurance maladie

Un participant

Dans le Rhône, la CPAM a signé une convention avec les missions locales pour tous les jeunes qui entrent dans le cadre de la garantie jeunes et les autres, sur l'accès aux droits, aux soins et à la santé. Nous travaillons sur une mission PLANIR, le plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures. Il s'agit d'un plan national des caisses primaires. Au niveau des missions locales, nous travaillons sur le suivi du dossier des jeunes. Chaque jeune qui entre en garantie jeunes doit avoir son propre dossier de sécurité sociale, avec des droits à jour, avec son RIB et nous vérifions s'il a une mutuelle. Nous faisons aussi des animations pour un groupe collectif, captif, de préférence, sur l'accès aux soins : qu'est-ce que le soin ? Qu'est-ce qu'un dossier de sécurité sociale ? Quels sont les termes de la sécurité sociale ? Il y a quand même un langage bien particulier... Nous allons également proposer d'office le bilan de santé aux jeunes à la fin des interventions. Cela ressemble au conventionnement que vous avez. Pour tous les jeunes qui passent à la mission locale, nous avons les listings de garantie jeunes. Nous avons également un autre système, qui s'appelle la grille de repérage pour les jeunes qui ne sont pas en garantie jeunes. Pour tous ces jeunes, nous vérifions le dossier, nous vérifions les droits et nous proposons un rendez-vous en agence d'accueil, de façon à pouvoir faire ouvrir leurs droits personnels.

Ceci dit, c'est un peu compliqué de mobiliser les jeunes. Pour le bilan de santé et les animations collectives, nous arrivons à peu près à les capter. Mais pour les rendez-vous à l'accueil, c'est très, très compliqué.

Nous travaillons également avec les centres de formation d'apprentis (CFA), de façon à ce que les jeunes qui entrent en CFA, qui ont entre 14 et 16 ans, dans la majorité des cas, fassent leur dossier de sécurité sociale. C'est également un peu compliqué parce que parfois, les parents sont un peu frileux pour lâcher leur enfant de leur dossier de sécurité sociale, pour qu'ils aient leur propre dossier. Nous travaillons aussi avec l'EPIDE (établissement pour l'insertion dans l'emploi), qui s'adresse aux jeunes demandeurs d'emploi, et nous travaillons également avec l'École de deuxième chance, et chaque fois dans le cadre de partenariats.

⇒ Un témoignage

J'interviens dans le cadre de la garantie jeunes à Saint-Chamond, en tant que médiatrice santé. Je fais une intervention de deux heures où j'explique ce qu'est une carte vitale, une mutuelle, je leur demande s'ils vont avoir la CMU, de qui ils dépendent, pour qu'ils aillent s'inscrire à la sécurité sociale. Ce serait bien que nous les médiateurs soyons en lien avec vous. Pour ma part, je travaille en individuel. C'est-à-dire que j'accompagne les jeunes qui n'iront peut-être pas seuls à la sécurité sociale. Et cela fonctionne, de cette manière. Je fais une intervention qui est plus légère. Il y a des aspects administratifs, certes, mais ce n'est pas mon travail. Je ne suis pas une professionnelle de l'administratif. Je leur parle de façon moins protocolaire, je suis dans un lien moins institutionnel.

Le rapport Bien-être et santé des jeunes

⇒ Un participant

Un rapport • avait été commandé par l'ancien président sur le bien-être et la santé des jeunes. Je n'ai plus les détails en tête, mais il comporte une dizaine de recommandations, notamment sur la présence de psychologues au sein des établissements. Je voudrais savoir quelle articulation il y a avec le fameux parcours éducatif de santé et quelle est la place des psychologues qui sont déjà dans les établissements tels que ceux qui sont coordonnés par la MJC.

• Mission bien-être et santé des jeunes, MORO Marie-Rose, BRISSON Jean-Louis, ministère des Affaires sociales et de la santé, 2016. http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/164000747.pdf

⇒ Josette Morand

Je ne peux pas vous dire quelle est la coordination, puisque je ne sais pas comment c'est monté, mais il y a effectivement un concours de psychologues de l'Éducation nationale et des psychologues déjà présents en centre d'information et d'orientation (CIO). Ils seront des partenaires de l'Éducation nationale et seront impliqués avec leurs missions au sein du parcours éducatif de santé.

En revanche, sur le plan « bien-être », je n'avais pas répondu complètement, mais il y a effectivement des recommandations. Nous nous rapprochons des Maisons des adolescents. Nous avons déjà établi un

partenariat dans notre académie, qui a été renforcé pour vraiment travailler de concert avec les Maisons des adolescents. Sur le territoire, sont notamment concernées les villes de Villefranche, Lyon, Roanne, Saint-Étienne et Bourg-en-Bresse.

En matière de santé mentale, pour toutes les actions déjà enclenchées dans le cadre de partenariats, nous devons franchir une marche supplémentaire pour pouvoir tenir compte de cette montée en puissance des problèmes qu'ont les élèves quand ils sont en difficultés relationnelles.

• Grande pauvreté et réussite scolaire. Le choix de la solidarité par la réussite de tous. DELAHAYE Jean-Paul, Igen, ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2015. http://cache.media.education.gouv.fr/file/2015/52/7/Rapport_IGEN-mai2015-grande-pauvrete_reussite_scolaire_421527.pdf

Je voudrais conclure sur cette question des partenariats, qui peuvent s'inscrire dans un certain nombre de plans, comme par exemple le plan « grande pauvreté et réussite scolaire »[•]. On parle des jeunes, mais l'Éducation nationale se mobilise pour que l'on prenne en compte dans tous les établissements scolaires les familles qui sont en grande pauvreté, pour que leurs enfants

soient bien accompagnés et pour ne pas mettre plus à mal les inégalités sociales de santé. Un colloque a eu lieu à Lyon sur ce thème. Le plan sur le décrochage scolaire peut aussi fournir un cadre partenarial. Dans notre académie, une association autour du sport a développé un partenariat avec cinq ou six établissements scolaires pour travailler avec les enseignants d'éducation physique et sportive auprès de ce public qui serait potentiellement en décrochage scolaire. C'est en amont de la déshérence. En tant que partenaires, vous avez toute la latitude de vous rapprocher des établissements scolaires et de faire des propositions dans ce sens.

RESTITUTION DE L'ATELIER

⇒ Sarah Vernier,
chargée de projets CRES PACA

L'atelier a donc commencé avec deux présentations : une présentation de ce qu'est le parcours éducatif de santé, faite par Josette Morand, infirmière, conseillère technique au rectorat de Lyon. Elle a bien précisé que ce parcours éducatif de santé était avant tout un parcours de promotion de la santé qui comprenait trois axes : un axe éducatif, un axe de prévention et un axe qui concernait la protection. L'objectif de ce programme éducatif de santé au sein de l'Éducation nationale est avant tout d'aider l'enfant à prendre confiance pour être responsable de ses choix en santé au fur et à mesure de sa vie. Ce parcours est adapté à l'âge de l'enfant, puisque c'est un parcours qui va de la maternelle jusqu'au lycée. C'est un parcours articulé, puisque celui-ci doit être articulé avec les différentes disciplines scolaires. Enfin, c'est un parcours qui doit être cohérent entre ce qui se passe en dehors de l'école et en son sein. À l'issue de cette présentation, il y a eu un certain nombre de questions. J'en ai retenu quelques-unes.

Quid des établissements privés ? Puisque ce parcours éducatif de santé a été présenté dans l'Éducation nationale. La réponse est que les établissements privés sont soumis à la circulaire qui prévoit la mise en place de ces parcours éducatifs. Mais il n'y a pas d'accompagnement prévu par l'Éducation nationale pour ces établissements privés. Une autre question était de savoir quand les parcours éducatifs de santé allaient être mis en place. La réponse est que cela se construit. C'est dans une perspective relativement proche, mais non définie. Qui a la responsabilité de la mise en œuvre ? Ce sont les chefs d'établissement. Il y a tout un processus d'accompagnement, mais la mise en œuvre sera de la responsabilité des différents chefs d'établissement. Quelle est la place des parents ? C'est une question qui a été plus ou moins évoquée, mais les réponses n'étaient pas très probantes sur leur place. L'accent a été mis sur la dimension de leur donner à voir ce que sont ces parcours éducatifs de santé et les actions menées dans les établissements. Autre question : quel est le lien avec les ASV ? Puisqu'il est prévu, au sein de ces établissements scolaires, pour mettre en place les parcours éducatifs de santé, de réaliser notamment des diagnostics, des états des lieux. Est-ce que les établissements scolaires vont se tourner vers les ASV, qui ont notamment un certain nombre de données sur les territoires ? La

- Grande pauvreté et réussite scolaire. Le choix de la solidarité par la réussite de tous. DELAHAYE Jean-Paul, Igen, ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2015. http://cache.media.education.gouv.fr/file/2015/52/7/Rapport_IGEN-mai2015-grande_pauvrete_reussite_scolaire_421527.pdf Pour en savoir plus sur le Programme de développement affectif et social, consulter le récit d'expérience disponible sur le site de Fabrique Territoires Santé https://www.fabrique-territoires-sante.org/ressources/recits_experiences/marseille-experimentation-dun-programme-quebecois-de-developpement

réponse était « oui, pourquoi pas ». J'invite donc les ASV à se rapprocher des établissements et à se faire connaître. Ensuite, il y a eu une question pour savoir quel va être le transfert d'expérience entre les établissements. Le ProDAS à Marseille a notamment été évoqué. Est-ce que d'autres établissements vont pouvoir s'appuyer sur des expériences qui existent dans d'autres établissements ? Là, il a été évoqué Eduscol qui pouvait être une base de données d'expériences qui pourrait être partagée entre les établissements. La conclusion de cette présentation était que le parcours éducatif de santé était une vraie révolution dans l'Éducation nationale, avec la mobilisation de l'ensemble de la communauté éducative qui se saisit de ces leviers pour travailler sur la santé des jeunes. Ce qui est assez rassurant, bien que relativement tardif.

La deuxième présentation portait sur le lien entre une MJC et l'Éducation nationale. Elle a été présentée par Giovanni Plantevignes. Le travail qui a été fait par cette MJC au sein des établissements scolaires était proche de la démarche, ou inspiré de la démarche des ASV, avec un travail de diagnostic, une proposition de réponse adaptée, et notamment tout un travail de partenariat sur un territoire, composé de quatre communes et de huit établissements scolaires. Les actions qui ont été proposées étaient aussi bien des actions ponctuelles que la mise en place de points écoute, avec notamment la présence de psychologues mis à disposition par la MJC au sein des établissements, ou la participation de cette MJC au sein des CESC. Aujourd'hui, ils participent à l'élaboration des parcours éducatifs de santé. À l'issue de cette présentation, des questions ont émergé sur le financement des parcours éducatifs de santé : il n'y a pas de budget prévu par l'Éducation nationale pour mettre en place ces parcours. Comment toucher les jeunes non captifs ? Il n'y a pas vraiment de réponse, sauf que c'est difficile. Quels vont être les futurs liens entre les psychologues de l'Éducation nationale, qui vont être recrutés — un concours est mis en place —, les permanences de psychologues mises en place par des structures extérieures et l'articulation avec ces parcours éducatifs de santé ? La conclusion de cette présentation était de dire qu'il fallait faire attention à ce que les partenaires extérieurs ne viennent pas se substituer aux missions nouvelles prévues au sein de l'institution.

La seconde étape de notre atelier était d'essayer d'identifier les freins et les leviers dans le cadre des parcours éducatifs de santé concernant l'accès aux droits et aux soins, et à partir de cette identification des freins et des leviers, de faire des recommandations. Pour l'accès aux droits et l'accès aux soins, les leviers qui reviennent sont la notion de partenariat, de réseaux, le travail de diagnostic, l'implication des différents professionnels, la mise en place de conventions aujourd'hui entre l'ARS et l'Éducation nationale, la formation prévue des enseignants aux questions de santé, la présence d'infirmières et d'assistantes sociales dans les établissements, même si ce n'est pas le cas partout.

Les freins ont été évoqués ce matin : c'est tout ce qui est autour de la littératie, c'est-à-dire la capacité des jeunes à comprendre les termes qui sont employés et qui peuvent être complexes. C'est aussi toute la complexité administrative pour l'accès aux droits et aux soins des jeunes. Mais c'est également la formation des professionnels au sein de l'éducation. La question des postes vacants a été évoquée, certains établissements n'ayant ni infirmière, ni assistante sociale, ni psychologue. Il existe donc des disparités sur le territoire. Également la présence d'actions seulement ponctuelles, sans pérennisation dans les établissements. Tout cela fait que l'accès aux droits et aux soins peut être mis à mal dans le parcours de soins des jeunes.

