

Fiche de capitalisation

Dispositif e.CARE : dispositif d'appui et de coordination de parcours complexes des patients en situation de précarité avec pathologies chroniques

LOGO

Résumé

e.CARE est un dispositif qui vise à réduire les inégalités sociales de santé, à lutter contre l'exclusion et le non-recours aux soins en améliorant l'accès aux soins, en facilitant la mise en place de parcours de soins coordonnés et adaptés aux besoins de personnes en situation de précarité.

Dans cette capitalisation nous allons nous intéresser à la façon dont le dispositif e.CARE mobilise le cadre conceptuel et pratique propre à la médiation en santé afin de faciliter la prise en charge globale et individuelle des patients précaires dans le cadre de leur parcours de soins ville/hôpital.

La fiche est basée sur 3 entretiens réalisés avec les différents membres de l'équipe entre décembre 2023 et mars 2024 et des échanges réguliers avec la coordinatrice du projet.

Carte d'identité de l'intervention

Titre	Dispositif e.CARE : dispositif d'appui et de coordination de parcours complexes des patients en situation de précarité avec pathologies chroniques
Porteur	CHU Toulouse
Thématique	<ul style="list-style-type: none"> • Santé-précarité • Maladies chroniques • Lutte contre les ISS • Médiation santé • Coordination parcours complexes • Sensibilisation de professionnel-le-s • Lien ville-hôpital • Accompagnement vers la médecine de ville <p>Liste référencée CAPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accès aux droits et aux soins • Inégalités sociales ou territoriales de santé • Maladies chroniques • Lien social / Isolement • Médiation santé
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> • Populations en situation de précarité vivant à Toulouse quelques soient leur lieu de vie (foyers, hébergement indigne, rue) et leur situation administrative et nécessitant des soins réguliers (malades chroniques) • Professionnels de santé intéressés exerçant à Toulouse : Médecins généralistes et autres spécialités, Infirmiers, Psychologues, sage-femmes, orthophonistes, podologues, orthoptistes, ophtalmologues, etc. • Travailleurs sociaux travaillant dans différentes structures (centres d'hébergement, accueil de jour, Maisons des Solidarités, ...) <p>Liste référencée CAPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adultes • Personnes en situation de précarité • Personnes migrantes • Professionnels de santé libéraux et hospitaliers • Professionnels médico-social
Dates du projet	2022-2024

Milieu d'intervention	<p>Hôpital</p> <p>Etablissements et services médico-sociaux</p> <p>Hébergement en structures sociales</p> <p>Cabinets médicaux (médecins généralistes)</p> <p>Maison des solidarités</p> <p>Centres de santé</p>
Région	Occitanie
Niveau géographique	Intercommunal
Principaux partenaires	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les services du CHU de Toulouse, incluant les assistant-e-s sociales • Les CH de Marchant et Joseph Ducuing • Les professionnel-le-s de santé libéraux du territoire (médecins généralistes, kinésithérapeute, Infirmières, dentiste, podologues, psychologues, etc.) • Les officines (pharmacies) • Le SI-SIAO du 31 • Médecins du Monde • Plateforme santé précarité • Coordination régionale des PASS et EMPP • Toutes les structures d'accueil de jour, accueil de nuit, hébergement, logement adapté • Le CCAS • Le DAC 31 • Les MSP du territoire • Les CPTS du territoire • Les URPS • La CPAM • Les cliniques privées • Les associations de lutte contre les violences • Le CIDFF • Les CSAPA et CAARUD
Objectifs	<p>Objectif principal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduire les inégalités sociales de santé, lutter contre l'exclusion et le non-recours aux soins en améliorant l'accès aux soins et en facilitant la mise en place de parcours de soins coordonnés et adaptés aux besoins de personnes en situation de précarité. <p>Objectifs spécifiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faciliter le repérage des personnes en situation de précarité en s'appuyant sur le maillage territorial existant, en proposant des consultations avancées sur certains lieux repérés • Fluidifier et coordonner les parcours de soins complexes à partir d'objectifs travaillés avec la personne concernée • Accompagner et outiller les professionnel-le-s de santé et du social de la métropole toulousaine pour une meilleure compréhension

des situations vécues par les personnes en situation de précarité et une meilleure prise en charge.

- Informer, diffuser les missions du dispositif auprès des partenaires

Stratégies mobilisées

Mission Appui aux professionnel-le-s : sensibilisation ciblée

- La création d'environnements favorables à l'accueil de patients en précarité en médecine de ville, lutter contre les discriminations subies.
- La réorientation des services de santé : offrir des services de soins de qualité, orienter les patients vers l'éducation pour la santé, favoriser la prévention, encourager et outiller les services de santé pour prendre en considération les besoins culturels des individus et des groupes dans leurs aspirations à une vie plus saine. Lever les freins à l'accès aux soins des personnes précaires.

Mission évaluation & accompagnement :

- L'acquisition d'aptitudes individuelles via la médiation en santé, l'accompagnement physique des patients vers la médecine de ville.

Mission participation à l'élaboration des politiques publiques territoriales en matière de santé précarité

- Participation aux réunions collectives de travail organisées par l'ARS et le DREETS pour co-construire les politiques locales de santé des plus précaires (PRS dont le [PRAPS](#), déclinaison régionale de la [Stratégie Nationale de Prévention et de Lutte Contre la Pauvreté...](#)).
- Travail de plaidoyer aux côtés de Médecins du Monde et d'autres associations du champ de la santé précarité : organisation d'une soirée d'échanges annuelle relative à la santé et l'accès aux soins des plus vulnérables (exemples : « Santé mentale & interprétariat » en 2023, « Accès à la santé des personnes trans exilées » en 2024)

Contributeur.trice

Marie Donius
Cheffe de projet, CHU Toulouse
Contact
[Site web de la structure](#)

Logo

Accompagnateur.trice

Laure Hatcher-Séguy
Coordinatrice Drapps, Promotion Santé Occitanie
lhatcher@promotion-sante-occitanie.org
[Site web de la structure](#)

Logo

Méthodologie

Fiche réalisée sur la base de trois entretiens de capitalisation conduits en 2023 et 2024, en présentiel.

Présentation de l'intervention

Présentation de la structure

Le dispositif e.CARE intervient dans le secteur de la santé précarité. Il est rattaché au Service de Médecine Sociale et Santé Sexuelle du CHU de Toulouse qui abrite également le Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), une Equipe Mobile Sociale et de Santé et 16 Lits halte soins santé (LHSS). Il opère également en étroite collaboration avec le service Post-Urgences Médicales (PUM). Au moment de la réalisation des entretiens, le dispositif e.CARE mobilise une équipe de 5 personnes. Une infirmière à temps plein dont la mission est d'appuyer les professionnels de santé libéraux, médico-sociaux et sociaux confrontés à la prise en charge de personnes atteintes de maladies chroniques et en situation de précarité. Une infirmière à temps plein sur le volet accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques dont les parcours sont complexes sur un plan médical comme social, qui est également impliquée dans des missions d'aller-vers dans les lieux d'accueil de jour. Deux postes de médecins à hauteur de 0.4 ETP pour participer réaliser des missions d'aller-vers, de repérage et d'évaluation des patients susceptibles d'intégrer le dispositif pour être accompagnés. Enfin, une cheffe de projet à temps plein complète l'équipe sur le volet coordination, planification et suivi budgétaire, constitution, consolidation et animation du réseau de professionnels santé et médico-social.

