

Actes
de la journée régionale
**« L'accès aux soins des personnes les plus
démunies en PACA »**

12 juin 2014

Centre « Le Mistral » Marseille

**organisée par
L'Agence Régionale de Santé PACA**

**Secrétariat :
Docteur Gérard Coruble et Madame Nicole Miroglio
Mission Recherche et développement en santé publique**

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Table des matières

Ouverture de la journée : Mme Brigitte Moissonnier, Directrice adjointe de la Direction de la Santé Publique et Environnementale ARS PACA	p. 4
L'exercice de la mission PASS à l'aune des logiques médicales, sociales, financières, administratives et institutionnelles	p. 6
Modérateur : Pr Roland Sambuc, chef du pôle de Santé Publique de l'AP-HM	
Les PASS : un observatoire des limites du système de santé <i>Dr Claire Georges Présidente du collectif national des PASS</i>	p. 6
Les PASS en PACA, résultats de l'enquête effectuée en juillet-août 2013 : <i>Dr Gérard Coruble, Pilote du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins, Direction de la santé publique et environnementale, ARS PACA</i>	p. 15
Organiser et mettre en œuvre les missions de la PASS : Expériences des PASS du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis : <i>Mme Sylvie Brout cadre socio-éducatif</i> et du CHU de Nice : <i>Dr Pierre-Marie Tardieux</i> . Expériences et spécificités de la PASS en milieu psychiatrique du Centre Hospitalier Edouard Toulouse : <i>Dr Ségolène Ernst</i>	p. 19
CMUC, ACS, AME, quelles collaborations développer avec l'Assurance- Maladie : l'exemple de la CPAM des Bouches du Rhône : <i>Matthieu le Gouic Sous-Directeur Optimisation et prospective, CPAM des Bouches du Rhône</i>	p. 30
Harmoniser le recueil des données des PASS en PACA : premiers travaux de la PASS régionale de référence : <i>Mme Murielle Schwartz (AP-HM), Dr Valérie Pierrot-Gumbs (CHU Nice) coordinatrices de la PASS régionale de référence</i>	p. 34
L'accès aux soins des personnes sans abri	p. 35
Modérateur : Dr Didier Febvrel, Service Sante Publique et Personnes handicapées - Ville de Marseille	
Modalités et contraintes des recours aux soins pour les personnes sans abri à Marseille. Résultats d'une recherche conduite auprès de 130 personnes fréquentant accueil de jour et centres d'hébergement d'urgence. <i>Cyril Farnarier, socio-anthropologue, chercheur correspondant au Centre Norbert Elias (UMR 8562) et chercheur associé CNRS UMI 3189</i>	p. 35
Aller vers les personnes sans abri et favoriser l'accès aux soins et la continuité des soins - Présentation et échanges autour de l'expérience de plusieurs dispositifs :	p. 44
<ul style="list-style-type: none"> • Inter Secours Nice : Marie-Louise Fenart, • FNARS – projet "Accès aux soins des personnes sans abri" (ASSAb - Marseille) : <i>Noura Payan</i> • Equipe Mobile Santé Mentale Précarité du Centre Hospitalier Montperrin : <i>Dr Florence Pesce</i> • L'accès aux soins des populations vivant en Bidonville : enjeux de la médiation sanitaire <i>Mme Haezebrouck Mission bidonville Médecins du Monde</i> et <i>Dr Rémi Laporte Consultation Santé Enfant Environnement de l'hôpital Nord (APHM)</i> 	
L'alcool une barrière pour qui ? <i>Eric Kérimel Directeur et Mme Emmanuelle Latourte, Educatrice Spécialisée - Habitat Alternatif Social</i>	p. 51
Conclusion de la journée	p. 57
Annexe : Liste des participants	p. 58

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Ouverture de la journée par Mme Brigitte Moissonnier, Directrice adjointe de la Direction de la Santé Publique et Environnementale ARS PACA

Cette journée s'inscrit explicitement dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les personnes les plus démunies et en particulier dans son objectif 3 qui vise à sensibiliser et former les professionnels intervenant auprès de ce public. Elle s'inscrit aussi dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé qui ambitionne de réduire les difficultés d'accès aux soins et plus particulièrement les renoncements aux soins pour raisons financières et du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de janvier 2013 qui préconise notamment de développer les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (Les PASS).

La question de l'accès aux soins des personnes les plus démunies doit être considérée dans l'ensemble plus large des inégalités sociales de santé. Celles-ci renvoient aux différences d'état de santé observées entre les différents groupes sociaux et qui suivent la hiérarchie sociale. Les ISS concernent tout l'ensemble de la population, selon un gradient social et pas seulement les populations démunies. Elles sont le fruit d'un ensemble de déterminants sociaux et économiques très intriqués qui relèvent d'autres politiques que la seule politique de santé et appellent une mobilisation de tous les acteurs et décideurs publics.

Il est ainsi nécessaire:

- d'une part de mener des politiques de prévention, de promotion de la santé et d'accès aux soins qui bénéficient à l'ensemble de la population et des territoires et dont font partie les populations en difficultés afin de réduire les gradients d'inégalités ;
- d'autre part de travailler plus spécifiquement pour les populations les plus vulnérables avec un double objectif :
 - leur permettre d'accéder aux dispositifs de droit commun, en articulant l'intervention de l'ensemble des acteurs concernés,
 - mettre en place des actions spécifiques visant les populations les plus démunies qui sont confrontées à de très lourdes difficultés (difficultés financières, isolement social voire désocialisation, renoncement aux soins, manque d'information ...) ; c'est là l'objet principal du PRAPS.

C'est ainsi que nous avons conçu cette journée autour de deux temps bien distincts ; avec d'abord **une demi-journée consacrée aux PASS** qui occupent une place majeure dans l'ensemble des dispositifs visant à améliorer l'accès aux soins du fait du rôle qu'elles peuvent jouer dans un parcours de soins : accès aux droits, accès à une consultation médicale, des soins infirmiers, délivrance de médicaments, accompagnements, accès à l'offre de droit commun dans le but d'assurer la continuité des soins. Nous verrons que les PASS sont aussi un dispositif de veille privilégié sur les besoins des patients, mais aussi, grâce à l'intervention de Mme le Dr Claire Georges, qu'elles nous permettent d'appréhender certaines limites de notre système de santé.

Les PASS répondent à des organisations très diverses, comme nous le verrons au travers des résultats régionaux de l'enquête 2013, et ces organisations seront illustrées par trois interventions portant sur les PASS du CH intercommunal d'Aix en Provence – Pertuis, du CHU de Nice et de la PASS en milieu psychiatrique du CH Edouard Toulouse.

La collaboration des PASS avec l'Assurance-maladie est d'une importance majeure, puisque la première étape pour l'inscription dans un parcours de soins est l'ouverture des droits à une couverture sociale. Nous verrons avec l'intervention de M. Le Gouic, que des collaborations sont possibles entre les PASS et l'Assurance-Maladie pour améliorer ce processus.