Concernant les recommandations, c'est peut-être déjà s'appuyer sur des dispositifs qui existent, pour parler des droits. Nous avons évoqué notamment la journée des droits de l'enfant. C'est bien évidemment renforcer les partenariats Éducation nationale/CPAM/santé scolaire. C'est aussi investir les questions de parentalité et donc faire le lien et intégrer les parents aux différentes réflexions. C'est soutenir et développer les médiations santé. Mais c'est aussi porter une attention particulière notamment sur les enfants qui présentent des troubles de l'apprentissage. C'est renforcer la formation des enseignants, développer la médiation, les auxiliaires de vie scolaire (AVS) et bien évidemment maintenir la proximité. Nous avons conclu notre atelier avec les notions d'équité et d'égalité.

ATELIER 5 -

PARCOURS DE SANTÉ ET PERSONNES EN GRANDE VULNÉRABILITÉ

Les parcours de santé sont pensés comme une politique publique visant à mieux coordonner et rapprocher les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social, voire plus largement de la cité (bailleurs, centres sociaux, MJC...) au service des personnes et des patients. Pour autant, des recherches, corroborées par l'expérience de professionnels sur les territoires, ont mis en évidence le fossé qui existe entre ces politiques publiques de santé et le réel du vécu des gens. L'examen des trajectoires de vie des personnes en grande vulnérabilité ou des espaces de vie dans lesquels elles peuvent se rencontrer en dehors du soin montre que les priorités de ces personnes, difficilement audibles, ne sont pas toujours celles des institutions.

Comment prendre en compte les personnes en grande vulnérabilité dans leurs parcours de santé ?
Qu'est-ce qui fonctionne ?
Qu'est-ce qui ne fonctionne pas ?

Expériences ressources présentées :

- **La santé par le bas : suivre des trajectoires de soins des personnes sans abri**
Cyril Farnarier, *socio-anthropologue au LaSSA (Laboratoire de sciences sociales appliquées)*
- **Entre la ville et nous : recherche-action autour de l'accueil et de l'accompagnement des personnes en souffrance psychique sur le territoire de Plaine Commune**
Christophe Mugnier, *psychologue et animateur de la recherche-action*

Animé et restitué par :

Agnès Bensussan, *coordinatrice du Conseil d'orientation en santé mentale, ville de Marseille*

Stéphane Jung, *coordinateur du CLSM, ville de Saint-Denis*

LA SANTÉ PAR LE BAS : SUIVRE DES TRAJECTOIRES DE SOINS DES PERSONNES SANS ABRI

Présentation par **Cyril Farnarier**, *socio-anthropologue au LaSSA*
(*Laboratoire de sciences sociales appliquées*)

⇒ **Cyril Farnarier**

Le LaSSA est un laboratoire de recherche associatif que nous avons fondé avec quelques collègues en 2010, avec l'intention de faire des sciences sociales appliquées, comme son nom l'indique. Personnellement, je travaille depuis longtemps sur les questions de santé et précarité, mais cela fait cinq ans que je travaille sur un certain nombre de programmes qui s'intéressent particulièrement aux trajectoires de soins des personnes en situation de grande précarité. Suivant les programmes, ce sont des recherches avec ou sans ciblage sur une pathologie, sur un type d'accompagnement ou sur une situation sociale particulière.

Ce que je vais vous présenter est un programme de recherche-action que nous développons depuis 2013 à Marseille sur les trajectoires de soins de personnes sans abri à Marseille, programme qui n'est pas porté par le LaSSA. Nous pourrions aussi discuter des montages institutionnels nécessaires pour arriver à faire des choses. J'ai donc le défi de vous présenter deux enquêtes successives qui composent ce programme, leur contexte d'émergence et quelques résultats dans le temps imparti. Le rapport de la première recherche est dans la bibliographie de la journée

Pour vous planter le décor sur le territoire marseillais, en ce qui concerne le programme dont je parle, il existe un projet qui s'appelle ASSAb, Accès aux soins des sans-abri, à Marseille, qui a démarré en 2011, dont l'objectif principal était, comme son nom l'indique, d'améliorer l'accès aux soins et la continuité des soins pour les personnes sans abri. Il s'agissait de réunir les professionnels de première ligne et de mettre leurs actions en cohérence, donc de structurer ce réseau d'acteurs de première ligne. Il s'agissait aussi de faire émerger les principales difficultés que rencontrent les personnes de la rue, mais aussi les professionnels dans leurs actions quotidiennes, donc de recenser et de documenter toutes ces difficultés pour faire un plaidoyer. Mais surtout, l'autre intérêt de ce projet était de mettre tout le monde autour de la table pour chercher des solutions, les moyens nécessaires et les possibi-

lités de mise en œuvre. Quand je dis « tout le monde », ce sont la ville, l'ARS, la DDCS, la CPAM, les pompiers, les hôpitaux, les accueils de jour, les unités d'hébergement d'urgence, etc. Tout ce projet est animé par une coordinatrice, dont le poste est financé par l'ARS.

L'une des premières actions de ce projet ASSAb a été, en 2012, de faire un recensement des personnes sans abri dans la ville de Marseille, donc un recensement sur les files actives des lieux d'accueil bas seuil de 2011. Résultat : 12 648 personnes se sont retrouvées au moins une fois sans abri à Marseille pendant l'année 2011, dont 580 mineurs. À partir de ce recensement est apparue la volonté de documenter les parcours de soins de ces personnes et d'en savoir un peu plus sur qui elles sont, ce qu'elles font, où elles vont, d'où elles viennent, etc. C'est là où nous entrons en scène, nous, l'équipe des trois anthropologues qui avons fait ces recherches.

Cette idée de documenter les parcours de soins vraiment à partir du vécu des personnes, c'est ce que désigne l'expression « santé par le bas ». C'est-à-dire que dans un premier temps, nous ne nous sommes pas du tout intéressés à ce qui existait comme services, quelles étaient les politiques publiques, s'il s'agissait de territoires de la politique de la ville ou non... Ce qui nous a intéressés, c'était le vécu des personnes, leurs représentations et leurs actions. Le docteur Hubert Balique, médecin de santé publique à l'AP-HM, les hôpitaux de Marseille, cherchait des anthropologues pour réaliser ce travail. Il m'a donc demandé de constituer une petite équipe.

Nous avons monté un projet d'alliance entre l'AP-HM et l'unité mixte internationale (UMI) 3189 du CNRS et nous avons demandé un financement à l'ARS de PACA. J'ai recruté deux personnes qui, à l'époque, étaient deux étudiants qui avaient terminé leur master, Matteo Fano et Carlotta Magnani, et avec l'appui de Yannick Jaffré, directeur de recherche au CNRS, nous avons monté ce qui s'appelle l'enquête Trepsam, « trajectoire de soins des personnes sans-abri à Marseille », dont le rapport figure dans la bibliographie de la journée. C'est une enquête de terrain que nous avons menée entre juin 2013 et mars 2014, en partenariat assez étroit avec la coordinatrice du réseau ASSAb. Nous avons mené des entretiens auprès de 129 personnes en situation de « sans-abrisme » et pour chaque personne, l'idée était de leur demander, de façon rétrospective, la dernière fois qu'ils avaient eu un problème de santé, de quoi il s'agissait, ce qu'ils avaient fait, ce qui s'était passé, etc. Pour chaque personne, nous essayions de recueillir le récit sur deux événements, un qu'elles estimaient grave et un qu'elles n'estimaient pas

grave. Au final, nous avons eu des informations sur 243 événements de santé. Ce terme d'« événement de santé » couvre un très large spectre puisque cela va du rhume au cancer, en passant par les ampoules au pied, les contusions diverses, les addictions et les troubles psy. Nous avons donc recueilli un important matériel déclaratif sur les conditions de vie dans la rue et sur le rapport à la santé et aux soins dans ce type de situations de vie.

Je vous livre rapidement quelques résultats rapides de cette enquête. Le premier est que nous devons travailler sur les trajectoires de soins, mais qu'en fait, nous avons surtout travaillé sur les conditions de vie dans la rue. Il en ressort que la rue comme lieu de vie est un milieu pathogène. Vivre dans la rue est donc une atteinte directe à la santé physique et mentale, du fait de la promiscuité que l'on y rencontre, de l'absence totale d'intimité, de la violence récurrente, de l'errance systématique, du manque d'hygiène, de la fatigue, des addictions, de l'incertitude, et j'en passe... Tout cela amène à vivre un monde social où la morbidité est un peu la norme. Personne n'est en pleine santé dans la rue, il y a tout le temps quelqu'un qui a mal quelque part. De fait, il en découle un abaissement du seuil de référence de ce qu'est la bonne santé, et plus l'on vit longtemps dans la rue, plus ce seuil s'abaisse.

Un autre élément est ressorti. Quand on leur parle de leur santé, les personnes rencontrées commencent par nous parler de leur journée, donc de tout ce qu'il faut nécessairement faire avant de se soigner ou éventuellement de s'inquiéter de son corps. Il y a une hiérarchisation des priorités quotidiennes au premier rang desquelles se trouvent les contraintes et la « débrouille » nécessaire pour accéder aux besoins primaires : boire, manger, dormir, se laver est, en général, extrêmement compliqué, quand on vit dans la rue, et à Marseille plus particulièrement, puisqu'il n'y a ni bains-douches, ni toilettes publiques... Se laver et aller aux toilettes est donc assez compliqué. Ces activités, qui sont la base du fonctionnement corporel de tout un chacun, structurent complètement l'emploi du temps des personnes. Si l'on veut se laver, il faut caler cela dans son emploi du temps. Si l'on veut laver son linge, il faut savoir où l'on veut aller, où l'on peut aller, quelles sont les règles du lieu en question, généralement s'inscrire sur la liste d'attente, se déplacer jusqu'à cet endroit et tout cela, en respectant les horaires nécessaires pour pouvoir accéder au repas. Il faut donc arriver à construire un emploi du temps autour de ces besoins primaires. Une transformation se joue au fil du temps, une transformation du rapport au corps, du rapport à l'espace et du rapport au temps en général pour ces personnes.

On peut alors concevoir des couples d'opposition d'actions, lorsqu'elles sont réalisées par envie, comme tout un chacun, ou à l'inverse par nécessité, dans ces situations de vie à la rue : manger (les plaisirs de la bouche) va s'opposer à se nourrir (alimenter le corps) ; se coucher (se retirer dans son lit) s'oppose à dormir (pour récupérer des forces) ; faire sa toilette (soin du corps) vs se laver (se nettoyer) ; flâner (prendre son temps en déambulation) vs trainer (faire passer le temps en marchant), etc...

Du fait de cette transformation du rapport au corps et à soi, il apparaît *in fine* que pour ces personnes, la santé n'est plus une priorité, n'est pas une fin en soi, n'est plus une fin en soi, comme elle l'est pour tout un chacun depuis la seconde moitié du XIX^e siècle, mais elle est un moyen de continuer d'assurer sa routine quotidienne, sa survie. Ceci nous donne une clef de compréhension intéressante pour la suite.

En effet, si l'on s'intéresse aux éléments qui viennent déclencher une quête de soins, au moment où les personnes se disent : « non, là, vraiment, cela ne va plus. Il faut que je me soigne... », le premier élément est l'histoire de la maladie. Lorsqu'une personne ou un de ses proches a déjà vécu un problème de santé qui a dégénéré, elle va tenter de s'en prémunir. Celui qui a déjà été hospitalisé pour un abcès dentaire qui a dégénéré en septicémie ne laisse plus traîner ses problèmes dentaires.

Un autre élément qui nous a intéressés, puisque nous sommes des anthropologues porte sur la question de l'évaluation de la gravité. Nous avons donc travaillé sur la notion de « gravité perçue ». En analysant les récits, nous avons constaté que ce qui était jugé grave ou pas grave n'avait pas grand chose à voir avec l'évaluation médicale du problème en question. De fait, puisque la gravité est évaluée par les personnes en fonction des symptômes visibles ou des symptômes ressentis, symptômes qui sont eux-mêmes pondérés par le milieu de vie, et je rappelle que ce milieu est pathogène en lui-même et que la morbidité y est la norme. Par conséquent, quelque chose qui, ailleurs, pourrait sembler grave ou au moins susciter une attention immédiate, est en fait, ici, le lot commun.. Avoir la gale, des poux... même les médecins, dans les UHU (Unité d'hébergement d'urgence), disent : « Ah, vous vous plaignez parce que vous avez des poux ? Mais vous êtes nouveau, vous, ici ! ». L'évaluation de la gravité est alors guidée par la gêne potentielle que les symptômes peuvent provoquer pour la personne. Plus un symptôme est gênant pour assurer sa routine, plus il est « incapacitant », plus il est jugé grave. Il y a des choses qui sont extrêmement graves : avoir des ampoules aux pieds est très grave, parce que l'on ne peut plus se dé-

placer et que l'on ne peut donc plus aller là où l'on doit aller pour assurer ses besoins primaires et assurer sa survie. Mais le VIH ou une hépatite seront souvent déclarées comme n'étant pas graves tant ces maladies demeurent asymptomatiques.