Émergence du projet et problématiques de départ

Le dispositif e.CARE s'inscrit dans une dynamique assez ancienne et ancrée à Toulouse de médecine sociale rattachée au CHU, comprenant différents services (PASS, CEGIDD, LHSS), une équipe mobile mêlant travailleurs sociaux, professionnels de santé et un service de médecine sociale. A côté de cet ancrage institutionnel, Toulouse est aussi marquée par un tissu associatif très actif, dense et ancien constitué autour des enjeux de santé précarité. Cet écosystème a constitué un terreau favorable à l'émergence d'e.CARE renforcé par des volontés personnelles de professionnels extrêmement sensibles aux enjeux de santé précarité et ayant développé une solide expertise sur ce sujet. Le dispositif a connu deux grandes étapes de développement correspondant à deux problématiques spécifiques et interreliées exposées ci-dessous. La première entre 2020 et 2021 et la seconde entre 2022 et 2023.

Ainsi la première mission du dispositif répond à une **problématique globale de continuité des trajectoires de soins des individus concernés par des situations de précarité et atteints de maladies chroniques. On observe chez ces patients des points de rupture de parcours de soins au moment des transitions entre médecine hospitalière et médecine de ville mais également des ruptures entre la prise en charge médicale et la prise en charge médico-sociale et sociale¹**. En effet, ceux-ci arrivent aux services des urgences ou de la PASS s'ils n'ont pas de droits ouverts, mais une fois leur passage par ces services terminés, la continuité et le suivi nécessaire en médecine de ville et la coordination avec le volet médico-sociale et social ne se fait pas

¹ Théo Reynaud, Stacy Geffroy. D'une PASS de ville aux soins primaires : expériences des patients pris en charge par le dispositif "PASS de Ville" de Médecins du Monde. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03591100

ou pas de façon optimale². Or, sans un parcours consolidé en médecine de ville et une stabilisation de leurs conditions sociales au quotidien, ces patients, nécessitant un suivi régulier et un contexte de vie à même de permettre ce suivi, n'ont d'autres choix que de revenir à la PASS ou aux urgences et voient leurs chances d'améliorer leur état diminuer.

Ces patients malades chroniques et en situation de précarité sont freinés dans leurs parcours de soins par un certain nombre de facteurs³ tels que la barrière linguistique, la problématique de la mobilité, l'absence de logements fixes et les déménagements fréquents d'un lieu d'hébergement à l'autre, des priorités immédiates peu compatibles avec les priorités de santé, de fortes contraintes économiques et sociales, un isolement social et familial, un faible niveau de littératie en santé... Celles-ci se retrouvent donc souvent aux urgences, n'ont souvent pas de droits à jour et, lorsqu'ils en ont, ont de grandes difficultés à s'inscrire dans un parcours de soins réguliers en médecine de ville et hospitalière et sont donc doublement pénalisés du fait de leurs situations sociale et médicale qui s'aggravent mutuellement. C'est donc d'abord à cette grande problématique de **rupture des parcours de soins et d'absence de continuité entre médecine hospitalière, médecine de ville et accompagnement médico-social et social**, que le projet e.CARE entendait répondre : **Comment fluidifier les parcours des personnes en situation de précarité et atteints de maladies chroniques afin que leurs états ne se détériorent pas rapidement et qu'ils deviennent acteurs de leur parcours de soin.** Cette première étape s'est concrétisée en 2020 grâce à une réponse à un appel à projet ARS dans le cadre du « Parcours Pertinence » portée par le CHU le service de médecine sociale et le service du PUM et qui a abouti à la création d'un poste d'infirmière à mi-temps en charge du **suivi et de l'accompagnement des parcours en ambulatoire des personnes incluses dans le dispositif** et la présence de deux médecins un jour par semaine sur des **missions d'aller vers et de repérage** au côté de l'infirmière.

En miroir de ces difficultés, les professionnels de santé et du médico-social devant prendre en charge ces personnes au fil de leur parcours de soins et de leur trajectoire institutionnelle, sont eux aussi confrontés à des freins rendant délicate cette prise en charge. En effet, le temps de consultations des professionnels libéraux n'est généralement pas suffisant pour traiter ces cas complexes, ils ne disposent pas non plus d'outils linguistiques fiables pouvant faciliter les échanges alors même que beaucoup de ces patients sont allophones, les parcours de soins sont éclatés et les personnes ont des difficultés à les restituer dans leur ensemble aux praticiens qui les reçoivent, les rendez-vous sont souvent non-honorés et ces praticiens sont souvent seuls et isolés pour partager leurs expériences et trouver des appuis et solutions. En outre, pour ces patients, les problématiques sociales et médicales sont étroitement imbriquées. Or, les professionnels de santé libéraux ou n'évoluant pas dans le milieu de la santé précarité, connaissent mal les possibilités d'orientation sur le volet social, indispensables à ces patients, tandis que, du côté des professionnels du social qui les accompagnent, c'est une méconnaissance des dispositifs et ressources du système de santé ainsi que des problématiques médicales, qui rend difficile un bon accompagnement. **La précarité est mal comprise du côté des professionnels de santé et la possibilité de prendre soin de soi correctement lorsqu'on est dans une situation de précarité est également mal appréhendée par les professionnels sociaux.** Cela représente un frein supplémentaire à la mise en place de parcours de santé efficaces pour les personnes concernées. Ainsi la deuxième problématique qui a été identifiée puis adressée par le dispositif était la suivante : **Quelle**

² J. Khouani, M. Jaillard, E. Launay, S. Del Duca, G. Guarinos, J. Borlot, P. Auquier, C. Tabélé, Évaluation d'un protocole d'orientation vers le droit commun parmi des patients ayant été suivis en permanence d'accès aux soins de santé suite à une hospitalisation, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 71, Issue 5, 2023, 102125, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762023007101>

³ de Goer, B. (2015). Accès aux soins : impairs et Pass. *Plein droit*, 106, 19-22. <https://doi.org/10.3917/pld.106.0019>

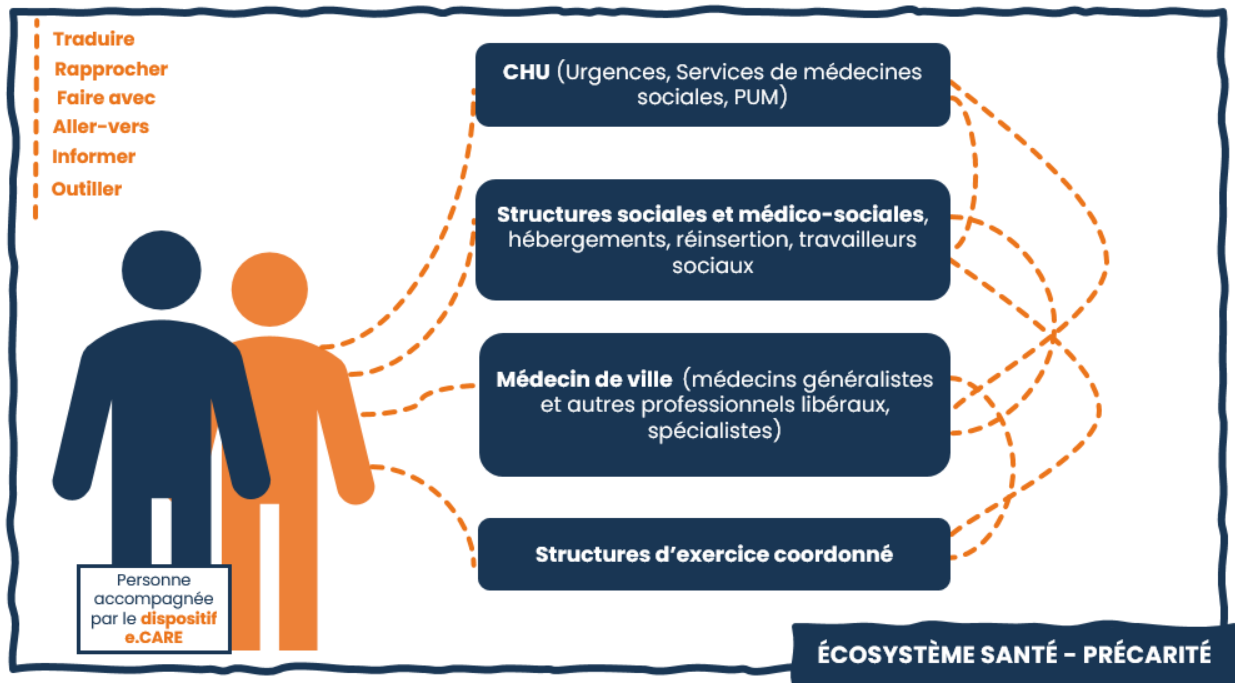
prise en charge des publics précaires dans la médecine de ville et plus largement par les professionnels de santé libéraux ? Qu'est-ce qui freine cette prise en charge et la rend difficile ? Qu'est-ce qui pourrait faciliter cette prise en charge aussi bien du point de vue logistique que du point de vue relationnel et éthique ?