Enfin, une présentation des premiers travaux de la PASS régionale clôturera la matinée.

L'après-midi sera consacrée au **problème spécifique de l'accès aux soins des personnes sans abri**. Cette question a fait l'objet de plusieurs recherches-actions financées dans le cadre de l'appel à projets « actions innovantes » qui est géré par la Mission recherche et développement en santé publique à l'ARS. Il nous a ainsi paru intéressant de mettre en perspective les résultats des travaux socio-anthropologique conduits à Marseille auprès de 130 personnes fréquentant accueils de jour et centres d'hébergement d'urgence avec les actions mises en œuvre par différents dispositifs associatifs ou hospitaliers. On peut rappeler ici qu'une étude conduite au cours de l'année 2011 par l'équipe du Pr Roland Sambuc dans le cadre du projet « ASSAb » estimait à 12 648 personnes, dont

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

580 mineurs, le nombre de personnes s'étant retrouvées à un moment donné dans la situation d'être « sans abri » à Marseille pendant l'année 2011, en ayant recours à une structure d'accueil à bas seuil d'exigence pour personnes sans abri.

Enfin, avant de conclure cette journée, un temps spécifique sera consacré à la question de l'usage d'alcool par les personnes sans abri, qui constitue, pour reprendre les termes d'Habitat Alternatif Social, une sorte « d'impensé » théorique et de « déterminant comportemental » non pris en charge et aux conséquences de cet usage, notamment en terme d'accès à l'hébergement.

Cette journée qui constitue une première dans notre région a connu un succès qui a dépassé largement nos prévisions, ce qui nous a conduits à refuser une soixantaine de demandes d'inscription. Nous en sommes profondément désolés et en tiendrons évidemment compte dans l'avenir si une seconde journée sur ce thème devait être organisée.

Des remerciements sont à adresser à Mme Schwartz et aux Drs Grassineau, Pierrot-Gumbs et Tardieux qui nous ont aidés à bâtir le programme de ce matin sur les PASS, de même qu'à Mme Nicole Miroglio et au Dr Gérard Coruble pour la gestion de l'organisation de cette journée.

* * *


L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Les PASS : un observatoire des limites du système de santé

Dr Claire Georges-Tarragano Présidente du collectif national des PASS

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

- Les PASS: des dispositifs médico-sociaux ambulatoires permettant un accès aux soins aux patients démunis
- A l'origine des PASS, les consultations d'accès aux soins aux démunis:
 - Saint-Antoine en 1992
 - Saint-Louis en 1993 (consultation Verlainne)
- 2 modèles: transversale, dédiée
- 1998: création des PASS (loi du 29 juillet relative à la lutte contre l'exclusion)
- 430 en France



www.collectifpass.org

Comment les observations faites dans les PASS notamment l'accès des personnes en précarité permettent-elles une réflexion sur le fonctionnement du système de santé et ses limites ?

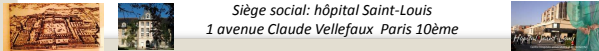
Comment les PASS peuvent-elles éclairer sur des améliorations potentielles à amener et constituer un modèle d'organisation des soins à étendre ?

Les PASS restent méconnues. De nombreux modèles de fonctionnement existent : schématiquement peuvent être distinguées les PASS transversales avec une AS intervenant dans tout l'hôpital et les PASS dédiées avec une unité de lieu et une équipe pluriprofessionnelle, médecin, AS, idéalement IDE voire d'autres professionnels.

L'association collectif PASS

- Constitution à l'occasion du 1^{er} colloque national des PASS en 2011 (parution JO 12/2/11)
- Objectifs:
 - Favoriser les échanges et la coordination des acteurs des PASS.
 - Développer des partenariats
 - Valoriser l'activité des PASS
 - Promouvoir le dispositif des PASS au sein du système de soins et auprès des décideurs en santé
 - Soutenir toutes les actions d'enseignement et de recherche
- Site internet: www.collectifpass.org

Siège social: hôpital Saint-Louis
1 avenue Claude Vellefaux Paris 10^{ème}

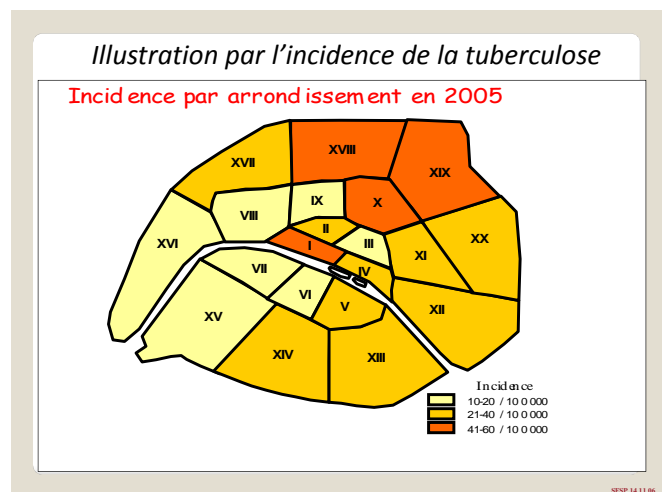


Le Collectif des PASS vise à mieux faire connaître ce dispositif dans le système des soins, tant en intra qu'en extrahospitalier.

L'hôpital Saint-Louis entre techno-science et proximité: la consultation Verlainne au cœur de ces tensions

- Tradition d'hospitalité
- Un centre d'excellence et de haute technologie (hématologie-cancérologie)
- Un hôpital de proximité situé dans une zone de Paris défavorisée avec une forte population immigrée

➔ La PASS= un observatoire de problématiques émergentes

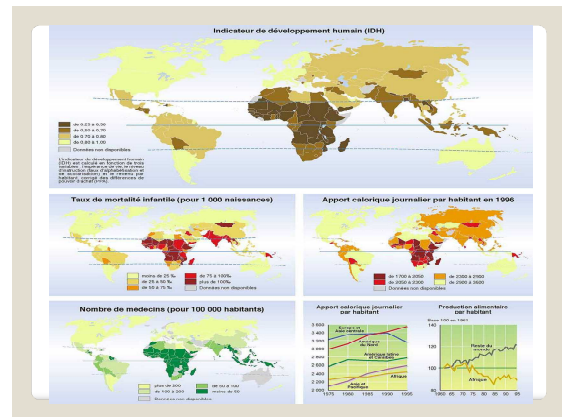



L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

La consultation Verlaine: une activité croissante, des populations variées, des cas complexes...

- 5000 consultations/an dont 2/3 sans couverture sociale
- Des pathologies lourdes et complexes
 - Hémato, cancéro
 - Hépatites, VIH
 - Diabètes compliqués
 - Insuffisances rénales

1999-2009:
10000 patients - 93 nationalités



La consultation Verlaine est dans un hôpital de pointe en cancérologie, mais située dans une zone assez défavorisée dans Paris, où il joue aussi un rôle de proximité avec une forte population immigrée. C'est dans cette zone de Paris que l'on trouve la plus forte précarité avec une incidence forte de la tuberculose.