Après avoir vu cela, nous nous sommes demandé pourquoi, une fois que les personnes entraient en quête de soins, dans de nombreuses situations, ils n'y accédaient pas. Nous avons pu identifier un certain nombre d'éléments qui sont des entraves au recours aux soins, qui viennent gêner, empêcher, retarder un recours aux soins ou qui font capoter un parcours de soins déjà entamé. Il y a toutes les questions de droits administratifs : est-ce que la personne a des droits ? Est-ce qu'elle n'en a pas ? Est-ce qu'elle a des droits potentiels ou est-ce qu'elle n'en a pas ? Est-ce qu'elle a les papiers qui prouvent qu'elle a des droits ou non ?, etc., avec toute la difficulté que peut représenter le fait d'assurer un rendez-vous, de venir, de revenir, de préserver ses papiers lorsque l'on se fait subtiliser ses affaires. Il y a aussi les problèmes avec la justice - on se méfie de toutes les institutions et de toutes les administrations...-, les troubles mentaux, le fait d'avoir un animal de compagnie - on refuse l'hospitalisation parce que l'on ne sait pas quoi faire de son chien -, la question des priorités quotidiennes, que j'évoquais tout à l'heure, et les effets secondaires de certains traitements ou appareillages. Pour certains traitements médicamenteux, c'est la fatigue et la baisse d'attention qui rendent la personne encore plus vulnérable ; ou encore les attelles et les plâtres qui empêchent les déplacements et ont donc des durées de vie extrêmement courtes.

Tous ces éléments nous ont amenés à constater qu'il existait une importante différence entre le fait d'avoir des droits potentiels et celui d'avoir des droits effectifs, et que cela était encore différent du fait d'avoir un accès effectif aux soins. C'est une chaîne qu'il faut garder en tête.

Cela nous a permis de conclure sur cette question : concrètement, dans quelle situation les personnes arrivent-elles à accéder à des soins ? Deux notions se sont alors dégagées. La première est la notion de *proximité*, c'est-à-dire que le soin, finalement, est dans la proximité de la routine de la personne. Avec un agent de proximité dans une unité d'hébergement d'urgence (UHU), il est toujours plus facile d'avoir une première approche. La deuxième notion est celle de *contingence*, qui a été évoquée ce matin. Ce sont tous ces moments où l'accès aux soins se fait « à l'occasion de... » Je vais à l'ADJ (accueil de jour) pour mon courrier et je croise l'infirmière, donc je lui parle d'un problème. Ce sont des situations où le soin est trouvé plus qu'il n'est recherché. Cette notion

de contingence est extrêmement importante dans la proximité et dans les routines. C'est là que l'on peut voir tout l'intérêt que peut avoir le travail de rue, « l'aller vers », etc., qui réunit à la fois la contingence et la proximité.

À l'arrivée, cette recherche que nous voulions faire sur les trajectoires de soins est en fait restée aux portes du soin. Nous ne sommes pas entrés dans les services. Nous n'avons approché les gens que dans la rue et ne nous sommes intéressés qu'à ce qu'eux en retenaient et ce qu'ils en pensaient.

À l'issue de ce premier travail, nous avons donc décidé de poursuivre en allant un peu plus loin, à la fois dans l'implication des chercheurs, mais aussi dans le partenariat avec les acteurs de terrain. Nous avons repris presque les mêmes, Mattéo Fano et Carlotta Magnani, Yannick Jaffré et l'UMI 3189 du CNRS, la coordinatrice du réseau ASSAb, et comme, entretemps, le réseau a changé de porteur nous travaillons cette fois avec l'hôpital européen de Marseille. Pour les financements, l'ARS nous suit toujours, mais comme nous voulions plus d'argent pour pouvoir travailler plus longtemps, le Fonds de dotation Solimut a très largement contribué.

Nous avons ainsi développé un programme à objectifs multiples : travailler sur une consultation spécifique, aider à la structuration du réseau en participant à tous les groupes de travail, faire des séminaires de restitution pour partager les connaissances scientifiques sur ces questions auprès des acteurs de terrain et surtout, cette fois, faire du suivi pas à pas des trajectoires des personnes. Nous souhaitons suivre une vingtaine de personnes dans toutes leurs démarches de soins, avec un accompagnement physique, pour pouvoir observer tous les déplacements, tous les contacts avec les institutions, toutes les démarches administratives, pour mesurer les temporalités, etc. Nous avons démarré en janvier 2016 et pour l'instant, nous avons quinze trajectoires. Certaines sont terminées, d'autres sont encore en cours. Certaines ont démarré en 2016 et sont toujours en cours. Nous sommes encore dans le recueil de données et n'avons pas encore vraiment démarré l'analyse, mais nous avons été étonnés par le nombre de services que nous ont fait traverser ces quinze premières trajectoires : nous avons traversé une vingtaine de services hospitaliers, que ce soient des services généralistes ou spécialistes, et nous sommes passés par un nombre incalculable de lieux liés aux soins, mais qui ne sont pas des lieux de soins. Cela passe par les accueils de jour, les services administratifs, les pharmacies ou les toilettes... payantes !

Un autre élément nous a semblé intéressant : l'instabilité des équipes médico-sociales et des dispositifs d'accompagnement. C'est la révolution permanente. Il y a beaucoup de turnover, dans ces équipes, et cela tient à différentes raisons que je ne vais pas détailler ici. Mais cela instaure une instabilité de l'offre. Chaque structure, en fonction des possibilités du moment, des financements obtenus, va pouvoir développer tel service ou non : offrir un café ou non, faire de la domiciliation ou non, etc. Cela change en permanence. En fait, à la précarité des personnes, répond la précarité des dispositifs qui s'occupent de ces personnes et éventuellement, la précarité des professionnels eux-mêmes dans ces services.

De là découle une difficulté assez énorme de coordination entre ces services. Les personnes circulent, mais coordonner l'action autour d'une personne est extrêmement compliqué. Il y a beaucoup de pertes d'informations, il y a éventuellement des services qui ne se connaissent pas entre eux, et dans quelques situations, des démarches sont entreprises deux fois par deux institutions en parallèle.

Nous avons aussi observé énormément d'erreurs d'orientation et d'adressage. Une personne en quête de soins se trouve face à un professionnel qui lui dit : « pour cela, je ne peux pas t'aider, mais va là-bas », et lorsque la personne arrive là-bas, soit c'est fermé, soit le service n'est pas disponible, soit elle ne fait pas partie du public cible, etc. Ceci s'explique par la modification des structures, par la mauvaise connaissance du réseau ou par une multitude d'autres raisons.

Enfin, les personnes ont des comorbidités nombreuses et sont dans des situations particulièrement précaires, qui soumettent à caution toute démarche sanitaire entreprise. On n'est jamais certain que cela pourra aller au bout. Lorsque ces personnes passent par différents services et se rendent compte qu'en allant à tel endroit, cela ira plus vite qu'en allant à tel endroit, elle obtiendra mieux ses droits, des stratégies se développent sur une utilisation d'un service ou la mise en avant d'un problème sanitaire, parce que cela donne accès à tel droit, à telle ressource. C'est donc une manière d'améliorer – un tout petit peu – son quotidien.

En termes d'action, nous sommes en train de travailler sur la mise en place d'un outil d'aide à l'orientation qui permettrait au moins de diminuer ces erreurs d'orientation des personnes par les équipes. Nous avons réuni des professionnels pour travailler tous ensemble à la construction d'un outil qui permettrait d'avoir des informations à jour et de moins se tromper, parce que dès lors que la personne a fait la démarche une

fois, qu'elle a fait l'effort de traverser la ville à pied, si le service est fermé, elle ne va pas recommencer ou alors plus tard, quand la situation se sera encore aggravée et amènera à un recours en urgence... souvent aux urgences.

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

Le travail en réseau

⇒ Un participant

Manifestement, ce qui se travaille est parti d'un réseau existant. Entre le point de départ, qui est ce réseau, et les conclusions d'arrivée, à savoir des services qui ne se connaissent pas, de mauvaises orientations, on peut penser qu'il y a quelque chose d'étonnant, parce que précisément, un réseau sert à ce que les services se connaissent, que les personnes soient orientées correctement... Cela m'interroge sur les raisons pour lesquelles ce réseau, qui doit exister depuis un certain temps, n'a pas déjà permis d'améliorer l'orientation.

⇒ Cyril Farnarier

Il l'a améliorée en grande partie. Il y a eu quand même d'indéniables progrès, des choses qui ont été construites et qui sont particulièrement intéressantes et probantes. Des conventions ont été passées avec la CPAM, qui permettent aux services conventionnés, de raccourcir les temps d'accès aux droits, qui ne sont plus de trois mois, mais de trois semaines. L'accueil au portail pour les centres d'hébergement d'urgence a été arrêté : tout est canalisé par le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO). Des procédures d'hébergement sur 30 jours pour raison de santé sont instituées, au lieu des 9 jours habituels dans les UHU. Il y a donc des avancées dans ce réseau, mais il y a la précarité des structures, et il y a aussi la précarité du réseau, qui est porté par une personne, avec des CDD d'un an et un salaire qui n'est pas mirobolant. Tout tenait sur cette personne. La précédente coordinatrice a démissionné en mars 2016. Il a fallu neuf mois pour en recruter une autre et nous sommes repartis quasiment à zéro puisque si on laisse tomber un réseau pendant neuf mois, il coule. Avec cette coordinatrice, nous avons pris plusieurs mois, de septembre à janvier, pour au moins relancer les groupes de travail, arriver à remettre les gens autour de la table, essayer de réinstaurer une dynamique. Cela ne marche pas à tous les coups et c'est compliqué parce que les gens sont ailleurs. Et mettre les professionnels de terrain autour de la table est difficile, parce que, comme tout le monde, ils sont surchargés. Pour convoquer une réunion, il faut que son objet soit vraiment percutant, sinon, elle n'est pas inscrite dans les agendas. Le réseau

a donc lui aussi du mal à trouver son espace et sa pérennité, mais quand il y a de vrais motifs, cela accroche et les acteurs suivent.

Par ailleurs, le territoire marseillais est très dense, on y recense plusieurs dizaines d'associations et plusieurs centaines d'intervenants professionnels ou bénévoles...

Le logement comme premier pas vers la santé ?

⇒ Une participante

Vous avez parlé de morbidité, ce qui me semble évident, mais au bout de combien d'années, pour quelqu'un qui vit dehors, en termes d'espérance de vie ? Je sais que pour les Roms, c'est 45 ans. Quand vous donnez cet exemple du premier symptôme dit par la personne, à quel moment il dit avoir commencé à avoir mal, jusqu'au jour où elle va se soigner, c'est un outil de mesure. Peut-être qu'elle n'arrive pas bien à calculer le temps, mais c'est un élément important pour le délai de soins. Dans la rue, on sait très bien que si l'on n'est pas protégé, on est d'autant plus exposé, donc vulnérable. Je trouve que dans l'exposé, même si c'est rapide, la question d'être dehors est un élément le plus agressif qui soit. Il y a la peur d'être violenté... On est « à poil », on est nu. On n'a plus rien. Il s'agit plus de vous donner des indications très intéressantes sur les stratégies qu'ils ont pour le soin et l'organisation de leur temps, et comment ceci enraye leur accès aux services publics en général, mais le contexte est bien d'être dans la rue. Si je devais faire quelque chose, ce serait de voir tous les bailleurs, tous les gens expulsés, tout ce que cela coûte en termes humains, mais aussi en termes d'exclusion ou d'abandon d'un être humain, c'est-à-dire d'envisager comment cela peut être un outil politique.

En gros, je dis que votre étude pourrait montrer que le contexte principal est le fait d'être dehors, dans la rue, exposé 24 heures sur 24, que dans la rue, l'espérance de vie est plus courte, et que l'on expulse les gens de leur habitat, parce que nous voyons des femmes, des hommes, des enfants dans la rue. Mais finalement, on s'habitue à tout cela... C'est l'importance de cet abandon politique, où l'on met des gens dehors, que je soulève.

⇒ Cyril Farnarier

Notre porte d'entrée à nous était la santé des sans abri. Mais en effet, et c'est la raison pour laquelle je commence ainsi dans mes présentations, le contexte, c'est ce que c'est de vivre dans la rue. D'abord, nous plantons le contexte pour dire que certes, les questions sanitaires sont importantes, mais que d'abord, il y a la rue. Si ensuite, les politiques peuvent s'en saisir pour essayer de faire un peu avancer les choses, c'est bien. Mais nous, nous sommes anthropologues et nous sommes là pour documenter ces questions de la santé dans la rue, comment cela se passe et ce qui se fait. Je ne travaille pas sur le logement, très clairement. C'est un élément que l'on nous oppose fréquemment, et c'est éminemment vrai. Nous, nous travaillons sur les gens qui sont dans la rue et c'est une catégorie comme une autre. Mais chaque fois, on nous demande ce que nous faisons pour ceux qui sont dans le logement et qui vont arriver dans la rue. On nous oppose que certes, on peut se pencher sur tous ceux qui sont dans la rue, mais qu'on peut l'étendre à toute la précarité. Pourquoi pas, mais nous, en tant que chercheurs, nous devons définir une population et une situation. Nous démarrons donc sur celle-ci. Mais effectivement, la base serait que les gens soient dans des appartements.