L'association Médecins du Monde, très active à Toulouse s'était déjà saisie de cette problématique en 2018 en créant un réseau baptisé « réseau Remède » dont le but était de répertorier les professionnels de la médecine de ville et ambulatoire sensibilisés aux enjeux de santé précarité et prêts à recevoir des patients. Ce réseau avait également pour but de faire des actions de sensibilisation des professionnels aux enjeux de la précarité, de réaliser un travail de plaidoyer auprès des institutions en faveur d'une médecine « sociale » ambulatoire de qualité passant notamment par l'accès à l'interprétariat médico-social. Il existait également un groupe de travail rassemblant plusieurs professionnels du service de médecine sociale du CHU, quelques acteurs associatifs et institutionnels du secteur de la santé précarité dont Médecins du Monde et l'ARS. Au fil des échanges au sein de ce groupe de travail, l'idée a germé de **développer le dispositif e-Care en y intégrant ce réseau, en le consolidant et en renforçant sa coordination, ses actions de formations, de sensibilisation et d'aller-vers à destination du public de professionnels**. L'équipe du « Parcours Pertinence » a donc profité d'un autre AMI relatif à la lutte contre les inégalités sociales de santé ouvert par l'ARS Occitanie en 2021 pour élargir le dispositif à un **volet d'appui auprès des professionnels et de mise en réseau des différents partenaires impliqués dans les trajectoires de vie de ces personnes**.



« A partir du moment où les patients ont leurs droits, on les réoriente vers la médecine de ville et en fait le pont ne se faisait pas entre la PASS et la médecine de ville et il y en avait plein qui finalement revenaient à la PASS au bout d'un moment parce qu'ils n'avaient pas compris... Ou se retrouvaient aux urgences sur des décompensations de leur pathologie chronique qui auraient pu être bien contrôlées avec un suivi de ville. Donc il y a un chaînon manquant de coordination et de pont entre la ville, l'hôpital, les différents intervenants, déjà dans la santé et puis le lien avec le médicosocial effectivement. C'est un peu comme ça que s'est construit e.CARE, c'était vraiment l'image du pont »

Lisa Ouahnnon, médecin généraliste sur le dispositif



Objectifs

Les objectifs d'e.CARE sont donc les suivants :

Objectif principal :

- Réduire les inégalités sociales de santé, lutter contre l'exclusion et le non-recours aux soins en améliorant l'accès aux soins, en facilitant la mise en place de parcours de soins coordonnés et adaptés aux besoins de personnes en situation de précarité.

Objectifs spécifiques

- Faciliter le repérage des personnes en situation de précarité en s'appuyant sur le maillage territorial existant et en proposant des consultations avancées sur certains lieux repérés
- Fluidifier et coordonner les parcours de soins complexes à partir d'objectifs travaillés avec la personne concernée
- Accompagner et outiller les professionnel-le-s de santé et du social de la métropole toulousaine pour une meilleure compréhension des situations vécues par les personnes en situation de précarité et une meilleure prise en charge.
- Informer, diffuser les missions du dispositif auprès des partenaires

Calendrier

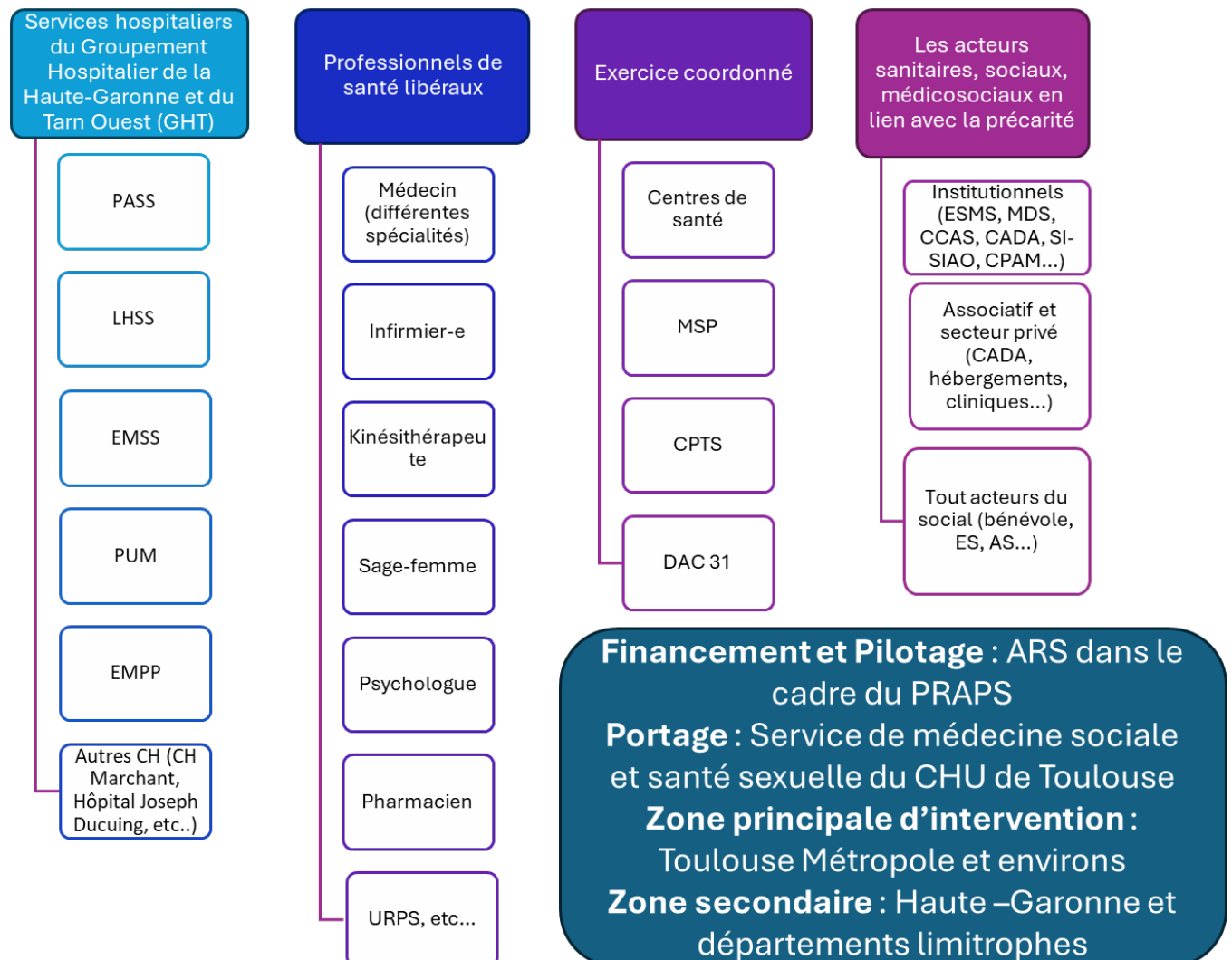
2020-2021

2022 - 2023

1^{er} volet e-CARE sur le repérage puis l'accompagnement des patients en situation de précarité et atteints d'une ou plusieurs pathologies chroniques financement ARS « Parcours pertinence »