La PASS accueille de plus en plus de patients sans couverture sociale, avec des pathologies de plus en plus lourdes et souvent complexes.

La répartition des origines géographiques est concordante avec les indices de développement les plus faibles correspondant aux populations les plus reçues dans la PASS.

Des limites de notre système de soins éclairées par les situations de précarité

Inadéquation entre l'évolution de la médecine et les besoins des patients

Une médecine hospitalière de plus en plus spécialisée et segmentée

Un manque de polyvalence

↔

Besoin d'une approche globale du patient

Une médecine normative, standardisée et protocolisée

↔

Besoin d'une approche personnalisée

Ces situations de précarité grossissent des problématiques existant par ailleurs dans le système de soins mais de façon moins perceptible.

La médecine hospitalière est de plus en plus spécialisée ce qui induit une segmentation des pratiques médicales alors que l'on aurait besoin d'une approche globale. Les services sont segmentés en sous-spécialités et il faudrait presque connaître le diagnostic avant l'accès à l'hôpital pour pouvoir adresser au bon spécialiste. Les situations de précarité accentuent ce problème. L'absence de polyvalence de la médecine hospitalière est préoccupante.

Par ailleurs, alors que l'on recommande de faire une médecine personnalisée, la médecine est de plus en plus standardisée, normative, et finalement la personnalisation de la médecine, en particulier en cancérologie, est axée sur la biologie.

Enfin l'approche quantitative liée à la T2A est privilégiée alors que l'approche médicale est avant tout qualitative.

Comment les situations liées à la précarité :

- mettent en évidence les limites des approches conventionnelles
- nous ont amené à faire évoluer nos pratiques.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Les limites d'une approche exclusivement biomédicale : illustration par des cas cliniques

Illustration par un cas clinique

Patiente de 42 ans camerounaise.

- En France depuis 6 mois
- Cancer du sein multi-métastatique
- Mauvais pronostic (3 marqueurs -, métastases multiples)
- 3 enfants au pays
- Isolée, hébergée par le Samu social
- Maintien en France envisagé pour une 4ème ligne de chimio

Quel cadre d'analyse appliquer?

- Médical?
- Social?
- Financier?
- Ethique?

**Quel bénéfice?
Des contradictions multiples**

- quantité de vie/qualité de vie (revoir ses enfants/fin de vie en USP seule)
- curatif/palliatif (chimio/soins palliatifs)
- affectif/rationnel (âge, sympathie..)
- français/étranger (traitement intensif si française?)
- technique/logique (circulaire soins urgents)
- individuel/collectif (coût pour la collectivité)

**Les principes fondamentaux
de l'éthique inopérants**

- Respect de l'autonomie Langue, autres contingences (hébergement...)
- Bienfaisance Qu'est ce qui est bien? Quel bénéfice?
- Non malfeasance La décision médico-technique inadaptée voire néfaste
- Justice: Obligation de traiter les cas égaux de la même façon Des cas égaux?

Beauchamp T., Childress J Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, 2001

2 autres exemples récents

- Diabétique type 1 égyptien SDF 35 ans
 - A quitté l'Egypte en raison de difficultés d'accès aux soins
 - En France accès au traitement mais
 - Isolement, pas d'argent, alimentation insuffisante et inadaptée
- Transplanté rénal pakistanaï 36 ans
 - Juge adjoint en Géorgie
 - Ne peut plus payer son traitement
 - Demande de soins en France. Isolement, incompréhension, hébergement ponctuel par le samu social

Bénéfice du soin dans une visée de santé globale?

16

La logique de l'égalité de l'application des protocoles n'est pas productive ici.

Les principes de l'éthique sont difficiles à appliquer dans ce type de situation.

Pour avoir des médicaments, ces patients se retrouvent dans des situations dramatiques. Accès aux droits et aux médicaments ne règlent pas tout, il faut voir la globalité de la situation du patient et le bénéfice réel du soin rapporté au contexte dans lequel il vit, ce qui, hors du champ du soin palliatif, est peu ou pas abordé à l'hôpital.

L'approche biomédicale est trop limitée face à l'ensemble des déterminants à considérer et qui nécessitent des décisions prises de manière partagée, car relevant aussi du social et d'autres champs, et ce dans une évolution générale à laquelle le système de soins n'est pas prêt.

**De nombreux déterminants extra-médicaux:
l'approche biomédicale ne suffit pas**

- L'importance du contexte : le bénéfice potentiel d'un traitement contrebalancé par les éléments du contexte
- D'autres priorités (ex travailler pour gagner de l'argent)
- Les difficultés de compréhension
- La subjectivité
- Les questions de prise en charge
- Les questions financières
- = Des décisions non strictement médicales qui nécessitent un tiers

**Un système de soins insuffisamment adapté
aux nouveaux enjeux de santé**

- Transition épidémiologique
 - Vieillesse de la population
 - Chronicisation des maladies
 - Massification de la précarité
 - Crise socio-économique et financière
 - Mondialisation des parcours
- besoin de nouvelles organisations à moindre coût
→ de nouvelles interfaces à imaginer

18

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

La PASS qui reçoit ces situations cumulant maladies graves et grande précarité sert de loupe grossissante à ces questions qui traversent le système de santé.

- **Maladie, vieillesse, handicap=vulnérabilité**
 - Nécessité de prendre en compte l'environnement
 - Santé globale, approche systémique
- **Des progrès techniques: quel bénéfice?**
 - Multiplication des examens complémentaires (TDM, IRM, pet scan...)
 - Déconnexion de la clinique
 - Inutilité et retard au diagnostic
 - Arsenal thérapeutique élargi (cancérologie) mais quel pour bénéfice

20

- **Conséquences de la T2A**
 - Valorisation supérieure de la technique vs l'acte de soin
 - Dévalorisation de la clinique, du temps passé et du prendre soin
- **Les coûts des techniques et de certains médicaments**
 - Comment faire bénéficier des soins coûteux au plus grand nombre?
 - Comment faire d'éventuels arbitrages

21

Les limites financières

La PASS est un endroit passionnant d'observation car elle est financièrement contrainte.

La réflexion médico-économique traverse la pratique en PASS

- **Crédit MIGAC limité**
- **Soigner le patient face à soi et tous les autres qui viendront ensuite**
- **Question de la gratuité: souci de l'autre/justice sociale**
- **Question cruciale des coûts des traitements, en particulier depuis la circulaire du 18 juin 2013**
- **Ex PASS de Pontoise 38.000 euros pour l'année / Glivec: 3 à 4000 euros par mois...**

=modèle concret des questions posées par la contrainte financière

23

L'intérêt d'un établissement, c'est de faire de l'activité et du codage. Mais une limite est atteinte dans le domaine du développement de l'activité car les services sont à flux continu.