⇒ Agnès Bensussan

Mais sur le plan du montage, ce projet de recherche émane d'un projet qui s'appelle ASSAb, qui concerne donc les populations sans logement, qui lui-même, est une émanation d'un des Ateliers santé ville. Le lien avec la construction de l'action publique locale est donc là, théoriquement. Mais tout le monde n'a pas la fibre sociale pour faire remonter politiquement ces constats afin qu'il y ait des prises de décision. Cyril parlait de la question des points d'eau, à Marseille, qui est quelque chose d'évident. Tout le monde en parle, en reparle, en re-reparle, mais... Apparemment, il y en aura peut-être quelques-uns en centre-ville. Mais la temporalité est très longue. C'est toujours la question : ce qui est déterminant de la bonne santé, c'est ailleurs que dans le système de soins dans la santé. C'est le logement, c'est l'accès à l'eau...

⇒ Un témoignage

Pour corroborer les propos qui viennent d'être tenus, je travaille au Point précarité santé. Nous travaillons en général avec un public précaire. Nous avons aussi été confrontés à la représentation de ce qu'est la précarité. Nous nous rendons bien compte que s'il y a des entraves administratives et autres au recours aux soins et à l'accès aux droits, c'est parce que les gens se représentent la précarité d'une certaine façon. Nous avons fait une enquête, dans le nord de l'Isère, auprès des professionnels des secteurs social et hospitalier, et nous avons bien vu que pour eux, pour les clochards, au moins, les choses étaient posées : ils sont précaires. Mais pour ces personnes qui dorment dans leur voiture tous les jours, qui n'ont pas de droits, à aucun moment on ne se pose la question de leur situation. Nous avons eu beaucoup de situations de personnes qui revenaient d'hospitalisation avec des factures impossibles, alors qu'il y avait des assistantes sociales, alors qu'il y avait un bureau des entrées. Il aurait juste fallu leur demander s'ils avaient une mutuelle... Ce sont des choses toutes simples. Il y a une représentation de la précarité sur laquelle il faut aussi que l'on puisse avancer, parce que le précaire, c'est le clochard, mais qu'à côté du clochard, il y a beaucoup d'autres précaires qui ne sont pas des clochards.

⇒ Cyril Farnarier

L'une des expériences à faire est de se présenter à l'entrée d'une UHU. Ce ne sont pas que des personnes clochardisées, loin de là ! La première fois que j'y suis allé, l'agent d'accueil m'a dit : « Bonjour, Monsieur. C'est la première fois que vous venez ici ? » J'étais juste comme tout le monde. La précarité ne s'affiche pas comme cela. Il y a de vraies stratégies de dissimulation pour aller se reposer à la Fnac parce qu'il n'y a pas de bancs et qu'il faut pouvoir passer inaperçu. Ce sont des stratégies de dissimulation qui sont très bien décrites par ailleurs.

L'accueil et l'orientation

⇒ Un participant

Au sujet des leviers, vous nous avez parlé du travail de coordination, évidemment, du travail en amont avec les personnes. Vous avez aussi parlé des problématiques d'orientations. Pour notre part, nous avons beaucoup travaillé sur les blocages d'accès aux soins pour essayer de trouver des propositions pour nommer les choses. Pour les premières personnes que l'on voit, à l'accueil, dans différents services, qu'il s'agisse d'institutions ou d'associations, il y a aussi un besoin de les accompagner et de valoriser les postes d'accueil. Lors des réunions de coordination, ce n'est pas forcément l'agent d'accueil qui vient en réunion ou en groupe de travail sur les démarches à réaliser. Tout le monde ne peut peut-être pas venir, mais il faudrait peut-être trouver quelque chose, parce que si un premier accueil n'est pas « loupé », entre guillemets, on gagne du temps, et il faudrait aussi, en termes de représentation, que ces agents puissent bénéficier d'une valorisation de leur fonction, que l'on repositionne l'accueil. Je ne généralise pas, mais dans certaines structures, certaines institutions ou associations, l'accueil est un peu mis de côté. J'espère que c'est de moins en moins le cas, mais il faudrait peut-être accompagner et porter cela et ne pas mettre à l'accueil que des emplois précaires, des remplacements, des CDD... Cela peut tourner beaucoup.

⇒ Une participante

Vous voyez que là, ils rendent les choses tout à fait opérationnelles, et même politiques. Parce que s'il faut former des gens au guichet, il faut aller voir le responsable de la structure et bouger de l'intérieur.

⇒ Cyril Farnarier

La formation des agents d'accueil, cela fait partie des recommandations issues de notre travail.



Valoriser la recherche au niveau politique : le rôle de Fabrique Territoires Santé ?

⇒ Une participante

Je trouve que ce qui est dit en termes d'instruments de politiques publiques est important. La question est aussi de savoir comment ce rapport est valorisé et porté à la connaissance des décideurs. Je ne connaissais pas cette étude qui a été faite à Marseille. Il serait intéressant, par le biais de Fabrique Territoires Santé, d'avoir ces échanges d'expériences et la valorisation des expériences de différents territoires pour que d'autres puissent aussi disposer de ces éléments et de ces argumentaires.

Et au-delà des échanges, des plaidoyers, parce que c'est le rôle de Fabrique Territoires Santé. Sur les leviers, il faudrait repositionner la Fabrique sur ce rôle de plaidoyer, qui part bien sûr des expériences de terrain, mais qu'il faudrait remonter, avec des propositions, bien sûr, des idées, à plus grande échelle. Il y a beaucoup de choses, dans beaucoup de territoires, mais il y a un vrai enjeu d'observation. Si tous les projets qui abordent les choses de près et qui font un certain nombre de recommandations pouvaient être recensés et synthétisés, ce serait bien. Une association peut le faire. Le ministère pourrait le faire aussi...

⇒ Stéphane Jung

Nous avons eu cette réflexion. Il y a un foisonnement. Dans cette présentation, le fait que ce soient deux recherches-actions qui sont présentées dit aussi les choses des politiques publiques ou des institutions publiques en général, et du moment dans lequel elles sont, de repositionnement ou de construction, sans doute. Reste à savoir si c'est un mouvement permanent dont il ne s'agit que d'assurer l'éternel recommencement, ou s'il y a une recomposition beaucoup plus globale et durable d'un système qui a été pensé dans le cadre d'un État-Providence. C'est là une question effectivement beaucoup plus politique.

ENTRE LA VILLE ET NOUS : RECHERCHE-ACTION AUTOUR DE L'ACCUEIL ET DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE SUR LE TERRITOIRE DE PLAINE-COMMUNE

Présentation par **Christophe Mugnier**, *psychologue
et animateur de la recherche-action*

⇒ Christophe Mugnier

Nous allons partir de tout autre chose. Je vais vous présenter aussi un travail que nous menons depuis trois ans maintenant à Saint-Denis, que nous avons monté avec l'association À Plaine vie, qui est une petite association de la ville et qui parraine un groupement d'entraide mutuelle (GEM[•]) qui s'appelle l'Entre-temps. Nous avons commencé ce travail en 2014, au moment où nous avons rencontré Stéphane Jung, qui est coordinateur du conseil local en santé mentale (CLSM) à Saint-Denis. Nous avons porté ce travail, Alexandre Vaillant et moi-même, à partir du moment où nous avons reçu une subvention de la Fondation de France, qui nous a permis ensuite de faire des demandes auprès de l'ARS, de la ville, de la politique de la ville.

Alexandre et moi, nous nous sommes rencontrés dans la clinique de La Borde, qui est un lieu où la question de l'accueil, de l'accueil inconditionnel, est pensée et travaillée en permanence. Ce lieu tente de se refonder toujours en fonction des gens qui y sont accueillis. C'est là qu'avec Alexandre, nous nous sommes formés. Le départ de notre projet était celui-ci : ayant quitté La Borde, comment travailler ailleurs, sachant, d'une part, que la psychiatrie se désagrège depuis trois décennies, et même plus, que le champ du médico-social ne porte pas du tout la même histoire que le champ de la psychiatrie, et qu'il fallait aussi que nous trouvions un endroit pour travailler ?

Les GEM nous sont apparus comme un espace offrant beaucoup de

• « Introduits par la loi « handicap » du 11 février 2005, les GEM sont des dispositifs de prévention et de compensation de la restriction de la participation à la vie sociale organisés sous forme associative. Ils accueillent des personnes aux troubles de santé similaires qui les mettent en situation de fragilité. Les GEM reposent sur la philosophie de la « pair-aidance » : en regroupant des personnes ayant des difficultés communes, ils valorisent le soutien mutuel et facilitent le lien social, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du GEM. Le principe général est une autogestion par les personnes fréquentant le GEM ». cf Bilan d'activité de la CNSA sur les GEM <https://www.fabrique-territoires-sante.org/ressources/actualites/bilan-des-groupes-dentraide-mutuelle>

possibles, à condition d'y réinjecter des outils très forts. Nos outils sont ceux que nous avait transmis Jean Oury, le psychiatre fondateur de La Borde, qui est décédé en 2014. Je vous renvoie à son œuvre : cela nous semble essentiel. Nous avons démarré ce projet en nous disant que dans les GEM, entités qui ont été créées en 2005, on pouvait faire beaucoup, à condition de réinjecter une réflexion clinique, alors que ces lieux ne sont pas censés être des lieux thérapeutiques. Nous constatons un certain nombre d'éléments dans les GEM. Celui de Saint-Denis a ceci de particulier qu'il accueille près de 130 personnes qui le fréquentent, dont une vingtaine le fréquente quotidiennement. C'est un petit appartement de 70 m², en centre-ville. C'est donc un lieu qui fourmille beaucoup. Dans un GEM, on trouve en général deux animateurs à mi-temps. Alexandre s'est fait embaucher comme animateur au GEM de Saint-Denis, où il travaillait à mi-temps, mais il a une formation de psychologue. Je suis moi-même psychologue clinicien.

À partir de ce GEM, nous avons fait plusieurs constats. Ce lieu accueille sur trois principes. C'est un accueil inconditionnel : il n'y a pas de questions qui sont posées à l'entrée. On ne sait pas s'ils sont malades, s'ils viennent plutôt pour des problèmes liés à la précarité, s'ils viennent tout simplement boire un café parce que c'est ouvert. C'est un lieu où l'on propose des activités, mais où aucune activité n'est obligatoire : on ne s'inscrit pas pour une activité. C'est aussi un lieu où l'on peut venir pour ne rien faire. L'une des animatrices du GEM de Saint-Denis, Aude Halary, a longtemps fait partie d'un collectif qui s'appelle « l'Atelier du non-faire ».

Nous avons fait le constat, au GEM de Saint-Denis, comme cela doit être le cas dans beaucoup de GEM, que les gens rencontraient des difficultés sociales, des difficultés dans l'accès aux droits et aux soins, que certains avaient une méconnaissance complète de ce à quoi ils avaient droit et que d'autres avaient un rejet des institutions diverses. Cette hétérogénéité des personnes n'était pas sans susciter des problèmes à l'intérieur même du GEM. Il fallait donc trouver un moyen de recréer quelque chose, un traitement du lieu. Pour cela, avec notre approche, nous nous sommes dit qu'il fallait penser quelque chose de pluridimensionnel, repenser cette question du soin, mais au sens où l'entendait Oury, c'est-à-dire le souci, la vigilance, la connivence, dans l'idée que si l'on travaille cette qualité de l'ambiance, ce qui implique beaucoup de choses, il se produira des effets.

Le projet de départ visait donc à réintroduire la dimension du soin, en respectant le lieu du GEM, qui n'est pas un lieu de soins. Nous

avons donc proposé d'intervenir selon trois dimensions. Dans un premier temps, nous avons proposé de créer un atelier radio. Nous avons lancé une émission mensuelle, qui est aujourd'hui écoutable sur notre site : BruitsDeCouloir.org, où il y a quelques émissions. Le site est en construction. Nous sommes aussi diffusés tous les troisièmes lundis du mois à 18 h sur Fréquence Paris Plurielle, une radio militante associative de la région parisienne. Nous avons donc monté un atelier où, avec cette émission, nous pouvions parler de psychiatrie, de soins, de maladie... Il s'agissait de resituer l'histoire de la psychiatrie, l'histoire des GEM, l'actualité de la psychiatrie, et cela nous permettait d'avoir un outil qui médiatisait quelque chose pour les gens qui étaient accueillis au GEM. C'est un premier élément de culture, directement pour les personnes qui sont accueillies au GEM, et ce sont elles qui se saisissent de cela.