2^{ème} volet e-CARE sur l'appui aux professionnels, la constitution et l'animation d'un réseau et la formation des différents partenaires et professionnels impliqués financement ARS « lutte contre les Inégalités sociales de santé »

Principaux acteurs et partenaires

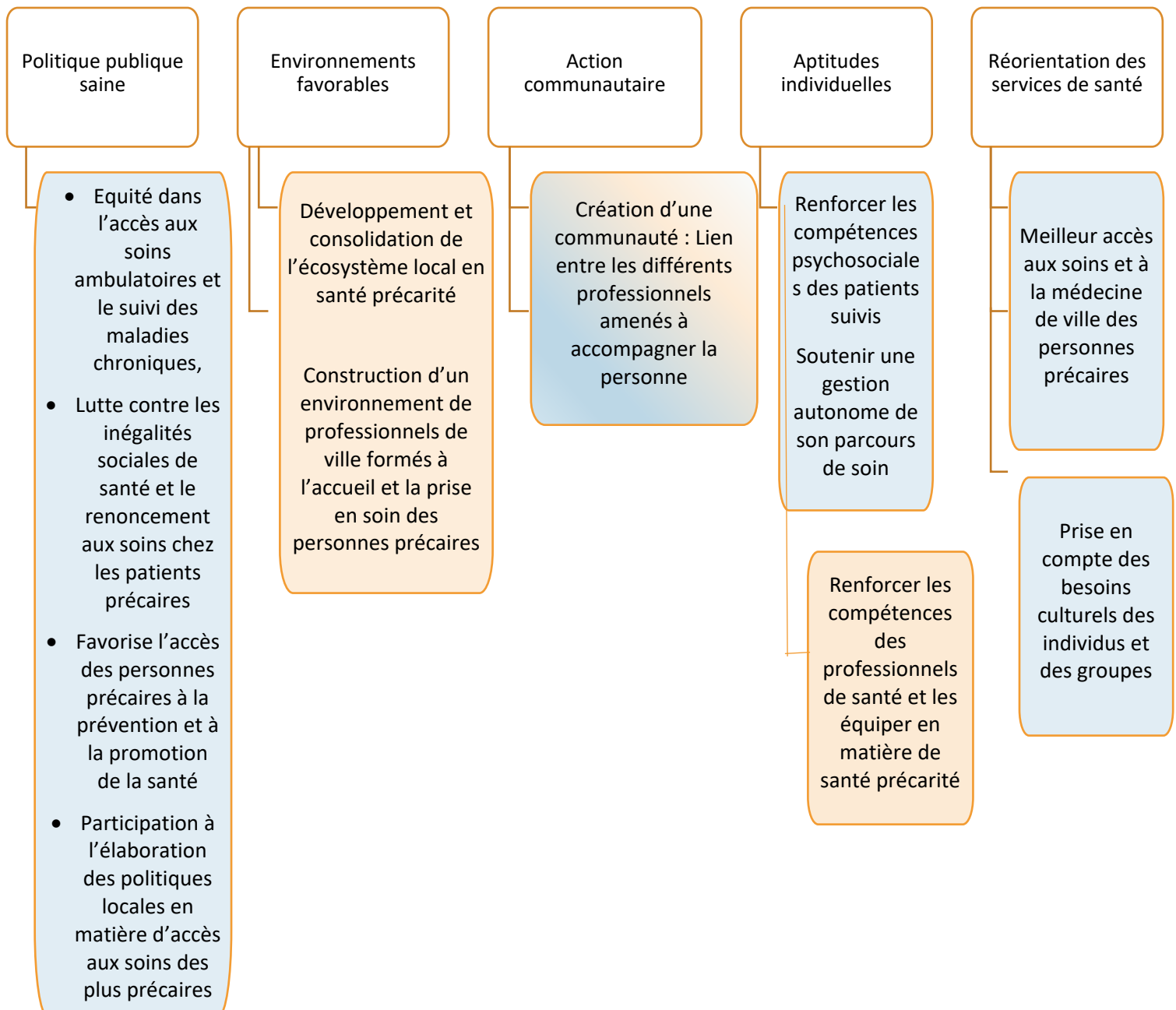


Modalités d'action au regard des cinq axes de la promotion de la santé définis par la charte d'Ottawa.

Légende des publics concernés par chacune des actions :

Professionnels de santé, du social et du médicosocial

Personnes en situation de précarité et malades chroniques



Principaux éléments saillants

Stratégies mises en œuvre

Plusieurs stratégies sont mobilisées dans e.CARE qui renvoient à différents concepts propres à la promotion de la santé. **Dans cette fiche de capitalisation nous allons nous intéresser principalement aux stratégies qui s'inscrivent dans le champ de la médiation en santé pour :**

- **Aller-vers les publics précaires et malades chroniques pour les accompagner et renforcer leur pouvoir d'agir (« faire avec »)**
- **Aller-vers les professionnels pour, les sensibiliser, les former et les outiller et faire « communauté » autour des enjeux de santé précarité**

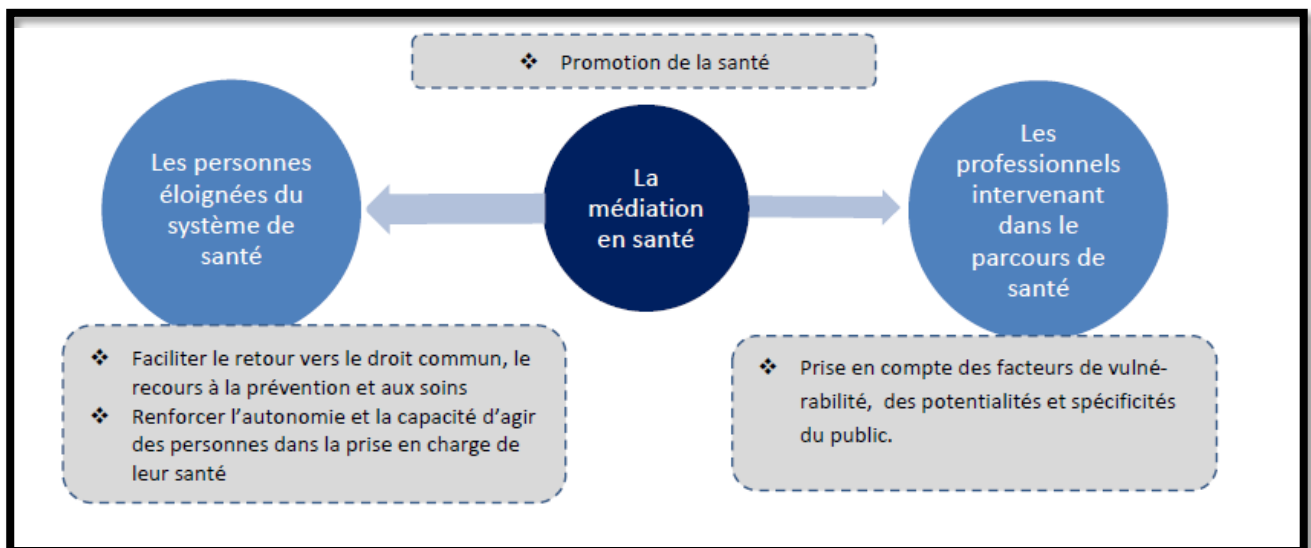


Figure 1. Les objectifs de la médiation en santé selon la Haute Autorité de Santé⁴