La PASS dispose d'un budget limité qu'elle doit gérer sur l'année.

Comment faire l'arbitrage entre souci de l'autre et souci des autres dans ce contexte au regard du coût de certains traitement d'autant que la circulaire du 18 juin prévoit l'inclusion du financement des médicaments dans les crédits MIGAC ?

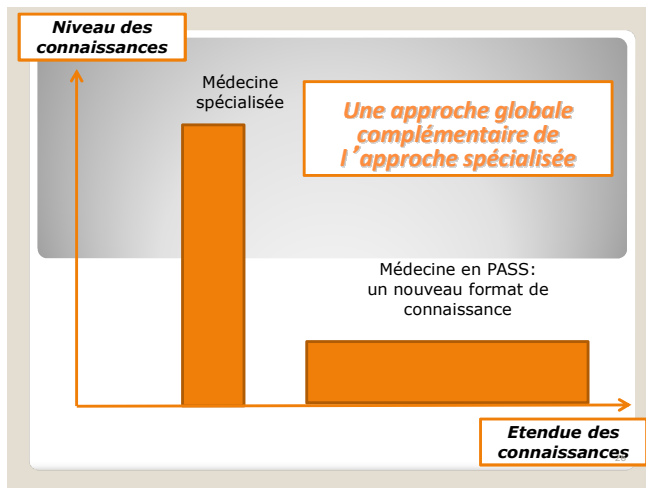
**Des situations où les organisations existantes s'avèrent insuffisantes
Et ce que la PASS peut proposer**

- un support dans les situations de complexité médico-sociales
- un modèle de la nécessaire rationalisation des soins

La PASS a des fonctionnalités très performantes. Elle permet en particulier une approche systémique alors que le plus souvent l'approche est très parcellaire (taille de la tumeur, ..) sans prise en compte des conditions de vie que connaissent certaines personnes (vie en caravane p. ex.).

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Une approche systémique grâce au décloisonnement médico-social



LA PASS permet une approche complémentaire de cette approche ultra-spécialisée. La médecine spécialisée a un format des connaissances très élevé mais étroit. La PASS a des connaissances élargies, en médecine générale, mais aussi en matière sociale, financière, juridique, ethno-culturelle, géopolitique, ... ce qui s'articule très bien avec la médecine spécialisée. Elle offre la possibilité d'un décloisonnement, à rebours donc du fonctionnement classique en silo.

Exemple d'une réunion de concertation pluri-professionnelle médico-sociale et éthique (RCPMSE)

RCP médico-sociales et éthiques

- Indication: cas complexes
- Objectif: rechercher l' « intérêt supérieur de la personne » en préservant l'intérêt collectif (équité)
- Configuration: collégialité élargie
 - Médecin spécialiste (oncologue)
 - Médecin généraliste/interniste (consultation Verlainne)
 - Assistante sociale/cadre socio-éducatif
 - Infirmière/cadre
 - Administration (membre de la direction)
 - +/- société civile (représentant des usagers, anthropologue...)

Mme P, 81 ans, roumaine

- En France depuis mai 2013 chez sa fille dans le 95
- Mise en évidence d'une masse au sein gauche
- Médecins du monde puis PASS Saint-Louis: examens nécessaires à l'évaluation puis consultation maladies du sein
- Cancer du sein gauche localement avancé avec métastases pulmonaires /récepteurs hormonaux +
- RCP maladies du sein (20/12/2013): chimiothérapie par Taxol-Avastin
- Pas de couverture sociale: sollicitation d'une RCPMSE

RCPMSE le 3/1/14 en présence de:

- Médecins CS Verlainne: Mathilde Andlauer (PA), Claire Georges (PH), Amandine Gueguen (Interne),
- IDE CS Verlainne: Sylvie Dehaut
- Médecin spécialiste: Sophie Frank (CCA CMS)
- ASE Verlainne : Ariane Gerson, Perrinne Buba
- Administration : Joelle Dupecher (traitements externes)
- Observateurs externes : Agnès Laine, Céline Cabarro (département recherches sciences sociales Paris 7), Michèle Lajoux (historienne)

Eléments de la discussion

- Pas de prise en charge avant au moins 2 mois, voire 4 mois, sans certitude
- Hospitalisation potentiellement à la charge de la fille
- Contraintes liées à la chimiothérapie (cathé central, déplacements une fois par semaine 3 semaines sur 4 pendant 6 mois)
- Effets secondaires et complications potentielles (poussée hypertensive, neutropénie fébrile...).
- Alternative d'une hormonothérapie sans perte de chance (stade non curatif)

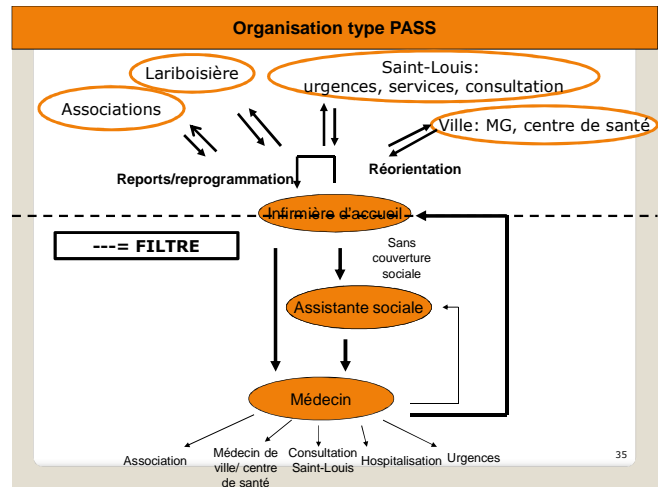
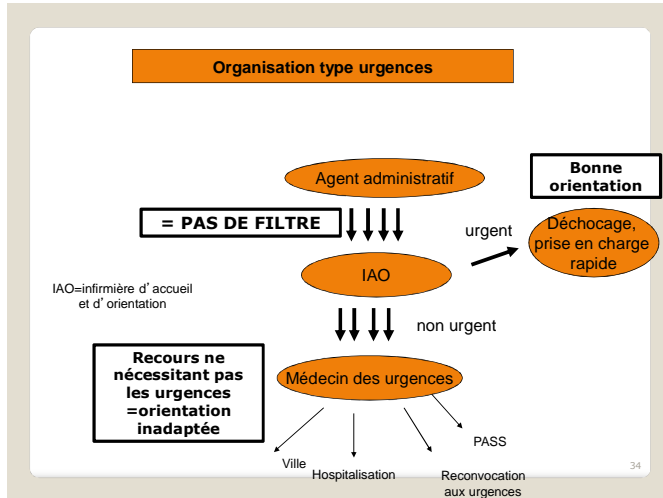
Choix d'un traitement moins contraignant, mieux toléré, moins coûteux, avec moins d'emprise sur l'outil hospitalier

Quelle prise en charge possible pour la chimiothérapie proposée par la RCP cancéro ? En RCPMSE, l'échange collégial élargi a permis de travailler la situation de la patiente de façon globale et de montrer qu'il n'y avait pas de bénéfice à une chimio dans cette situation clinique. Proposition a donc été faite d'un traitement moins contraignant et moins coûteux.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Un filtre, un sas, un moyen de rationaliser l'utilisation de l'outil hospitalier

La PASS est un sas qui n'existe pas aux urgences.