Le deuxième point consistait à créer quelque chose à l'endroit des professionnels de santé et du public, quand il s'agissait de faire des événements publics. Nous avons monté un partenariat avec la librairie Folies d'Encres et le cinéma L'écran de Saint-Denis et nous avons créé ce que nous avons appelé « Les Paysages de la folie », où chaque trimestre, nous invitons une personne à présenter un ouvrage. Ensuite, nous passons un film et des débats sont organisés. Cela se passait ainsi au départ dans la librairie. Nous avons invité des personnes du réseau de santé que nous connaissions et de proche en proche, de plus en plus de monde y assiste. C'est également organisé avec les « gémeurs », qui tiennent un buffet. C'est ouvert à tous et nous invitons aussi les GEM alentour.

Le dernier point était la réouverture d'une permanence d'accueil, trois demi-journées par semaine. Dans un GEM, on n'est pas trop censé traiter des problématiques individuelles. Nous avons ouvert cet espace, mais à condition que les trois dimensions se travaillent les unes avec les autres. Cela nous permet de faciliter l'accueil dans des permanences qui seraient individuel, alors que nous n'avons pas les moyens d'assurer une psychothérapie, un accueil d'assistants sociaux ou d'autres dispositifs de ce type. Mais avec l'émission de radio et les événements, certaines problématiques qui seraient arrivées de manière individuelle sont déjà traitées en amont par l'atelier de radio, par le groupe.

Ce projet a permis d'accompagner une cinquantaine de personnes par an. La radio a été un moyen d'aller frapper à différentes portes et donc, de rencontrer d'autres associations, ce qui a aussi permis aux « gémeurs » de fréquenter d'autres lieux. Les « Paysages de la folie » ont permis de rencontrer d'autres services, des lieux de soins qui en ont

entendu parler : les hôpitaux alentour, les associations se rendaient aux Paysages de la folie, et cela nous a permis de constituer un réseau assez rapidement.

Parmi les présupposés de départ, situant ce cloisonnement entre les services médico-sociaux, sanitaires et sociaux, notre idée était de ré-introduire une continuité non pas des soins, mais une continuité de l'expérience vécue pour les « gémeurs ». Ainsi, le GEM a créé une petite institution : inviter le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) au repas du GEM, une fois par mois, le lundi. De ce fait, le CATTP a invité le GEM également une fois par mois à son petit-déjeuner. Cela permettait aux gens du CATTP de découvrir le GEM et aux gens du GEM de se re-familiariser avec les lieux de soins, que certains rejetaient beaucoup au départ.

Nous avons ainsi créé beaucoup de micro-institutions, au fur et à mesure, qui nous ont permis de faire un état des lieux des forces disponibles sur le territoire, de les utiliser assez directement, puisqu'il y a une grande familiarité : ce sont des choses assez joyeuses que nous fabriquons en général. Cela a un effet de coupe-file pour les usagers, parce que finalement, ils connaissent déjà bien les soignants de différentes institutions avant même d'avoir besoin de les solliciter pour leurs propres problématiques. Ce sont de petites pierres satellitaires, très en réseau, et le réseau se construit comme cela, toujours en formation.

⇒ Stéphane Jung

Ce matin, nous avons évoqué cette problématique, où les grandes vulnérabilités ont aussi cet effet d'isoler en hyper-individualisant les personnes sur leurs problématiques spécifiques, sur le fait qu'elles sont, elles et elles seules, à l'entrecroisement de telle pathologie, de telle histoire familiale, de telle rupture professionnelle, et où les réponses sont souvent pensées à cette dimension de l'individu. On affine les choses de façon très pointue, comme nous l'avons vu pour Tandem, ce matin, avec la présence d'un référent « parcours de santé », etc.

Là, je pense que par un effet de contexte, nous sommes sur un territoire, Saint-Denis, où les problématiques de précarité sont massives, majoritaires, et le biais qui a été trouvé avec le GEM a été de passer largement par des événements, des moments qui sont collectifs, ce qui est d'emblée le projet des GEM, de toute façon. Ce sont des activités qui existaient déjà auparavant, avant le départ d'Aude et l'arrivée

d'Alexandre comme animateur, qui se sont démultipliées. Les situations se sont encore plus ouvertes par l'usage de l'outil radio, par un événement très grand public... Les Paysages de la folie, aujourd'hui, rassemblent entre 75 et 150 personnes, depuis les élus locaux aux professionnels du soin, en passant par l'habitant lambda, aux proches, qu'ils soient ou non membres de l'UNAFAM, aux personnes elles-mêmes, qui peuvent être des « gémeurs » ou non, qui peuvent avoir trouvé un écho à ce qui est proposé là.

Tout cela, finalement, installe d'emblée les conditions pour permettre éventuellement à la personne de raccrocher au soin, de repenser à un dossier administratif, etc., mais parce qu'elle aura rencontré le professionnel dans ce cadre-là ou parce que dans le groupe, elle aura trouvé un appui auprès d'un pair. C'est vraiment cette réponse à la rupture des liens, qui est particulièrement forte dans le champ de la santé mentale, où la question de la pathologie du lien, du morcellement se pose sans arrêt, où il s'agit de répondre par du collectif, de répondre d'emblée par du lien, quelle que soit la forme du lien. Ce n'est pas forcément, et même pas du tout, un lien qui sera opérationnel. On assiste à la projection d'un film, on écoute un débat... Il ne s'agit pas d'arriver avec un problème pour avoir une solution. Ce n'est pas du tout cette logique. Mais ce détour facilite grandement le traitement de problématiques plus individuelles.

Le fonctionnement des GEM

⇒ Un participant

Visiblement, avant votre arrivée, le GEM fonctionnait en autarcie ?

⇒ Christophe Mugnier

Pas tout à fait, mais sûrement beaucoup plus. Avant notre arrivée, il y avait déjà des ateliers. Il y avait un atelier théâtre qui se faisait à la Ligne 13, mais c'était beaucoup plus isolé. Aujourd'hui, nous sommes en lien avec beaucoup de lieux de soins de la région. Nous nous interrogeons avec beaucoup d'autres lieux. Un nouveau GEM s'est créé, à partir de cette rencontre avec le CATTP d'Épinay. Les patients du CATTP, qui avaient en tête de monter une association, ont créé leur

propre GEM en novembre 2016. Il y a d'autres choses : nous nous soutenons aussi mutuellement dans des initiatives, notamment des initiatives d'atelier. Cela soutient notre atelier radio, mais nous soutenons aussi un atelier de peinture ou de création...

⇒ Une participante

Je voudrais savoir s'il y a autant de modes de fonctionnement différents que de GEM. Le texte de loi à l'origine de la création des GEM ne pose pas vraiment de modes de fonctionnement, et tant mieux. Un GEM issu de la clinique de Oury est assez ouvert. On peut modeler, faire des ponts avec les institutions, mais on sait aussi que les CATTP et les hôpitaux de jour n'ont pas tous les mêmes modes de fonctionnement et ne sont pas tous réceptifs à ce genre de principe de donner un micro à un schizophrène pour qu'il fasse une émission de radio. Est-ce que sur votre territoire, vous avez rencontré des réticences ou non ? Quand tu présentes ce GEM, c'est formidable, c'est la fleur au fusil, mais les quelques expériences que j'ai pu suivre, voire vivre, à Marseille, ne sont pas toujours aussi réussies.

⇒ Christophe Mugnier

Nous y allons la fleur au fusil...Mais c'est très difficile. Nous connaissons aussi des épuisements. Il y a le GEM, qui fonctionne de manière autonome par rapport au projet que nous vous décrivons, qui est financé sans que ce soient des financements pour le GEM. Si l'on nous disait que nous sommes le GEM, les résistances, les réticences des secteurs seraient sûrement beaucoup plus grandes. C'est ce qui se passe à Épinay, où le GEM a été créé par des usagers, et où, dès lors, il subsiste cette méfiance des professionnels. Le GEM devient soudain un interlocuteur au même titre que le CATTP, et cela pose des problèmes colossaux. Nous savions un peu ce qu'il en était et c'est la raison pour laquelle nous ne nous présentons pas tout à fait comme le GEM. Moi-même, je ne suis pas animateur au GEM.

La radio et les gémeurs

⇒ Une participante

Est-ce que sont les personnes elles-mêmes qui interviennent à la radio ? Si c'est le cas, c'est un effet de communication énorme, le fait de parler comme cela à tout le monde. Cela doit être impressionnant pour eux...

⇒ Christophe Mugnier

Bien sûr, oui. Ce n'est pas si impressionnant que cela, parce que nous traitons d'abord de ce dont nous avons envie de parler, de choses que nous fréquentons. Au départ, nous voulions parler de psychiatrie, et c'était nous qui rapportions cela, évidemment. J'ai oublié de dire que nous avons mené cette recherche avec l'université Paris 13 et Pascale Molinier, qui travaille sur ces questions d'organisation du travail au CNAM. Elle nous a soutenus, dans le sens où cette recherche a été action à partir du moment où elle nous a invités à animer des ateliers au colloque François Tosquelles • qui a été organisé en décembre 2015. Les « gémeurs » ont dû apprendre un peu la psychiatrie et son histoire du fait de leur participation à l'animation d'ateliers. Mais petit à petit, nous nous sommes détachés de cela pour arriver, dans les émissions de radio, à des choses beaucoup plus proches d'eux. Nous avons des appareils très simples : c'est un enregistreur. Mais eux n'ont pas d'horaires de travail. Ils allaient à « Nuit debout », ils ont fait des interviews, des rencontres. Ils se présentaient comme animateurs radio et non pas comme « gémeurs », patients en santé ou je ne sais quoi. Ils se permettaient d'être des animateurs de radio. Maintenant, nous sommes souvent sollicités par la ville, par des associations, pour rendre compte d'une journée particulière à Saint-Denis, par exemple. Nous sommes appelés de cette façon. Cela déporte un peu l'image des gens.

• <https://utrrp.univ-paris13.fr/evenement/colloque-tosquelles/>

⇒ Stéphane Jung

Et les effets en sont multiples. Ce sont aussi par exemple des interventions de « gémeurs » dans le cadre de formations pour les professionnels. C'est aussi, dans l'institution psychiatrique, la conduite de réunions de synthèse avec les animateurs du GEM, des travailleurs sociaux de services d'accompagnement à la vie sociale [SAVS], et au sein du CMP du secteur, pour avoir des échanges. Dès lors, par capillarité, les effets sont multiples.

L'approche de Jean Oury

⇒ Une participante

Bravo, c'est un beau projet ! Pouvez-vous nous parler du travail de Jean Oury ?

⇒ Christophe Mugnier

Si l'on veut parler de Jean Oury, c'est un peu ce qui a fondé notre travail. Vous avez, d'un côté, des patients qui ont affaire à une multiplicité de services. On parle de psychotiques chez des gens qui sont eux-mêmes dissociés, morcelés, qui ont perdu un peu l'élan pour le quotidien. Oury disait que pour un schizophrène, la vie quotidienne, c'est monter sur scène chaque matin, mais en tenant aussi le rideau de la pièce de théâtre. Dès qu'il lâche le rideau... C'est une très belle métaphore de ce que peut être cette forme de psychose. Nous savions cela et lorsque nous avons présenté notre projet, nous savions qu'il fallait construire des espaces, des scènes pour que les patients puissent apparaître. C'est pourquoi nous travaillons à partir des ateliers. Ce n'est pas uniquement parce que nous pensons collectif. Le collectif, c'est de surcroît. On ne sait pas trop où il se situe. Mais il faut construire des scènes, ce que Oury appelait des praticables, c'est-à-dire des espaces pour que quelque chose de l'ouvert, du possible, émerge. Avec la radio, c'est encore plus criant, parce que ce qui compte, ce sont des espaces où puisse émerger la possibilité de dire, chez des gens qui, dissociés, investissent aussi les services. Quand on voit certaines personnes qui sont aussi en précarité psychique, les services sont aussi dissociés pour eux. Il n'y a pas que nous, travailleurs, qui sommes cloisonnés. Pour eux, chaque personne, on pourrait presque dire chaque service, est le lieu où va s'investir quelque chose, mais nous ne faisons pas le pont. Oury disait qu'il fallait que nous soyons balayeurs et pontonniers. Notre travail est d'être balayeur et pontonnier. C'est d'arriver le matin et d'être au pied du lit de quelqu'un, de dispenser les soins les plus proches aux personnes, mais aussi de pouvoir projeter cette vie intime dans une chambre jusque dans l'espace d'une scène de théâtre le 15 août, le jour de LA représentation annuelle... Je vous renvoie à son œuvre. Toutes sortes d'ouvrages reparaissent en ce moment, qui sont fantastiques. Oury était aussi un proche de François Tosquelles, qui était un immigré catalan pendant la Guerre d'Espagne, qui a un peu initié ces méthodes pour soigner les lieux.

Le portage de la recherche-action

⇒ Une participante

Par qui la recherche-action a-t-elle été portée, formellement ?