Cette stratégie d'aller-vers se fait via plusieurs types d'actions :

- **Aller à la rencontre et repérer les publics précaires pouvant être accompagnés :**

Les infirmières et médecins d'e-care exercent une mission de repérage qui peut être directe via les consultations avancées qui se déroulent « hors les murs », généralement dans des structures accueillant des publics en situation de précarité comme par exemple l'espace [la Casèla](#) situé à Toulouse gérée par le Secours Catholique qui accueillent, durant la journée, des femmes isolées, en situation d'errance ou mal-logées. En fonction des structures visitées, le profil des publics rencontré va varier. Ces consultations mobilisent en général une infirmière du dispositif et un médecin (ou l'infirmière seulement) et se tiennent en moyenne sur une demi-journée toutes les deux à trois semaines. Elles permettent de repérer, évaluer puis orienter les personnes exprimant un besoin en matière de santé ou de situation administrative (information sur ouverture des droits par exemple, orientation vers la PASS, recherche d'un médecin traitant, gestion d'une

⁴ Haute Autorité de Santé, *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins* Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques, octobre 2017

problématique médicale...). Dans certains cas, ces consultations avancées résultent de l'accompagnement des personnes via le dispositif et l'infirmière en charge des parcours patients. A chaque fois le volet social des situations des personnes rencontrées est abordé, considérant que c'est aspect constitue un apport indispensable sur le contexte de vie des personnes. Enfin, une des spécificités de ces consultations c'est qu'elles peuvent faire appel si nécessaire à l'interprétariat, ce qui est souvent le cas puisque les personnes rencontrées, puis éventuellement accompagnées sont très souvent migrantes et allophones. Ce travail de médiation est donc effectué en adoptant une posture résolument interculturelle⁵ dont l'interprétariat est un pilier essentiel et un élément central des stratégies d'aller-vers et d'accompagnement mobilisées (voir encadré page 16).

- **Faire avec les publics accompagnés et développer le pouvoir d'agir :**

Avant de démarrer, **l'accompagnement est précédé d'une évaluation approfondie qui intègre des aspects sociaux et médicaux de la personne qui va permettre de décider si, oui ou non, la personne peut intégrer le dispositif**. Cette évaluation est un moment très important mais également très délicat. Elle doit être menée en trouvant un juste équilibre entre exhaustivité, sensibilité et bienveillance. En effet, il ne s'agit ni d'un interrogatoire policier ou institutionnel, ni d'un questionnaire médical un peu « froid » et désinsularisé mais d'un temps d'échange qui vise à bien contextualiser la personne dans son parcours social et médical, avec délicatesse et exhaustivité.



« ça veut dire que la personne est actrice, elle est demandeuse qu'on l'aide, qu'on soit en appui, en soutien dans son parcours de soins, mais je ne ferais pas les choses à sa place »

Karine Champrobert, infirmière coordinatrice de parcours de soin.


« c'est-à-dire une personne ayant une pathologie chronique, en situation de précarité, qui a du mal à avoir un parcours de soins, qui est morcelé, voire pas de parcours de soins du tout, et qui... potentiellement est autonomisable, ça c'est quand même un critère important, mais qui a besoin de cette aide à un moment, de cette béquille pour voler ses propres ailes. À ce moment-là, on propose de faire une évaluation »

Lisa Ouahnnon, médecin généraliste sur le dispositif.

Un des critères d'inclusion fondamental pour intégrer le dispositif e.CARE est celui de la capacité à être autonome au terme de l'accompagnement. En effet, il est impératif que les personnes acquièrent au fil du parcours, une capacité d'autonomie suffisante qui leur permette de suivre et gérer au mieux leur état de santé. Pour cela, un des éléments cruciaux est la capacité à nouer et entretenir une relation efficiente avec son médecin traitant, relation qui constitue le socle d'un bon suivi des parcours patients atteints de maladies chroniques, indépendamment de leur situation de précarité. Le développement du pouvoir d'agir, mesuré pendant l'évaluation puis à la sortie du dispositif (cf : extrait de la grille d'évaluation « Pouvoir d'agir » ci-après) est donc un point essentiel de l'accompagnement.

⁵Santé Publique France, « Interculturalité, médiation, interprétariat et santé », LA SANTÉ EN ACTION – No 442 – Décembre 2017.

Grille « Pouvoir d'agir », score total entre 0 et 24



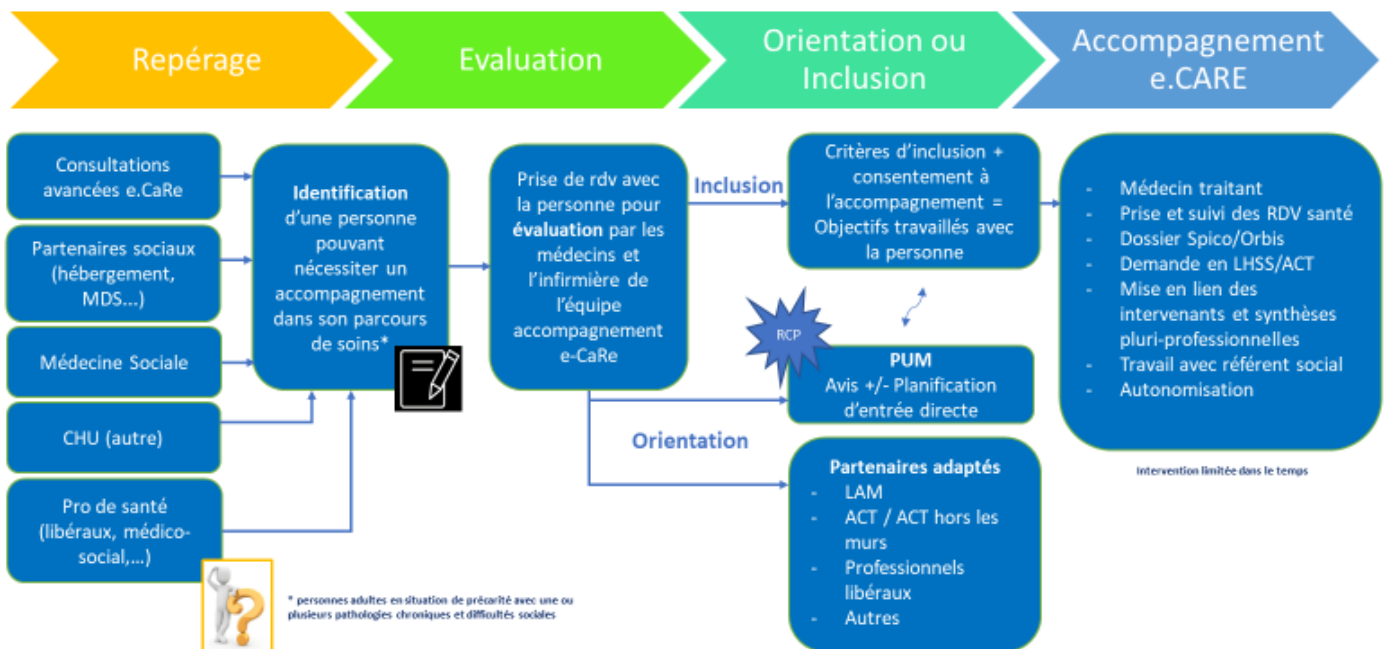
	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait
1. Je me sens bien <u>informé.e</u> sur mon état de santé.				
2. Je sais comment me rendre chez mon médecin traitant ou un autre médecin généraliste.				
3. Je sais prendre un rendez-vous chez mon médecin traitant ou un autre médecin généraliste.				
4. Je me sens capable de suivre les consignes que me donne le personnel soignant (infirmière, médecin, pharmacien, etc.)				
5. Je sais comment ouvrir ou renouveler mes droits à la santé.				
6. Je me sens bien <u>accueilli.e</u> par le médecin qui me reçoit en consultation.				
7. Ma santé est une de mes priorités				
8. Je sais comment renouveler mon traitement médical si besoin.				