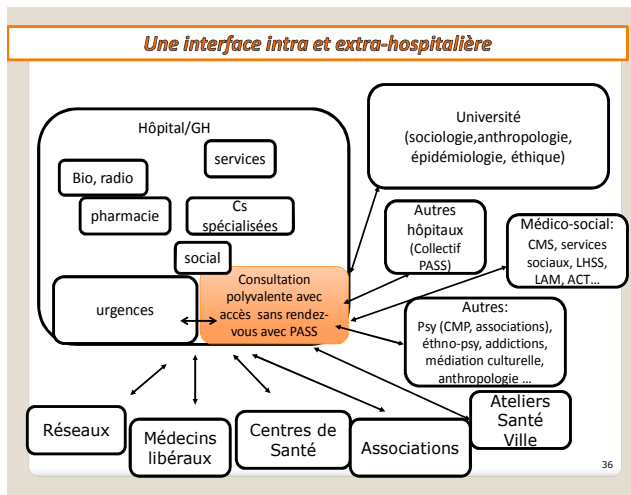


Dans ces situations de précarité, les urgences n'ont pas la même fonctionnalité.

Aux urgences, tous les patients doivent être vus sans filtre. C'est très efficace pour les situations urgentes, mais pour les patients qui nécessitent une consultation, il n'y a plus de régulation possible et c'est donc un grand nombre de situations qui devront être traitées par le médecin des Urgences.

La PASS permet de filtrer au niveau de l'accueil. A St-Louis, l'IDE d'accueil fait un premier filtre et peut programmer ou réorienter. Tous les patients sont accueillis, mais pas inscrits immédiatement sauf nécessité. La consultation de la PASS sera une consultation longue, avec une vision globale et potentiellement sur la durée, sur la base de 8 consultations par demi-journée.

C'est uniquement une question d'organisation, avec souvent les mêmes patients et souvent les mêmes médecins.

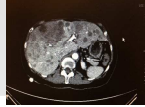


La PASS peut réaliser cette interface intra-hospitalière avec les Urgences, les autres consultations et services d'hospitalisation, les services sociaux et administratifs ou la Ville et d'autres structures sanitaires et sociale du territoire.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Un moyen de rationaliser le recours en hospitalisation

- Mme D 55 ans guinéenne
- En France depuis septembre 2013
- Hébergée ponctuellement par des compatriotes
- Consulte aux urgences le 31 décembre pour douleur abdominale
- Découverte d'un foie multinodulaire d'allure métastatique
- Pas de place en hospitalisation: réorientée vers la PASS



37

- Suivi clinique (3 cs + 1 cs soins palliatifs), bilan bio minimale (marqueurs tumoraux), avis onco et RCP onco
- Suivi social: montage d'un dossier d'AME.
- Biopsie d'un nodule lors d'une journée d'hospitalisation programmée
- Confirmation adénocarcinome
- Décision de la patiente de repartir en Guinée avec antalgiques fournis

38

Pour cette patiente, présentant des métastases hépatiques d'un cancer d'origine inconnue (mais donc à un stade très avancé), que les urgentistes voulaient hospitaliser, la PASS a pu mettre en place un suivi en ambulatoire pour cette patiente qui nécessitait un bilan diagnostique. Elle a pu bénéficier d'une consultation de soins palliatifs organisée par la PASS. Et après son bilan, elle a pu repartir dans son pays d'origine, informée du diagnostic et du pronostic défavorable de son cancer, munie de traitements antalgiques fournis par la PASS, pour y finir ses jours.

La PASS:

- Un espace interstitiel dans le système de santé
- Une interface dans et en dehors de l'hôpital
- Un observatoire
- Une loupe grossissante
- Un révélateur des dysfonctionnements

39

La PASS est dans les interstices du système de santé entre l'hôpital et la lisière de l'hôpital, entre les Urgences et les services d'hospitalisation, entre la Ville et l'Hôpital ; c'est une loupe grossissante qui révèle les dysfonctionnements du système. C'est un modèle d'organisation des soins, qu'il faudrait développer pour tous, qui fonctionne dans des situations très complexes. C'est un modèle qui permet de remettre la place de l'humain dans le soin, dans un contexte de médecine excessivement (trop) technoscientifique. Cela prend du temps, mais c'est très utile et performant.

La PASS: un modèle de la place de l'Humain dans le soin

- Le patient dans son Prendre soin (« care »)
- Prendre en compte la personne:
 - Environnement
 - dimension culturelle et les incompréhensions
 - projet de vie
 - dimensions sociale, financière, juridique, géopolitique...
- Favoriser l'autonomie
- Eclairer les choix: prendre le temps, privilégier l'interprétariat professionnel, éviter l'approche paternaliste, favoriser la transparence ...

41

La PASS: un modèle qui revalorise l'Humain soignant

- Compétence, expériences, savoirs
- Interrelation
- Capacité d'adaptation
- Réflexivité

Accepter l'incertitude, la complexité et la subjectivité

42

Cela permet aussi de remettre la place prioritaire de l'humain en tant que soignant, alors que les pratiques médicales font l'objet de protocoles, de l'application de critères qualité, déconnectés souvent de l'acte à effectuer. Dans ces situations hors protocole, il est fondamental pour les soignants de savoir s'adapter, et cela se révèle très performant, notamment à partir de l'expérience qu'ils ont acquises et grâce à l'appui des échanges interprofessionnels.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

La PASS: un support

- Aux patients: une approche globale
- Aux professionnels: une aide dans des situations complexes (médicale, sociale ou médico-sociale)
- A l'institution: Une approche ambulatoire moins coûteuse, une régulation de l'accès à l'outil hospitalier

43

La PASS:

- Un modèle efficace pour les situations les plus complexes: un modèle pour tous?
- Modèle d'une nécessaire évolution du système liée à la contrainte économique: le juste soin au juste coût
- Modèle d'une éthique individuelle et collective
- Vers un retournement vertueux de l'approche du soin?

44

La complexité ne peut être traitée dans le système de soins actuel. La PASS est un modèle efficace pour tous, dans la situation actuelle marquée par une crise qui nous impose de trouver des standards différents, de penser autrement que la logique productiviste de la T2A, en pensant à des justes soins au juste coût. C'est un modèle pour un retournement vertueux de l'approche du soin.

Réponses aux questions de la salle :

CH Martigues : Ne faudrait-il pas privilégier une approche stratégique plutôt que comptable pour rendre compte de l'intérêt de la PASS ?