⇒ Stéphane Jung

C'est l'association Plaine vie qui est à l'origine du GEM. C'est l'architecture des groupes d'entraide mutuelle, qui est un peu particulière. Ce sont des associations « d'auto-support », entre guillemets, d'usagers, ou non, mais qui demandent à être parrainées par une autre association, qui peut être un secteur de psychiatrie, une association d'aidants... C'était le cas à Saint-Denis, puisque l'association Plaine vie, à l'origine, regroupait des aidants et des proches de personnes malades. C'était une association à part entière. La recherche-action a joué sur ce binôme.

⇒ Christophe Mugnier

Là où j'en suis, aujourd'hui, je crois qu'il est très important de maintenir une extériorité par rapport au GEM, de la même manière que nous tenons à une extériorité, que nous ne nous présentons pas non plus comme soignants dans cette recherche. Les actions que nous menons nous permettent aussi d'intervenir... En revanche, lorsque nous sollicitons le CATTP pour une personne qui nous fait une demande à la permanence, nous nous présentons comme cliniciens. Nous jouons un peu de nos casquettes.

Quant au fonctionnement des GEM, il y en a de toutes sortes. Une des conclusions de la recherche est tout de même que ce qui a très bien fonctionné, dans ce GEM, c'est qu'effectivement, nous avons été très plastiques. Nous ne sommes pas animateurs socio-culturels ou animateurs sportifs, comme on le voit sur certaines fiches de paie de salariés de GEM. Nous avons toujours cherché à maintenir des liens avec la recherche. Nous avons aussi la référence universitaire, qui nous contrôlait, en quelque sorte. Nous avons des rencontres mensuelles avec Pascale Molinier pour rapporter ce que nous étions en train de fabriquer. Quand nous nous enfermions dans une posture où justement, nous disions : « toute la place aux usagers », ce n'était pas forcément aussi idéal que ce qui est présenté aujourd'hui, bien souvent.

⇒ Un participant

La réponse est intéressante. C'est une question de termes politiques. Ce jeu institutionnel consiste à dire : « D'accord, cela se fait dans le GEM, mais nous ne sommes pas GEM. Parfois, nous nous présentons comme gémers. Mais à d'autres occasions, j'y vais, je ne dis pas que je suis animateur au GEM et d'ailleurs, je ne le suis pas, et une autre fois encore, je me présente avec une autre casquette, celle de clinicien. » Dans la manière dont se font les choses, s'il n'y a pas cela, cela ne se fait pas. Je ne sais pas si cela figure dans les résultats de votre recherche, mais c'est fondamental, parce que s'il n'y a pas ce jeu institutionnel, ces stratégies-là, on se heurte à des murs.

L'accueil et l'identification des lieux

⇒ Une participante

Je voudrais revenir sur l'accueil. Je n'ai pas beaucoup d'expérience personnelle, parce que j'ai travaillé pour un service social pour SDF, mais ça me semble important de créer des lieux qui soient moins identifiés comme relevant du soin, du social, etc., parce que les personnes en grande précarité ont également leurs représentations sur les services sociaux, sur les soins. Je pense que la difficulté, pour les professionnels, est de sortir de leur zone de confort et de leurs propres missions. C'est tout de même très lié à leur propre personnalité. Parfois, il vaut mieux ne pas dire que l'on est professionnel d'un service social, que l'on travaille pour un GEM, etc. Il faut avoir d'autres approches pour amener tout doucement les patients à recréer un lien, à faire confiance et à adhérer à autre chose. À partir de là, le réseau d'autres professionnels se fait aussi, parce qu'ils sont un peu dans cette même philosophie. Ensuite, la difficulté, notamment pour les personnes en grande précarité, quand elles viennent de très loin dans la rue, il faut qu'elles restent attachées à un professionnel, qui est passé le premier. C'est toute la difficulté et la zone de confort des professionnels, où certains n'arrivent pas, ne passent que par les institutions ou par un cadre très précis. C'est aussi tout cela qui est difficile à mettre en place.

⇒ Christophe Mugnier

Toutes ces questions de définition de lieu, de définition de travail et de fonction sont la prochaine étape que j'espère pouvoir travailler dans ce projet, parce que nous nous sommes aperçus, au fur et à mesure, que lorsque cela fonctionnait, quand le CATTP invitait au repas, il n'était quasiment plus un CATTP. Nous travaillons aussi étroitement avec un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), depuis son ouverture, il y a un an, qui subvertit aussi la question de sa file active. Normalement, les services financés par le département reçoivent les usagers du fait de notifications de la MDPH. Mais dans ce service, en suivant dans une certaine mesure le modèle du GEM, ils disent : accueil inconditionnel, au moins sur les plages horaires collectives. C'est ce travail que nous allons essayer de poursuivre, de défaire un peu les assignations des uns et des autres.

⇒ Stéphane Jung

La résonance entre cette recherche-action qui s'est engagée, l'arrivée de Christophe Mugnier et d'Alexandre Vaillant, qui a été concomitante avec ma propre arrivée à la fonction de coordination du CLSM, me fait réagir. Je me suis retrouvé à une place très comparable à celle que tu viens de décrire. Là aussi, à cette fonction-là, il faut bien souvent jouer de la « classe », entre guillemets, et parfois, ramollir la fonction, et au contraire, parfois, selon les interlocuteurs, selon le contexte de travail, dans un comité de pilotage, lors d'une participation à un conseil de pôle du secteur de psychiatrie, quand on mène un échange avec un médecin psychiatre ou lorsque l'on rencontre une personne en souffrance, il faut pouvoir naviguer, justement, entre des pôles qui sont rappelés : la fonction, une assignation très précise... Et à l'inverse, il faut parfois s'autoriser à être dans des positionnements beaucoup plus flous, plus indéterminés, qui peuvent s'apparenter à celui d'un soignant, même, en reprenant une attention, une terminologie, un lexique, une forme d'échange. Ceci est assez illustratif... Je pensais beaucoup, en écoutant ce que tu racontais, à tout le bilan qui est tiré de l'expérimentation *Un chez soi d'abord*, qui montre combien ces catégories professionnelles, ces expertises professionnelles, si elles sont nécessaires et si elles doivent être, à un certain moment, réinjectées et remises en œuvre, à d'autres moments, doivent pouvoir s'effacer presque complètement. C'est une espèce de « plastique », effectivement. Ce mot est juste.

⇒ Christophe Mugnier

C'est ce qui fait le pont avec la multi-référence. Pour éviter qu'il y ait trop d'accroche entre une personne et un professionnel, la base, dans le fonctionnement des équipes, est la multi-référence. Concrètement, il y a toujours des affinités qui se font entre les personnes. Selon les situations, on dit que ce sera plutôt telle personne ou une autre, mais l'idée est qu'il n'y ait pas UN référent, UN qui est manager.

RESTITUTION DE L'ATELIER

⇒ Agnès Bensussan, Coordinatrice, Conseil d'Orientation en Santé mentale, ville de Marseille

Sur cet atelier, il y a eu deux interventions : une intervention de Cyril Farnarier autour d'une recherche action sur les trajectoires de soins des personnes sans-abri, la recherche étant transformée, dans un premier temps, en une recherche sur les conditions de vie à la rue des personnes sans-abri. Puis il y a eu une deuxième présentation d'une autre recherche-action autour de l'accueil et de l'accompagnement des personnes en souffrance psychique sur le territoire de Plaine Commune par un GEM. L'objet de cette recherche action porte sur la transformation de l'espace GEM comme espace d'accueil inconditionnel en un espace qui fonctionne réellement comme un espace ouvert, à la fois dans les locaux mêmes, pour les personnes qui le fréquentent, et aussi comme un espace ouvert sur le reste de la ville, et où les personnes se sentent à l'aise.

Nous avons commencé par réfléchir sur le fait que nous avons dans cet atelier deux recherches-actions. C'est en soi un constat qui nous a interpellés. Ce qui nous a paru important est de pointer le fait que la multiplication de recherches-actions témoigne peut-être d'un moment de transition dans les politiques publiques et dans le fonctionnement des institutions, qui essaient de se fabriquer, de se défabriquer, de se refabriquer.

Les recherches-actions ont à la fois des avantages et des inconvénients, des effets positifs et des limites. Parmi les limites, le fait que les recherches-actions sont très limitées dans le temps, en termes de temporalité. Aujourd'hui, les financements se font beaucoup sur la base de bricolages. Pour l'anecdote, une des recherches présentée dans l'atelier est cofinancée par SFR, suite à un appui de l'ARS concernée pour avoir des financements auprès de SFR. Ce foisonnement, cette multiplication de recherches-actions permet aussi, cela dit, à des chercheurs d'obtenir des financements auxquelles ils n'auraient pas accès par ailleurs. Cela permet aussi d'accéder plus aisément à des décideurs, que ce soit des responsables institutionnels ou des responsables de structures.

Une question qui s'est posée cependant est celle de la valorisation de ces travaux, de leur communication à un public plus large que celui

des professionnels locaux qui y participent. Les chercheurs eux-mêmes n'ont pas forcément le temps de faire ce travail-là, pour des raisons qui sont liées à la manière dont ils sont financés. C'est-à-dire que comme nous sommes sur des financements réduits et de très court terme, c'est vrai qu'il faut penser le travail de valorisation et de présentation dans d'autres espaces soit dans les financements, soit il faut que ce soit d'autres professionnels qui le fassent.

Un deuxième point sur lequel nous avons insisté est le fait que finalement, ces deux présentations invitaient à renverser un peu la manière dont nous abordions la question des parcours. Du point de vue des professionnels, on pense organisation des parcours, développement des partenariats, développement de la coopération, culture commune, etc. Mais finalement, quand nous interrogeons les personnes elles-mêmes, qu'elles soient sans-abri, sans logement personnel ou qu'elles fréquentent un espace, de leur point de vue, elles ne font que vivre leur vie au quotidien en essayant de mettre de la continuité dans leur vie quotidienne. Du coup, l'enjeu pour penser les politiques et les organisations était de réussir à créer, pour les professionnels, des « espaces temps » qui permettent à un moment donné une rencontre entre des personnes qui essaient de vivre leur vie et des professionnels qui peuvent leur apporter des ressources, du soin, des conseils, de la prévention. En ce qui concerne les personnes sans logement personnel, l'accent est beaucoup mis sur l'intérêt des équipes mobiles, qui permettent à la fois d'aller vers les personnes et puis de créer la rencontre avec les personnes sur leur lieu de vie, à savoir la rue. Dans le GEM, ce qui était important, c'était justement d'avoir un espace de rencontre entre les personnes et les professionnels.

Un troisième point qui a traversé l'atelier est la question des territoires, urbains, ruraux, petites villes, toute la relation au territoire et à l'espace. De manière peut-être un peu caricaturale, nous pourrions dire que dans les espaces urbains, il y a plus de continuité au niveau des territoires parce que généralement, il y a plus d'infrastructures, ne serait-ce qu'en termes de transport. Mais, au sein de ces espaces, il y a aussi des lieux segmentés. De leur côté, les territoires ruraux doivent penser, dans l'accompagnement des personnes, la forte segmentation structurelle des territoires, l'organisation en vallées par exemple, le fait que l'offre de transport ne soit pas forcément suffisante. Par rapport à cette question des distances au sein d'un territoire, nous avons aussi abordé le fait que les territoires pouvaient être décrits sur un mode objectif ET sur un mode subjectif, avec la manière dont les personnes le vivaient. Nous

avons entendu un exemple de l'antenne d'un CMP qui se ferme et se déplace à 15 km. Dans un territoire rural, 15 km, objectivement, ce n'est pas loin. Mais objectivement aussi, un certain nombre de personnes ne se déplace pas à 15 km. À partir de là, il s'agit de savoir comment nous intégrons la dimension subjective de l'espace dans la construction des politiques publiques, avec un engagement nécessaire des décideurs pour arriver à trouver des solutions pratiques et dire qu'il est possible qu'un professionnel se déplace de temps en temps sur tel ou tel territoire, ou qu'il y ait des permanences sur certains créneaux horaires