Une fois cette évaluation effectuée et si la personne est incluse, **l'accompagnement peut prendre plusieurs formes et se décliner en plusieurs actions distinctes :**

- Centraliser les éléments médicaux du parcours de la personne (création de dossiers numériques Spico & Orbis, saisie des données au fil de l'eau...)
- Assurer le volet social en collaborant avec des structures et travailleurs sociaux pouvant l'accompagner (ouverture des droits, demandes d'hébergement, demandes en LHSS/ACT/LAM, consolidation de l'étayage social...)
- Retrouver un médecin traitant et des spécialistes.
- Accompagner les patients quelques mois à un an dans le parcours en soins ambulatoires (prise de rendez-vous, accompagnement physique pendant les consultations...)
- Mettre à disposition l'interprétariat si besoin
- Mise en lien des intervenants et synthèses pluri-professionnelles
- S'assurer que la personne sera à même de suivre seule son parcours en lui transmettant les compétences nécessaires ou, passer le relai du suivi en appuyant l'inscription de la personne dans divers dispositifs de droit commun permettant son accompagnement (dispositif en lien avec le handicap ou le grand-âge par exemple, éducation à la santé)

Cet accompagnement peut prendre plusieurs mois et ne dépasse pas une année sauf si l'objectif d'autonomie n'est pas tout à fait atteint. Il comprend des rencontres régulières pour faire le point, des accompagnements physiques, de multiples échanges avec les professionnels du cercle de soins et la prise de RDV médicaux. **Ces accompagnements sont souvent délicats à mener car les personnes en situation de précarité ont généralement des conditions d'existence instables, cumulent les fragilités** (barrière de la langue, absence de logement, problématiques psychiatriques, difficultés économiques, parcours éclatés, isolement social...), elles sont souvent méfiantes vis-à-vis des institutions y compris médicales et nécessitent un accompagnement adapté, rassurant et long dont les résultats peuvent parfois être difficiles à visibiliser et à quantifier. Il est donc essentiel de **fixer des objectifs réalistes et atteignables** (permettre l'accès aux droits, trouver un médecin traitant, consolider l'étiage social ...).

Parcours patient précaire Ville-Hôpital



-Aller à la rencontre et répondre aux sollicitations des professionnels : sensibiliser, former, outiller et faire communauté autour des enjeux de santé précarité

Le dispositif exerce également **des actions d'aller-vers, de sensibilisation et d'appui auprès des professionnels** pouvant accompagner ces publics sur les volets médical, social et médico-social.

L'action d'aller-vers s'adresse d'abord aux professionnels de santé libéraux puisqu'il s'agit de repérer ceux qui seraient susceptibles de prendre en charge des patients précaires atteints de maladies chroniques et disposés à utiliser des outils spécifiques permettant une prise en charge efficiente. Ce travail de démarchage passe par la présentation de deux services qui sont vraiment des accroches auxquelles les professionnels de santé libéraux ou salariés dans le cadre de l'exercice coordonné, sont sensibles : l'interprétariat d'une part et l'appui sur le volet social du patient et, dans une moindre mesure, l'appui à la coordination des parcours patients. **Ce travail se concrétise par la tenue à jour d'un annuaire sécurisé qui compte à ce jour 215 professionnels répertoriés sur la métropole toulousaine.** Une fois intégrés dans cet

annuaire les professionnels disposent d'un numéro direct pour contacter e.CARE en cas de besoin ainsi que d'un code qui leur permet d'accéder gratuitement et immédiatement à un service d'interprétariat médicosocial en présentiel ou distanciel. En contrepartie ces professionnels s'engagent à accueillir un nouveau patient par mois ou par trimestre. Ce nombre est important car ils visent à la fois à permettre d'accepter d'inclure de façon régulière des nouveaux patients sans pour autant « épuiser » les professionnels de santé qui doivent fournir des efforts supplémentaires pour suivre ce type de patients.

Les professionnels de santé libéraux intégrés au répertoire ou les professionnels de santé libéraux et travailleurs sociaux qui connaissent le dispositif peuvent donc **contacter directement e.CARE et l'infirmière qui intervient sur l'appui aux professionnels, via une plateforme téléphonique dédiée, lorsqu'ils sont confrontés à une situation qu'ils jugent complexe afin d'avoir des conseils, ressources pour accompagner au mieux les personnes**. Pour les professionnels de santé, cela peut donc passer par la mise en place de l'interprétariat de façon rapide, le point sur les droits, l'identification de la situation médicale et sociale du patient en consultant notamment deux logiciels qui sont ORBIS, pour tout ce qui va concerner le parcours hospitalier au sein du CHU et SPICO, qui va intégrer en plus les volets ambulatoires et sociaux, le contact avec le travailleur social s'il y en a un et éventuellement la structure d'accueil de la personne. Pour les professionnels sociaux cet appui va consister à identifier un médecin -ou un spécialiste, préciser des aspects sur le suivi thérapeutique, le traitement, les soins nécessaires... Cet accompagnement au-delà des ressources concrètes est aussi source de ré-assurance pour les professionnels et permet parfois un temps d'échange bienvenu autour de leurs pratiques et de leur posture professionnelle.

L'infirmière en charge du volet accompagnement des professionnels peut aussi être amenée à faire un **travail de coordination des parcours complexes** qui ressemble à ce qui peut être fait dans le cadre d'un dispositif d'appui à la coordination en organisant notamment des réunions pluriprofessionnelles impliquant les professionnels sociaux, médico-sociaux et de santé qui suivent un patient. Elle peut aussi être invitée à ce type de réunion organisée par un autre partenaire et intervenir au titre de sa connaissance fine des situations personnelles où précarité et maladies chroniques se conjuguent.

L'importance d'outiller les professionnels :

SPICO pour outiller les professionnels de santé et du social confrontés à la coordination des parcours santé précarité complexes





Un accès facilité et gratuit à l'interprétariat professionnel par téléphone

- Financement assuré dans le cadre du dispositif (250h/an)
- Accessible à tous professionnels en faisant la demande
- Interprètes professionnels salariés par COFRIMI, formés par COFRIMI et le CHU de Toulouse
- Interprètes professionnels de l'ISM pour les langues rares, non couvertes par COFRIMI
- 45 langues disponibles
- Accessibilité immédiate par téléphone via un code adhérent ou en présentiel si prévu en amont
- Interprétariat en Langue des Signes Française, en présentiel, via la SCOP Toulousaine INTERPRETIS



-Sensibiliser et consolider l'écosystème local en santé précarité

Une autre mission que l'on retrouve dans le dispositif et qui recoupe ce qui vient d'être précédemment explicité est celle de la sensibilisation et de la participation à la **consolidation d'un écosystème pluriprofessionnel, associatif et institutionnel autour des enjeux de précarité et d'accès à des soins hospitaliers et de ville de qualité pour tous et toutes**. Ce travail est effectué de façon diffuse par l'ensemble des professionnelles qui travaillent au sein du dispositif, au gré de leurs échanges avec d'autres professionnels et comme on l'a vu, via du démarchage plus spécifique. Mais il est également effectué par la coordinatrice du dispositif qui, à côté de son travail essentiel de développement et de suivi de l'évaluation, assure aussi l'organisation et la mise en œuvre de missions de formation et de sensibilisation.