Réponse : C'est une même logique, la logique du souci de l'autre s'articule bien avec l'intérêt général. Dans les RCPMSE, quand il y a des sujets d'absence de prise en charge c'est une approche très vertueuse avec une acculturation, un dialogue commun et comme visée commune à la fois l'intérêt des patients, de l'institution, des soins à venir, pour éviter de supprimer du personnel s'il y a un déficit, donc de viser la durabilité du système.

Joaquim Lévy : Association Nouvelle Aube (Marseille) : quelle solution trouver pour les personnes intracommunautaires pour lesquelles la prise en charge des soins est très difficile ?

Réponse : la PASS est un observatoire de questions qui dépassent largement le niveau local. Ces patients communautaires venant d'Italie, d'Espagne ou de Grèce, exigent beaucoup de temps pour vérifier l'effectivité de leurs droits. La solution devrait être trouvée au niveau de l'UE.

Dr Chantal Vernay-Vaiisse Conseil Général 13 : le CG 13 offre des consultations gratuites ouvertes à tous (planification, PMI, CLAT, CIDAG, vaccinations). Travaillez-vous avec ces centres au niveau de la PASS ?

Réponse : Oui, bien sûr. La PASS est un pivot de coordination. L'accès aux soins est difficile pour tous (savoir où aller et quand est difficile). Cette fonctionnalité de « gate-keeper » est très performante.

Pr Sambuc : la PASS n'anticipe-t-elle pas par rapport à la mise en place accélérée de maisons de santé ? Est-elle en avant-garde ?

Réponse : Il existe des PASS externes, il est important que les patients aillent au bon endroit. Il faut des structures avec différents seuils. A défaut, les CASO font beaucoup cela.

M. X travaille PASS Conception : Ce plaidoyer pour les PASS, qui est aussi un plaidoyer pour la médecine générale, ne pose-t-il pas plus largement la question du développement de l'accès à une prise en charge globale pour tous, avec p. ex. la possibilité de bénéficier de RCPMSE ? Cette introduction des questions éthiques et financières pour ce public ne risque-t-elle pas de créer une nouvelle inégalité sociale ?

Réponse : Cette question se pose à l'égard des situations que la PASS rencontre. La complexité du système de soins concerne tout le monde et il faudrait développer cette approche pour tous. La PASS ne traite pas à bas coût, mais au plus juste coût avec comme priorité, qu'il n'y ait aucune perte de chance pour les patients. Les PASS correspondent à un micro-modèle avec un budget limité.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Mme Desprée cadre socio-éducatif APHM

Qu'a modifié la circulaire de juin 2013 ?

Au-delà du niveau de financement selon la file active, un point fondamental, c'est qu'auparavant les crédits MIGAC finançaient la structure, mais pas les médicaments dont le coût paraissait marginal. La circulaire précise que les crédits MIGAC financent aussi désormais les médicaments, dont les coûts progressent.

★ ★ ★

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Les PASS en PACA, résultats de l'enquête effectuée en juillet-août 2013 : Dr Gérard Coruble, Pilote du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins, Direction de la santé publique et environnementale, ARS PACA

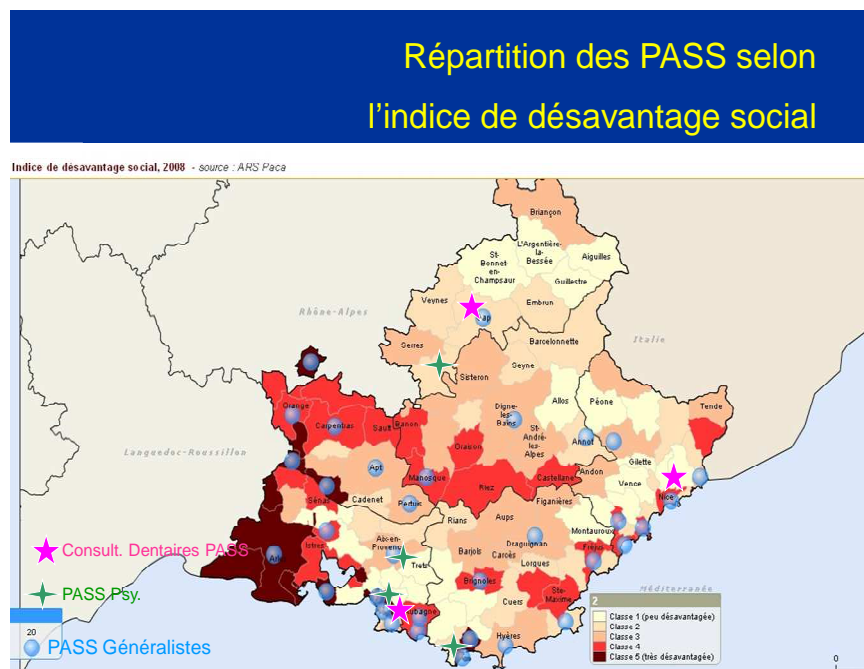
Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) constituent un dispositif fondamental d'accès aux droits et aux soins.

Une PASS doit :

- offrir un **accès aux soins** et un **accompagnement soignant et social** aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun
- agir à **l'intérieur de l'établissement et à l'extérieur** de celui-ci pour faciliter le repérage et la prise en charge de ces patients et construire un **partenariat** institutionnel élargi (Circulaire du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé)

Les résultats de l'enquête nationale, initiée par le ministère dans le cadre de la circulaire du 18 juin 2013 et dont les données ont été collectées au cours de l'été 2013, portent sur la quasi-totalité du dispositif de notre région, puisqu'un seul établissement n'a pas répondu. Plusieurs des données obtenues peuvent être comparées aux résultats d'une enquête identique effectuée en PACA en juin 2008 dans le cadre du PRAPS III et qui avait donné lieu à une série de recommandations du Directeur de l'ARH PACA en juin 2009.

Une implantation cohérente au regard de la précarité dans la région



En 2012 notre région comptait 38 PASS réparties sur 33 établissements. Ces PASS se répartissent en 34 PASS généralistes, quatre PASS psychiatriques, trois consultations dentaires PASS et une PASS régionale de référence portée par l'APHM et le CHU de Nice.

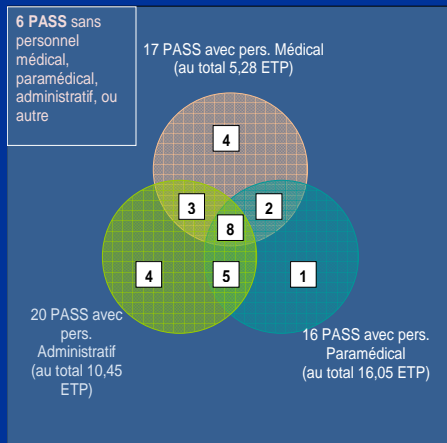
Leur répartition géographique paraît cohérente avec la répartition dans la région des personnes en situation de précarité, analysée à partir d'un indice de désavantage social.