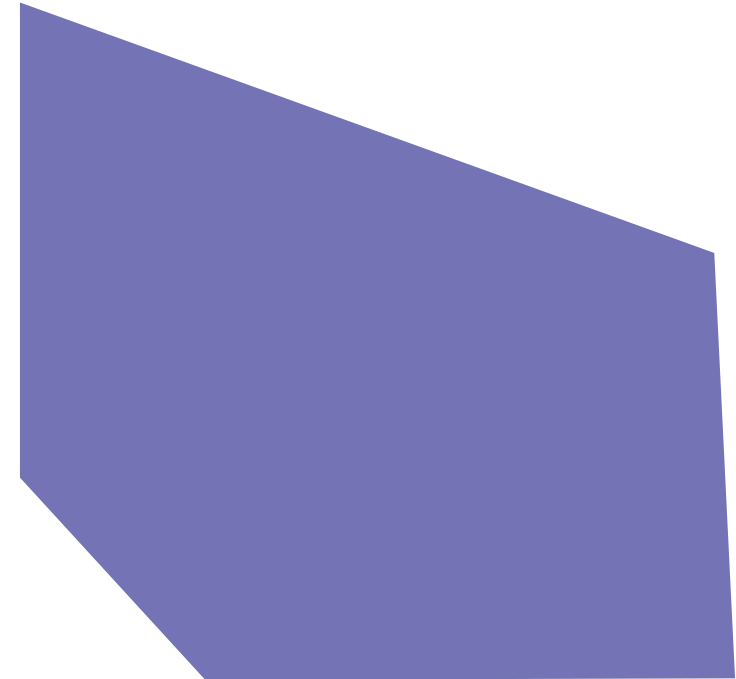
Le dernier point que nous avons abordé, mais que nous n'avons pas finalisé, faute de temps, est la question des formes de vulnérabilité qui peuvent exister en fonction des territoires. Il a été question entre autres de la problématique de l'accompagnement des jeunes sur certains territoires, que ce soit des jeunes migrants, des jeunes en situation d'exclusion, vulnérables, parfois avec des comportements violents, que ne savent pas forcément appréhender les professionnels. Ce qui apparaît dommage dans ce cadre-là est que les réponses par rapport à ce type de problématiques émergentes sont souvent formulées de la manière suivante : « on peut vous proposer d'ouvrir tant de places en plus, on peut vous proposer de faire venir telle structure en plus ». Mais il n'y a pas forcément d'espace ouvert pour essayer de créer un lien, avoir un espace de rencontre avec les personnes concernées et créer, inventer plus collectivement les modalités d'accompagnement adéquates. Un constat exprimé fortement est que nous avons beaucoup parlé ce matin de job coach, de développement de gestion de cas, bref de réponses individuelles, mais qu'il est tout aussi important d'avoir aussi des espaces de rencontre plus collectifs et plus ouverts, qui soient des lieux de passage pour les personnes, et dans lesquels peut se nouer un lien avec les personnes visées par une politique ou une action.

⇒ **Stéphane Jung,**
Coordinateur du CLSM, Ville de Saint-Denis

Je voulais juste rajouter un point. Ce qui était effectivement montré tout à l'heure illustrait vraiment, d'une certaine façon, la crête sur laquelle sans doute beaucoup des politiques publiques, comme les institutions sanitaires ou médico-sociales ou sociales, se trouvent aujourd'hui. C'est une crête qui peut avoir un versant extrêmement négatif, qui d'une certaine façon était illustré en creux par le travail marseillais des personnes en errance, d'institutions qui se sont elles-mêmes précarisées, avec des

professionnels aussi précarisés dans leur statut comme dans leur formation, et du coup leur manque de professionnalisation. Dans le versant négatif encore, il y a la précarisation, voire la désertification des dispositifs, des institutions sur certains territoires. Mais ce versant peut aussi être tout aussi bien vu, toujours depuis la crête, positivement. Ce serait ce versant du moment d'une réinvention de ces institutions, qui autoriserait ainsi des formes d'expérimentation un peu tâtonnantes et aussi l'émergence de lieux comme les groupes d'entraide mutuelle, qui sont des lieux qui finalement permettent beaucoup d'inventivité dans les activités comme dans les propositions. Ces lieux permettent aussi d'organiser des glissements de fonctions. Cela a aussi été perçu comme une dimension qui pouvait être positive, de ce moment de transition où les professions se réinterrogent, des professions nouvelles émergent, mais où des fonctions sont donc en train de circuler, par obligation. C'est-à-dire qu'un animateur de GEM va aussi être un psychologue clinicien. Tantôt il est psychologue clinicien, quand il est en lien avec le médecin-chef du CMP. Tantôt il est animateur dans le groupe d'entraide mutuelle. C'est cette idée que nous étions à un moment de transition.

Pour dire ces enjeux, il y a un dernier mot rappelé par Christophe Mugnier, très inspiré par la psychothérapie institutionnelle et Jean Oury qui propose, à partir d'une traduction du verbe allemand « dürfen », d'« oser se permettre de... »



CLÔTURE

⇒ **Didier Febvrel,**
Président, Fabrique Territoires Santé

C'est à moi que revient le soin de conclure. D'abord, je voudrais remercier le Centre international de séjour de Lyon de nous avoir accueillis dans ce lieu. Merci aussi à la Fabrique, à Catherine Bernard, Clémentine Motard et à tous ceux qui ont contribué au fait que cette journée a été réussie.

Ma conclusion sera, d'une certaine manière, très personnelle. Sans jouer au jeu de la synthèse de la synthèse, je voudrais juste vous dire deux ou trois choses. La première est qu'il me semble qu'il ne faut pas oublier que les parcours de vie, les parcours de santé, les parcours de soins ne sont pas linéaires et que, de fait, cela veut dire que nous ne partons pas d'un point pour arriver à un autre. Nous pouvons aussi revenir en arrière, faire des digressions, des bifurcations. Les parcours sont émaillés de ruptures et d'événements, il ne faut pas l'oublier. Les personnes, à tous les moments de leur vie, ne sont pas toujours les mêmes, n'ont pas toujours le même contexte, le même environnement, ni le même territoire.

La deuxième chose qui m'a un peu interpellé est que nous parlons de la complexité des situations, mais que celle-ci se nourrit aussi de la complexité des réponses. À un moment donné, il va falloir que cela s'équilibre, c'est-à-dire que nous ne soyons pas sans arrêt à courir après la réponse à la complexité, même si ce n'est pas impossible d'y faire face. En même temps, nous ne devons pas non plus brider la diversité. Parce que nous ne pouvons offrir des réponses uniques à des personnes différentes. Il faut qu'il y ait une diversité de réponses parce que les personnes en ont besoin. Toutes n'ont pas besoin de la même réponse.

Mon dernier point est que nous, les professionnels, nous sommes quand même là pour faire en sorte que l'individu garde la maîtrise de son parcours. Son pouvoir d'agir est notre objectif principal. Nous ne nous mettons pas à la place de. Nous sommes bien sur cette question-là, voire même sur le fait de faire en sorte qu'il reste toujours citoyen, au sens où je l'entends, c'est-à-dire un sujet politique. Il est toujours sujet politique, quel qu'il soit, et peu importe son parcours.

Ce qui me fait dire aussi, par une analogie un peu surprenante, que c'est aussi le but de Fabrique Territoires Santé d'aider les intervenants, les professionnels dans leur parcours professionnel, quand vous construisez, fabriquez des démarches territorialisées de santé. Nous sommes là

pour vous aider à garder la maîtrise sur ces démarches et cette construction, cette fabrique. Modestement, nous essayons, de façon à ce que dans vos parcours professionnels et militants, vous puissiez aussi trouver un lieu pour vous ressourcer, d'une certaine manière, pour réfléchir, échanger des pratiques, etc. Nous partons des Ateliers santé ville, au sens à la fois terminologique et au sens de leur implantation, dans les quartiers de la politique de la ville, et nous nous ouvrons aujourd'hui à d'autres professionnels, des coordonnateurs CLS, CLSM et puis d'autres, très divers, et vous voyez bien que nous pouvons arriver à nous repérer. Personnellement, je suis très préoccupé par le fait que nous ne pouvons pas laisser des gens dans leur coin, seuls, c'est-à-dire avec un sentiment de solitude, en train de penser qu'ils font quelque chose d'extrêmement important sans les mettre en relation avec d'autres qui pensent la même chose.

Cela me fait penser aussi à un dernier point, et c'est peut-être un propos un peu plus politique au sens du regard : vous savez bien aussi qu'il y a un certain nombre de personnes, et peut-être de jeunes, qui tente des solutions, des alternatives en se mettant hors du système. Il faut bien faire attention, quand on dit qu'on va chercher des personnes qui n'ont pas besoin ou pas de réponse, à ne pas non plus faire de l'intervention trop intrusive et importante dans des endroits où ils arrivent à se débrouiller seuls comme des grands. Que nous les repérons, que nous essayions de leur proposer des endroits ou des lieux pour qu'ils puissent en parler, que nous essayions de voir comment nous pouvons fédérer les choses, certes. Mais il faut que nous fassions attention à toute cette mouvance qui est là.

Vous pouvez adhérer à Fabrique Territoires Santé, participer, coopérer, donner de vous-même. On peut adhérer à titre personnel, au titre de son association ou de sa structure, en tant que personne morale. Je pense que nous avons besoin aussi de sentir qu'il y a des personnes derrière nous. Pour finir, juste une remarque, et ce sera la dernière. Nous avons aussi besoin du soutien financier de nos financeurs à la hauteur de ce que nous voudrions être, parce que c'est important. En gros, nous avons fait un petit calcul. Depuis le début, nous avons à peu près 25 000 connexions à notre Plateforme. Vous savez qu'il y a parfois des calculs entre les budgets et les personnes, le ratio est là : nous sommes à 4 € par connexion. Ce qui n'est quand même pas extraordinaire. Si nous pouvions nous maintenir ainsi, ce serait vraiment très bien. D'autant que l'ambition est quand même d'élargir et aussi d'aller chercher d'autres démarches territorialisées.

Merci surtout à vous d'être venus nombreux. Merci aux administrateurs et à l'équipe de la Fabrique d'avoir fait ce travail et nous nous retrouvons pour la prochaine édition de la rencontre nationale des ASV et projets territoriaux de santé.

ACCRONYMES/ ABRÉVIATIONS

ADJ	accueil de jour
AED	assistant d'éducation
ALD	affection de longue durée
AME	aide médicale d'État
ANAP	agence nationale d'appui à la performance
APA	allocation personnalisée d'autonomie
AP-HM	assistance publique – hôpitaux de Marseille
APTIC	chèque culture numérique pour tous
ARS	agence régionale de santé
ASV	atelier santé ville
AVS	auxiliaire de vie scolaire
BIJ	bureau information jeunesse
CAE-CUI	contrat d'accompagnement dans l'emploi
CAESC	comité académique d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CAF	caisse d'allocations familiales
CARSAT	caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CATTP	centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCAS	centre communal d'action sociale
CDDP	centre départemental de documentation pédagogique
CDPS	centre départemental de prévention et de santé
CÉREQ	centre d'études et de recherches sur les qualifications
CESC	comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CFA	centre de formation d'apprentis
CGET	commissariat général à l'égalité des territoires
CIO	centre d'information et d'orientation
CISS	comité interassociatif sur la santé
CLIC	centre local d'information et de coordination pour personnes âgées
CLSM	conseil local de santé mentale
CMP	centre médico-psychologique
CMU	couverture maladie universelle
CMU-C	couverture maladie universelle complémentaire
CNFPT	centre national de la fonction publique territoriale
CNRS	centre national de la recherche scientifique

CNSA	caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	PMI	protection maternelle et infantile
CPAM	caisse primaire d'assurance maladie	ProDAS	programme de développement affectif et social
CPE	conseiller principal d'éducation	RSA	revenu de solidarité active
CRDP	centre régional de documentation pédagogique	ROME	répertoire officiel des métiers et des emplois
CRÉDOC	centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie	SAMSAH	service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé
CRES	comité régional d'éducation pour la santé	SAVS	service d'accompagnement à la vie sociale
CRIJ	centre régional d'information jeunesse	SCOP	société coopérative et participative
DDCS	direction départementale de la cohésion sociale	SCIC	société coopérative d'intérêt collectif
DDD	direction départementale déléguée	SIAO	service intégré d'accueil et d'orientation
DGI	direction générale des impôts	SSIAD	service de soins infirmiers à domicile
DRDJSCS	direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale	UHU	unité d'hébergement d'urgence
EHESP	école des hautes études en santé publique	UMI	unité mixte internationale
ÉPIDE	établissement pour l'insertion dans l'emploi	UNAFAM	union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapés psychiques
ÉSPÉ	école supérieure du professorat et de l'éducation (ex-IUFM)	URPS	union régionale des professionnels de santé
EPN	espace public numérique	VAD	visite à domicile
ETP	éducation thérapeutique du patient		
GEM	groupe d'entraide mutuelle		
GHT	groupement hospitalier de territoire		
IDH-2	indicateur de développement humain régional		
IREPS	instance régionale d'éducation et de promotion de la santé		
MAIA	méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie		
MJC	maison des jeunes et de la culture		
MDPH	maison départementale des personnes handicapées		
MPR	médecine physique et de réadaptation		
MSA	mutualité sociale agricole		
MSAP	maison de services au public		
OFII	office français de l'immigration et de l'intégration		
PAERPA	parcours de santé des aînés		
PAI	projet d'accueil individualisé		
PASS	permanence d'accès aux soins de santé		
PIMMS	point d'information médiation multiservices		
PLANIR	plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures		

BIBLIO- GRAPHIE

PARCOURS – GÉNÉRALITÉS & DÉFINITIONS

Coordination et parcours,

Marie-Aline Bloch, Léonie Hénaut, éd. Dunod, 2014

<https://www.cairn.info/coordination-et-parcours--9782100702275.htm>

Travail, santé, éducation. Individualisation des parcours et inégalités,

Servet Ertul, Jean-Philippe Melchior, Éric Widmer (dir.), L'Harmattan, 2013

<http://www.editions-harmattan.fr/index>.