Cette mission exercée en collaboration avec ses autres collègues passe par :

- Des interventions fréquentes au sein des parcours de formations initiales et continues pour sensibiliser les futur-es professionnel·les à mieux accompagner les personnes en situation de précarité :
 - Master 2 « Ethique du soin et recherche », faculté de philosophie
 - DU Santé Solidarité Précarité, Faculté de Médecine de Montpellier, « Pathologies en lien avec la vulnérabilité et renoncement aux soins »
 - 2^{ème} année de Médecine à Toulouse : enseignement sur les Inégalités sociales de santé et la Précarité

- Internes de Médecine Générale : enseignement sur les Inégalités en Santé
 - Master 2 Santé Publique, Faculté de Médecine de Toulouse, Master « Coordonnateur du parcours de soins »
 - Master 2 Santé Publique, Faculté de Médecine de Toulouse, Gestion des Institutions et Services de Santé (GISS), « Organisation des soins pour les personnes en situation de précarité »
- Des temps de conférences en présentiel et en ligne (accessible en replay) « les formations flash » sur des thématiques en lien avec la santé précarité auprès de l'ensemble des professionnels de santé et du social concernés (CHU, autres hôpitaux, cliniques, professionnels libéraux et salariés de l'exercice coordonné, travailleurs sociaux...) ;
 - Des temps d'interconnaissance qui consistent à rencontrer d'autres structures et échanger sur les missions de chacun mais également des partenaires institutionnels ;
 - L'organisation d'une soirée d'échanges aux cotés de Médecins du monde Midi-Pyrénées sur l'accès aux soins des plus vulnérables ;
 - La production de [fiches pratiques](#) et de [dossiers ressources](#) thématiques ;
 - Une infolettre Santé-Précarité mensuelle recensant :
 - Les actualités santé-précarité ;
 - les ressources scientifiques et données probantes ;
 - les derniers outils, fiches pratiques et recommandations de la HAS ;
 - les podcasts, courts-métrages et longs-métrages à visionner ;
 - les formations locales en matière de Santé-précarité ;
 - les événements (JER, colloques scientifiques, etc) ;
 - Les appels à projets, à contribution, à manifestation d'intérêt publiés sur la thématique.

Compétences mobilisées

Ci-dessous, les principales compétences que l'on retrouve dans l'équipe e.CARE :

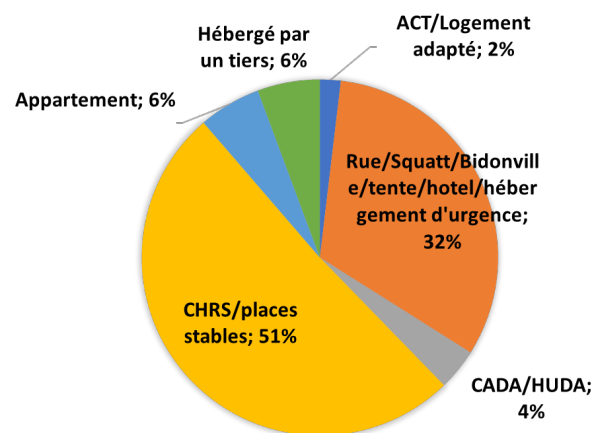
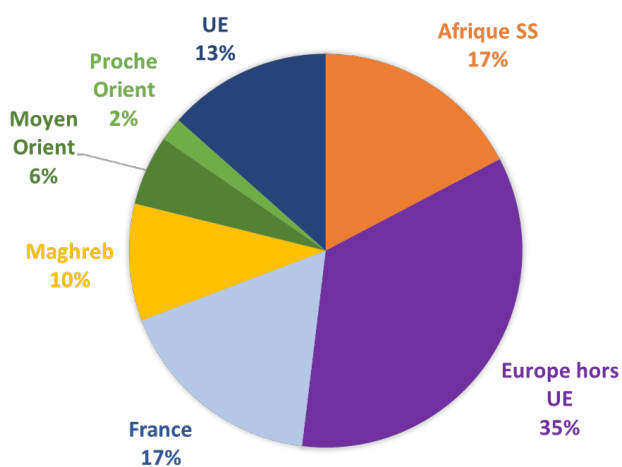
- Avoir des compétences médicales (médecine et sciences infirmières)
- Connaître les pathologies chroniques dont peuvent être atteints les publics accompagnés par e.CARE
- Connaître le fonctionnement de la médecine de ville, des soins ambulatoires et de l'exercice coordonné
- Connaître le fonctionnement du milieu hospitalier et en particulier du CHU et de la médecine sociale
- Connaître le fonctionnement des structures médico-sociales et sociales qui accueillent et accompagnent les publics précaires
- Connaître les spécificités des situations vécues par les publics précaires, en particulier des personnes migrantes et savoir s'adapter à leurs besoins

- Savoir traduire et expliciter ces spécificités (précarité, maladies chroniques) auprès des professionnels qui accompagnent les publics sur le volet médical, social ou médicosocial
- Connaître les approches culturelles en santé
- Connaître les modalités d'accès au droit commun, aux droits sociaux et aux demandes d'asile
- Savoir animer et consolider un réseau pluriprofessionnel
- Avoir des compétences en gestion et évaluation de projet et en planification et suivi budgétaire

Résultats observés

Entre 2020 et 2024, 1 060 sollicitations ont été traitées dont un tiers émanant de la médecine de ville, 300 consultations « hors les murs » ont été menées dans 2 lieux d'accueil de jour, 120 personnes ont été incluses dans la mission accompagnement et ont pu accéder à un médecin traitant. Un annuaire sécurisé de 215 professionnels de santé libéraux adhérents a été constitué, près de 2 000 professionnels ont été formés et un réseau de 3 100 acteurs reçoit mensuellement une boîte à outil santé-précarité via la newsletter : ressources scientifiques, guides, fiches pratiques, dossiers ressources, événements, appels à projets, podcasts, documentaires, formations flash, interconnaissances et replay

68 % d'hommes et 48, 5 ans d'âge moyen dont :



Afin d'évaluer plus précisément les effets du dispositif deux études d'impact sont en cours. L'une plutôt quantitatives et basées sur le nombre de passages aux urgences, le caractère justifié/injustifié selon le jugement clinique de ces passages aux urgences et le score de tri IAO, des personnes suivies et ce, avant, pendant et après l'entrée dans le dispositif. Et une autre analyse plus qualitative basée sur des entretiens biographiques réalisés auprès des personnes suivies.



Thèmes abordés lors des entretiens biographiques semi-directifs :

Décrire à quel moment du parcours de vie e. CARE est intervenu ?

Quels sont les apports du dispositif sur le parcours de soin ?

...Sur la connaissance de la maladie/des pathologies ?

...Sur l'accès aux professionnels de santé ?

...Sur l'accès à une information en santé de qualité ?