Personnel : des PASS davantage pluri-professionnelles

Huit PASS peuvent s'appuyer sur une équipe complète contre quatre en 2008, mais cette évolution est en partie liée à la création de 3 PASS psychiatriques (deux d'entre elles comportent une équipe complète) ainsi qu'à l'évolution de l'organisation de la PASS Rimbaud (Conception – APHM) qui dispose désormais de personnel infirmier.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Des PASS davantage pluriprofessionnelles



Dix PASS disposent par ailleurs d'autres personnels pour 2,95 ETP. Elles ne sont pas prises en compte dans le diagramme ci-dessus.

16 PASS comportent du personnel paramédical (pour 16,05 ETP) vs six PASS en 2008. Cette évolution favorable est toutefois liée en partie à la création de trois PASS psychiatriques correspondant à elle seules à 6,5 ETP de personnel paramédical.

17 PASS bénéficient de la présence de personnel médical (12 en 2008), dont quatre sont rattachées à un pôle Urgences. La quotité de temps médical reste très faible avec une modeste progression par rapport à 2008 (5,28 en 2012 vs 3,6) due, là encore pour l'essentiel, à la création des trois PASS de psychiatrie.

Le nombre de PASS disposant d'un temps médical significatif est faible. Seule la PASS Rimbaud dispose de la présence quotidienne d'un médecin exclusivement consacré à cette activité. Plusieurs PASS font état de la possibilité de faire appel à tout moment aux médecins de Urgences, mais avec sans doute une capacité de réponse variable et une plus grande difficulté à répéter les consultations pour certains patients.

Prestations assurées par les PASS

Prestations assurées par les PASS

Prestations assurées par les PASS	Oui	% oui	Non
Entretien social systématique	31	89%	5
Consultation médicale possible sans frais			
- Médecine générale	30	86%	5
- Chirurgie dentaire	15	52%	15
- Médecine spécialisée	26	74%	9
Soins infirmiers possibles sans frais (Hors prélèvement)	26	74%	9
Accès à des médicaments possible sans frais	35	97%	1
↳ Jusqu'à obtention des droits pour la personne ?	32	91%	2
Accès à un plateau technique possible sans frais	26	76%	8
- Analyse biologique			
- Examen radiologique	27	79%	7
Interprétariat	28	80%	7
Autre	13	36%	23

La plupart des PASS assurent les différentes prestations envisagées ici, à l'exception des consultations sans frais en chirurgie dentaire qui restent plus difficiles d'accès.

La possibilité de bénéficier de médicaments sans frais est quasi générale. L'accès à une consultation de médecine générale sans frais est très largement répandu, malgré le faible effectif de médecins dans les PASS.

Cinq PASS ne propose pas d'entretien social systématique ; dans deux cas, il s'agit de PASS psychiatriques et pour une autre PASS, de la possibilité d'accéder directement au médecin de la PASS pour des patients sans droits potentiels.

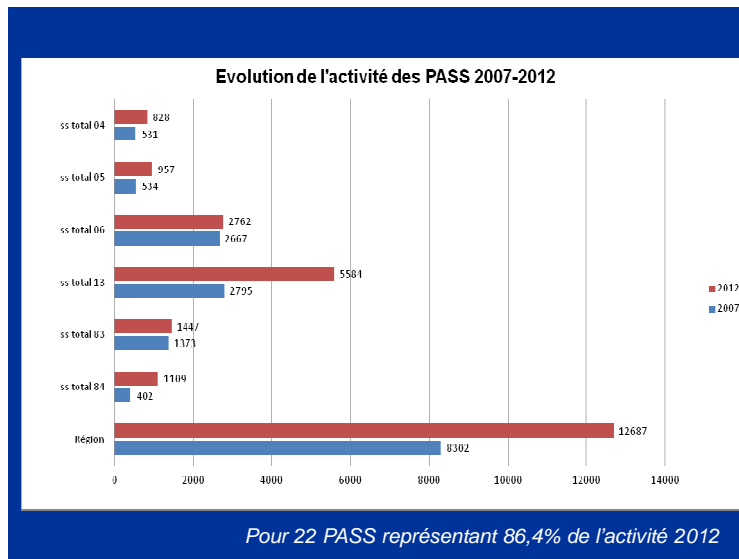
Enfin, l'interprétariat est très souvent possible.

Une file active en fort accroissement

La file active 2012 est de 14 678 patients avec des différences d'activité considérables entre les PASS (min. 66 – max. 1735). A elles seules, les PASS des deux CHU totalisent 40% de la file active des PASS et les six PASS les plus actives concentrent 49% de la file active totale.

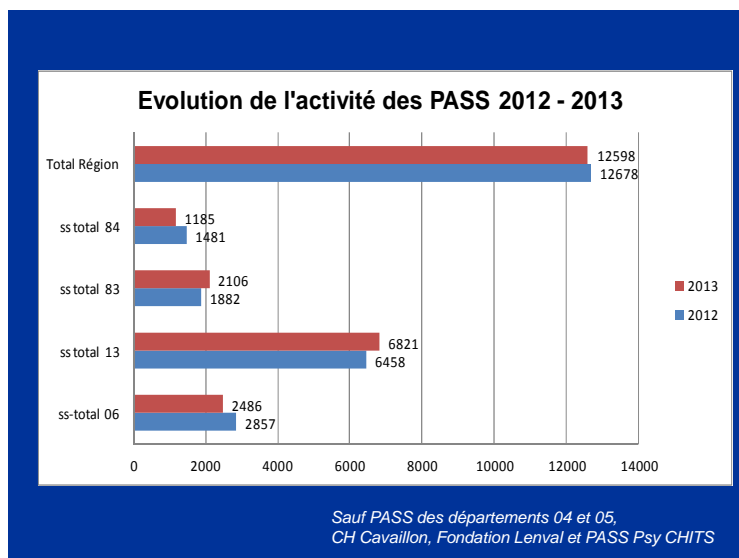
Une comparaison peut être effectuée avec les données recueillies en 2008 (portant sur l'activité 2007) pour 22 PASS (qui représentaient, en 2012, 86,4% de l'activité totale des PASS). Pour ces PASS, entre 2007 et 2012, l'activité passe de 8 302 à 12 687 personnes accueillies soit un accroissement de 52,8%.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA



Entre 2007 et 2012, l'activité des PASS, analysée à partir de leur file active, s'est très fortement accrue¹ (+53%). Cet accroissement est très marqué dans les Bouches du Rhône, le Vaucluse et les départements alpins.

Par ailleurs, 27 589 entretiens sociaux ont été réalisés en 2012, soit en moyenne 1,9 par personne reçue [0,7 – 4,8].



La file active totale 2013 est de 13 170 patients.