[asp?navig=catalogue&obj=livre&no=40121&motExact=0&motcle=&mode=AND](http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=40121&motExact=0&motcle=&mode=AND)

Les parcours sociaux à l'épreuve des politiques publiques,

Servet Ertul, Jean-Philippe Melchior, Philippe Warin (dir.),

Presses Universitaires de Rennes, 2012

<http://www.pacte-grenoble.fr/blog/parcours-sociaux/>

Parcours de santé : enjeux et perspectives,

Elisabeth Fery-Lemonnier, Elisabeth Monnet, Nicolas

Prisse, ADSP n°88, 2014-09, pp 11-56

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=145>

Le parcours de santé, au centre des dispositifs,

Luc Hincelin, Rubrique Repères pour agir en promotion de la santé, n°26, 2013

Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers, Agence Régionale de Santé, 2016

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf

Le parcours de santé (A-Z)

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1250003/fr/parcours-de-santeasp?navig=catalogue&obj=livre&no=40121&motExact=0&motcle=&mode=AND

INITIATIVES LOCALES

À Narbonne, la co-élaboration de livrets thématiques pour se repérer dans les parcours de santé, Plateforme nationale de ressources ASV, 2016

http://www.plateforme-asv.org/sites/default/files/recit_dexp_asv_narbonne.pdf

LA MÉDIATION DANS LES PARCOURS DE SANTÉ

« Les médiateurs sociaux en milieu sanitaire : un trait d'union entre les professionnels et les habitants » in *Quand les habitants se mêlent de ce qui les regarde : santé ! Actes de la Rencontre nationale de ressources des Ateliers santé-ville et projets territoriaux de santé*, Plateforme nationale de ressources ASV, 2016
<http://www.plateforme-asv.org/sites/default/files/actefinal-complet.pdf>

Pratiques professionnelles de la médiation sociale, Éditions France Médiation, 2011

20 ans de médiation sociale et culturelle, 20 ans d'intervention auprès des habitants, Arifa, Fédération des associations de femmes-relais Seine-Saint-Denis, Profession Banlieue, 2011

La médiation sociale et culturelle dans le secteur hospitalier, Fédération des associations de femmes-relais de Seine-Saint-Denis, Hôpital Avicenne, Profession Banlieue, 2010
http://www.professionbanlieue.org/c_7_40_Publication_1376__3__La_mediation_sociale_et_culturelle_dans_le_secteur_hospitalier_23_p_a_telecharger.html

Valoriser les interventions des médiateurs sociaux et culturels. Rapport final de la recherche-action, Cabinet KIMSO, 2016
http://www.professionbanlieue.org/c_1_169_Publication_2999__0__Valoriser_les_interventions_des_mediateurs_sociaux_et_culturels_28_p_a_telecharger.html

La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques, Haute Autorité de Santé, 2017
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-02/mediation_en_sante.pdf

INITIATIVES LOCALES

À Clichy-sous-Bois, des parcours santé pour les primo-arrivants grâce à la médiation sociale et culturelle, Plateforme nationale de ressources ASV, 2017
http://www.plateforme-asv.org/sites/default/files/recit_dexp_asv_clichy_sous_bois.pdf

Des médiateurs pour résorber les disparités sociales, Le Progrès, 2016
<http://www.leprogres.fr/loire/2016/11/08/sante-des-mediateurs-pour-resorber-les-disparites-sociales>

LE NUMÉRIQUE DANS LES PARCOURS DE SANTÉ

Numérique : vers une action sociale 2.0, Gazette Santé Social, 2016
<http://www.gazette-sante-social.fr/dossiers/numerique-action-sociale-travailleurs-sociaux>

E-administration : la double peine pour les personnes en difficulté, CRÉDOC, 2017
<http://www.credoc.fr/pdf/4p/288.pdf>

Enquête sur l'accès aux droits. Relations des usagers et usagers avec les services publics : le risque de non-recours, Défenseur des droits, 2017
<http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/enquete-relations-usagers-servpublics-v6-29.03.17.pdf>

Accueil téléphonique et dématérialisation des services publics. Les résultats d'une enquête mystère, Défenseur des droits, 2016
http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/inc_version_finale_1.pdf

Maisons de services au public : diversifier l'offre pour mieux satisfaire les besoins des usagers, CGET, 2017
<http://www.cget.gouv.fr/sites/cget.gouv.fr/files/atoms/files/en-bref-33-cget-02-2017.pdf>

Le numérique au sein de l'action sociale dans un contexte de dématérialisation, Yves-Marie Davenel, Les Études Connexions Solidaires, 2016
http://www.les-cahiers-connexions-solidaires.fr/wp-content/uploads/2016/04/%C3%89tude_Le-num%C3%A9rique-au-sein-de-lAction-Sociale-dans-un-contexte-de-d%C3%A9mat%C3%A9rialisation.pdf

L'accompagnement numérique au service de l'insertion, Emmaüs Connect
<http://emmaus-connect.org/nos-actions-de-terrain/>

INITIATIVES LOCALES

L'impact de la dématérialisation des services publics à Nanterre, Ugo Soudrie, Observatoire social du CCAS de Nanterre, 2017
<http://laboratoire.agencedunumerique.gouv.fr/2017/03/13/limpact-de-dematerialisation-services-publics-a-nanterre/>

La médiation numérique, un levier de changement du travail social, Valéry Molet, La Lettre du cadre territorial, 2017
<http://www.lettreducadre.fr/14736/la-mediation-numerique-un-levier-de-changement-du-travail-social/>

LES STRUCTURES DE PREMIER RECOURS DANS LES PARCOURS DE SANTÉ

Centres de santé : une dynamique à conforter, Gazette Santé Social, 2016
<http://www.gazette-sante-social.fr/dossiers/centres-de-sante-une-dynamique-a-conforter>

Les centres de santé : une histoire, un avenir, Marie-Pierre Colin, Dominique Acker, Revue Santé publique, 2009
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-hs1-page-57.htm>

Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain, Rapport à l'Inspection générale des affaires sociales, Philippe Georges, Cécile Waquet, 2013
http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf

INITIATIVES LOCALES

Des centres de santé où médecins, travailleurs sociaux et habitants (se) soignent autrement, Sarah Bosquet, Bastamag, 2016
<https://www.bastamag.net/Des-centres-de-sante-ou-medecins-travailleurs-sociaux-et-habitants-se-soignent>

Marseille : un centre pour la santé somatique et mentale, Nathalie Fredon, La Marseillaise, 2017
<http://www.lamarseillaise.fr/marseille/sante/56062-un-centre-pour-la-sante-somatique-et-mentale>

Sur la Rive droite de l'agglomération bordelaise, la création d'un centre de santé pour rééquilibrer l'offre de soins. Du diagnostic au projet, Plateforme nationale de ressources ASV, 2017
http://www.plateforme-asv.org/sites/default/files/recit_dexp_asv_rive_droite.pdf

LES PARCOURS ÉDUCATIFS DE SANTÉ

Mise en œuvre du parcours éducatif de santé. Guide d'accompagnement des équipes pédagogiques et éducatives, Ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2017
http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Sante/32/5/Guide_PES_v6_688325.pdf

Le parcours éducatif de santé : nouveau paradigme de la promotion de la santé en milieu scolaire ?, Sandrine Broussouloux, Véronique Gaste, La Santé en action, 2016
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-435.pdf>

Le parcours éducatif de santé : la santé du point de vue des établissements scolaires, Didier Jourdan, La Santé en action, 2016
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-435.pdf>

La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale, DREES, 2017
<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er993.pdf>

Promouvoir la santé à l'école. Des preuves à l'action, UIPES, 2010
http://www.plateforme-asv.org/sites/default/files/promouvoir_la_sante_a_lecole_des_preuves_a_laction.pdf

Vers des écoles promotrices de santé : lignes directrices pour la promotion de la santé à l'école, UIPES, 2010
http://www.plateforme-asv.org/sites/default/files/hpsguidelines_fr.pdf

INITIATIVES LOCALES

A Pantin, l'investissement de la Ville et de l'Éducation nationale pour intégrer l'éducation pour la santé dans les parcours scolaires, Plateforme nationale de ressources ASV, 2016
http://www.plateforme-asv.org/sites/default/files/recit_dexp_asv_pantin_0.pdf

Instaurer un parcours de santé de 6e à la 3e. Entretien avec Pascal Touzanne, principal de collège à Saint-Laurent-de-Neste et Loures-Barousses (Hautes-Pyrénées). Santé de l'homme, n°407, 2010-05, pp15-16
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-407.pdf>

LES PARCOURS DE SANTÉ DES PERSONNES EN GRANDE VULNÉRABILITÉ

Agir sur les vulnérabilités sociales. Les interventions de première ligne entre routines, expérimentation et travail à la marge, Claire Lévy-Vroelant, Michel Joubert, Christoph Reinprecht, Presses Universitaires de Vincennes, 2015
<http://www.puv-editions.fr/collections/culture-et-societe/agir-sur-les-vulnerabilites-sociales-9782842924232-13-609.html>

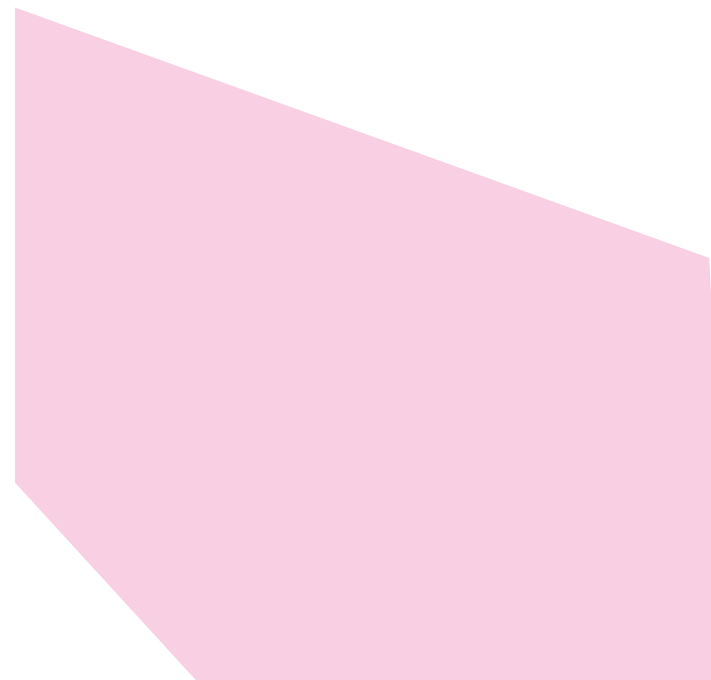
Comment améliorer les parcours de soins de soins des publics « précaires » ? Le point de vue des usagers. Nadine Sannino, Julie Biga, Thierry Kurth (et al.), ADSP, N°96, 2016-09, pp 4-8.

« *Bruits de couloir* », une expérience radiophonique au sein du GEM de Saint-Denis », Mugnier Christophe, Vaillant Alexandre, *Pratiques en santé mentale*, 2015/4 (61e année), p. 19-20.
<http://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2015-4-page-19.htm>

Trajectoire de soins des personnes sans abri à Marseille. Rapport de recherche final, Mattéo Fano, Cyril Farnarier, Yannick Jaffré, Carlotta Magnani, ARS PACA/APHM/UMI3189, 2014

Rapport annuel de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins en Europe, Médecins du Monde, 2017
https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/rapport_de_l_observatoire_2016

Une méthode de développement sociale locale : la construction d'un parcours de santé en direction des personnes en situation de précarité. Rapport. Chloé Paous, EHESP, 2015, 95p.
<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/memoires/ppasp/2015/paous.pdf>



Fabrique Territoires Santé est une association dont la vocation est de valoriser les démarches territorialisées de santé qui visent à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, tels que les Ateliers santé ville, les contrats locaux de santé ou les conseils locaux de santé mentale. Elle est une plateforme de ressources sur ces démarches à destination de tous leurs acteurs.

Nos missions:

- mettre en réseau les acteurs porteurs de ces démarches (coordonnateurs, services des collectivités, élus, ARS, ...), en organisant des rencontres nationales et régionales;
- porter à connaissances leurs acquis et plus-values, notamment par la capitalisation;
- diffuser de l'information qualifiée via notre site et notre newsletter;
- proposer une formation sur la stratégie et la mise en œuvre des projets territoriaux de santé à l'Université d'été en santé publique de Besançon.



Fabrique Territoires Santé

2-4 place Rutebeuf, 75012 Paris
contact@fabrique-territoires-sante.org
06 99 67 55 56

www.fabrique-territoires-sante.org

Twitter: @FabTerrSante

avec le soutien de