Description subjective de l'accompagnement ? Laisser un espace de parole, d'expression au patient pour recueillir son point de vue

Freins et leviers



- Préexistence d'un engagement bénévole et professionnel dans le secteur de la santé précarité, le tissu associatif et institutionnel local des professionnelles travaillant dans le dispositif.
- Connaissance fine des professionnelles et en particulier des deux infirmières formées aux droits à la santé et au droit d'asile
- L'existence d'un poste de coordination dédié
- Le rattachement au service de médecine sociale du CHU pour les compétences en santé-précarité et l'accès au logiciel ORBIS
- La prise en charge de l'interprétariat professionnel, accessible facilement et rapidement, objet d'un financement spécifique
- La réalisation d'une thèse de médecine visant à améliorer la grille d'évaluation
- La formation gratuite auprès des professionnels et la diversité des outils proposés
- L'intervention de l'équipe e.CARE au sein des formations initiales et continues des futurs professionnels de santé et référents sociaux



- Spécificité de l'accompagnement public précaire : long, difficilement quantifiable, peu visible / spectaculaire
- Absence d'un référent travailleur social dans le dispositif et en particulier quand il n'y a pas de suivi social bien établi du côté des personnes accompagnées, notamment quand elles sont en logement diffus.
- L'accès au rendez-vous médicaux qui reste difficile pour les personnes allophones même après l'accompagnement e-Care car il y a de moins en moins de secrétaire et que la littératie numérique est de plus en plus incontournable et n'ai pas adaptée aux personnes allophones
- Le recours à SPICO encore limité des professionnels de santé et du social

Principaux enseignements



- Le dispositif participe à créer un écosystème autour des enjeux de santé précarité en construisant des ponts entre :
 - CHU, médecine de ville, exercice coordonné et travailleurs sociaux
 - Professionnels de santé libéraux ou salariés de l'exercice coordonné, travailleurs ou bénévoles du secteur social et patients précaires
- Ces ponts passent par un travail de médiation et de traduction qui recouvre plusieurs significations : traduire au sens d'interprétariat, « traduire » les situations de précarité auprès des professionnels de santé, « traduire » les situations de maladies chroniques et précarité auprès des travailleurs sociaux, « traduire » la médecine de ville auprès des professionnels du CHU et inversement, « traduire » les cultures institutionnelles médicales et sociales auprès des personnes accompagnées.
- Pour effectuer ce travail de médiation et de traduction les professionnelles de santé du dispositif ont toutes une connaissance fine des mécanismes des inégalités sociales de santé, de la précarité et de la migration (connaissance du secteur social, des parcours, des aspects juridiques et institutionnels des situations de précarité et de migration, du tissu institutionnel et associatif local...)
- e.CARE s'appuie sur le cadre d'action de la médiation en santé : Aller vers, faire avec, sensibiliser, équiper et faire communauté
- L'accompagnement des personnes passe nécessairement par le développement de leur pouvoir d'agir en particulier pour assurer un suivi avec les professionnels concernés de leurs pathologies chroniques
- Une grande majorité des personnes accompagnées sont migrantes et allophones. Le dispositif intègre cet aspect en prônant une approche interculturelle du soin et de la promotion de la santé en consacrant une partie de son budget à un service d'interprétariat professionnel facilement accessible et gratuit.
- Le dispositif se distingue d'un DAC car les dimensions de la précarité et de la migration y occupent une place centrale, il se distingue également de l'équipe mobile santé précarité existante car il accompagne des personnes en situation de précarité mais à même d'être autonome (à la différence des personnes en situation de grande précarité plutôt suivies par l'EMSS)
- Il est essentiel d'outiller et de former les professionnels, de leur proposer des outils pratiques pour se coordonner plus facilement (SPICO) et communiquer de façon plus efficiente avec leurs patients (interprétariat)

Conseils et outils pour s'inspirer de ou transposer ce dispositif



- Portage par **une structure de soins** : inscrire le dispositif dans la complémentarité avec les services existants (PASS, équipe mobile, post-urgence, etc.)
- Travailler avec **le service Interprétariat** de la structure
- « **Aller vers** » : mettre en place des consultations avancées « hors les murs » pour repérer patients précaires
- Annuaire de Professionnels de santé **sécurisé**
- Pour éviter épuisement des PSL : 1 sollicitation/mois max
- **Proposer une contrepartie** : interprétariat, formations, interconnaissances, boîte à outils, soutien téléphonique, interventions
- **Travailler « main dans la main » avec les partenaires** : les acteurs de la santé-précarité, les acteurs du soin, les travailleurs sociaux, les acteurs de la coordination de parcours complexe

Grille PROSIRIS (PROmotion de la Santé et Items pour la Réduction des Inégalités sociales et territoriales de Santé) pour accompagner les projets de santé.



Destinataires :

Acteurs et actrices des domaines sanitaire, éducatif, social, médico-social, culturel, de l'environnement, du travail, du logement... Institutionnels ou associatifs.

Quand et comment l'utiliser ?

En amont, au cours et en aval du projet.

Utilisée dans la phase d'élaboration : => guidera les porteurs et porteuses sur l'intégration de la question des ISTS dans la construction du projet.

Pendant la mise en œuvre : => s'interroger sur les réorientations à effectuer et les éléments à travailler prioritairement afin d'inscrire le projet dans une démarche de réduction des ISTS.

En aval : => favorisera la réflexion sur les perspectives d'évolution des projets à mettre en œuvre ultérieurement, de façon qu'ils puissent contribuer à la réduction des ISTS.

Pour aller plus loin

- Théo Reynaud, Stacy Geffroy. D'une PASS de ville aux soins primaires : expériences des patients pris en charge par le dispositif "PASS de Ville" de Médecins du Monde. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03591100>
- J. Khouani, M. Jaillard, E. Launay, S. Del Duca, G. Guarinos, J. Borlot, P. Auquier, C. Tabélé, Évaluation d'un protocole d'orientation vers le droit commun parmi des patients ayant été suivis en permanence d'accès aux soins de santé suite à une hospitalisation, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 71, Issue 5, 2023, 102125, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762023007101>
- Santé Publique France, « Interculturalité, médiation, interprétariat et santé », LA SANTÉ EN ACTION – No 442 – Décembre 2017. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-decembre-2017-n-442-interculturalite-mediation-interpretariat-et-sante>
- Haute Autorité de Santé, La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques, octobre 2017 https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins
- de Goer, B. (2015). Accès aux soins : impairs et Pass. Plein droit, 106, 19-22. <https://www.cairn.info/revue-plein-droit-2015-3-page-19.htm>
- Drapps Occitanie, « e.CARE : dispositif d'appui, d'accompagnement et de coordination de parcours de soins complexes pour les patients en situation de précarité », Les Matinales du Drapps, 23 novembre 2023. <https://promotion-sante-occitanie.org/drapps/le-drapps/productions/replays-videos/matinale-ecare-parcours-soins-complexes-precarite/>

Contacts

- Laure Hatcher-Séguy, coordinatrice du Drapps, Promotion santé Occitanie
- Marie Donius, coordinatrice e-Care, CHU Toulouse

La réalisation de cette fiche s'est appuyée sur la méthode de capitalisation des expériences en promotion de la santé définie dans le cadre de la **démarche CAPS**.

La démarche CAPS de **Capitalisation des expériences en promotion de la santé**, menée depuis 2017 par un Groupe de travail national Capitalisation coordonné par la Fnes et la SFSP, s'inscrit dans l'initiative nationale InSPIRe- ID, dont l'objectif est d'élaborer un dispositif national de partage de connaissances en santé publique.

L'objectif de la démarche CAPS est de repérer des projets riches en enseignements et d'organiser leur capitalisation, d'appuyer les accompagnateurs et les porteurs d'action impliqués et d'alimenter le [portail CAPS](#) qui accueille les connaissances issues de l'expérience.

Afin de diffuser la démarche de capitalisation, le Groupe de travail national Capitalisation a élaboré un guide conceptuel et un cahier pratique et développé, en lien avec l'EHESP, une offre de formation à destination des accompagnateurs de capitalisation. L'ensemble de ces éléments se retrouvent sur le portail CAPS.

Le déploiement de la capitalisation des expériences en promotion de la santé est mené avec le soutien de la Direction générale de la santé et de Santé publique France.