Ils ont bénéficié de 27 759 entretiens sociaux (soit 2,1 par patients en moyenne) et 5776 consultations médicales.

En 2013, les PASS des deux CHU totalisaient 40,3% de la file active totale et les six PASS les plus actives (les CHU + Martigues et Cannes) en représentaient 51,3%.

La comparaison entre les années 2012 et 2013 montre une relative stabilité de la file active, avec toutefois des écarts entre les départements puisque l'activité du Var progresse de 12% quand celle du Vaucluse diminue de 20%.

Des PASS mieux signalées

L'enquête portait ici sur trois points : existence d'une signalétique, présentation de la PASS sur le site internet de l'établissement et distribution de documents d'information.

Visibilité de la PASS	2012		Rappel 2008
	oui	non	oui
Signalétique à l'intérieur de l'établissement	23	13	11
Présentation de la PASS sur le site internet de l'hôpital	15	19	/
Distribution d'un document d'information sur la PASS (plaquette..) dans des lieux publics	24	12	6

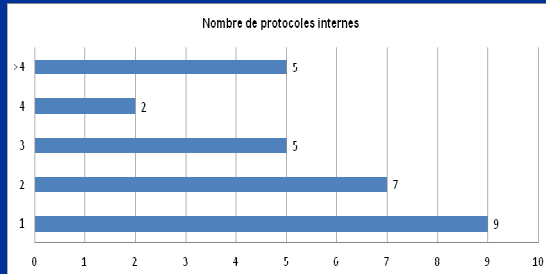
Au mieux seulement les 2/3 des établissements ont mis en œuvre au moins une des modalités d'information ou de visibilité de la PASS. Il y a cependant dans ce domaine une nette amélioration par rapport à 2008, avec un doublement des établissements qui ont mis en place une signalétique et un quadruplement de ceux qui distribuent des plaquettes d'information.

¹ La comparaison est possible pour 22 PASS qui représentaient 86,4% de l'activité totale 2012 des PASS.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Des collaborations plus riches avec les acteurs internes à l'établissement**Des protocoles internes plus nombreux qu'en 2008**

- 28 PASS (vs 11 en 2008) ont mis en place au moins un protocole formalisé entre la PASS et des professionnels ou services de l'établissement



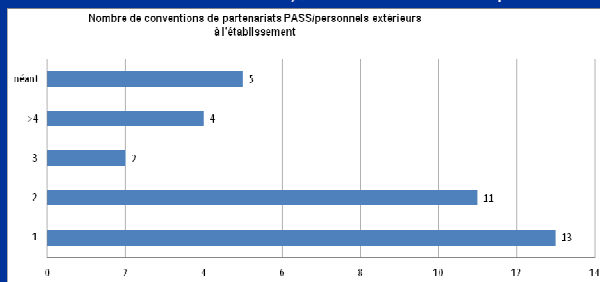
- 16 protocoles portent sur l'accès à la pharmacie hospitalière

Les thèmes de ces protocoles sont très variés, avec toutefois un grand nombre de PASS (16/28 vs 9/11 en 2008) ayant formalisé un protocole portant sur l'accès à la pharmacie hospitalière et la délivrance de médicaments.

Le repérage de la précarité, l'accueil, la prise en charge et le suivi de personnes en situation précaire et les liens avec le bureau des entrées sont des thèmes qui font également assez fréquemment l'objet de protocoles.

Des PASS très engagées dans un partenariat avec des acteurs externes à l'établissement**Des PASS très engagées dans un partenariat avec des acteurs externes à l'établissement**

- 35 PASS (25/28 en 2008) font état d'un partenariat avec des personnels extérieurs à l'établissement.
- 30 PASS ont passé au moins une convention (vs 7 établissements en 2008), dont 17 deux ou plus.



La quasi-totalité des PASS (35/36) fait état d'un partenariat entre la PASS et des personnels extérieurs à l'établissement de santé. En 2008, les résultats étaient similaires (25/28), mais ce partenariat était très peu formalisé (7 établissements). L'évolution est très importante en 2012 avec 30 PASS qui ont passé au moins une convention, dont 17 deux ou plus.

Les structures partenaires de ces conventions sont très variées ; ce sont les associations œuvrant dans le champ de la « précarité » et les CCAS qui sont cités le plus souvent. Les conventions avec les CPAM dont le rôle est essentiel dans le traitement des dossiers d'ouverture de droits apparaissent très peu nombreuses.

Deux PASS seulement n'ont participé à aucune réunion en 2012, alors que quinze d'entre elles avaient quasiment une réunion mensuelle avec leurs partenaires extérieurs

Enfin, de très nombreuses PASS (30/36 soit 83%) et notamment les plus importantes sont engagées dans un réseau local sur le thème santé et précarité.

Conclusion

Cinq ans après une première enquête régionale portant sur les PASS, l'évolution de ce dispositif est plutôt satisfaisante dans la mesure où un grand nombre de PASS ont mis en œuvre les recommandations formulées alors.

L'évolution de l'activité des PASS est importante, reflet sans doute à la fois d'une meilleure connaissance de ce dispositif mais aussi d'une progression du nombre de bénéficiaires potentiels.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Organiser et mettre en œuvre les missions de la PASS : Expériences des PASS du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis : *Mme Sylvie Brout cadre socio-éducatif* et du CHU de Nice : *Dr Pierre-Marie Tardieux*. Expérience et spécificités de la PASS en milieu psychiatrique du Centre Hospitalier Edouard Toulouse : *Dr Ségolène Ernst*

PASS du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis : Mme Sylvie Brout cadre socio-éducatif

Madame Brout va s'appuyer, pour son intervention, sur son expérience acquise dans ses fonctions actuelles au Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis (CHIAP), et antérieurement à l'APHM où elle a vu la naissance des premières PASS.

La PASS est un outil plus qu'un dispositif. Cet outil peut être mis en œuvre différemment selon les établissements, selon les nécessités locales (propres à l'établissement et aux besoins des publics). Il est très adaptable selon l'organisation de l'établissement et les besoins des publics qui sont variés, avec des situations de plus en plus complexes, sur le plan juridique, familial et médical. Cet outil peut permettre de tracer un parcours de soins pour les patients en situation de précarité et d'envisager leur sortie comme le service social peut le faire pour n'importe quel patient.

La Fédération hospitalière de France et Médecins du Monde (MDM) ont publié en mai 2014 un rapport intitulé « La prise en charge des personnes vulnérables - agir ensemble à l'hôpital et dans le système de santé » qui fait notamment un bilan objectif de ce que les PASS ont pu apporter et du chemin encore à parcourir. Concernant la définition du public, il est intéressant de noter que c'est le terme de vulnérabilité qui a été retenu car le terme « public précaire » ne convient plus, il ne rend pas compte de la grande diversité de situation sociales et pathologiques. L'intérêt de la PASS c'est qu'elle peut se pencher sur la spécificité de publics différents, mais caractérisés par leur vulnérabilité.

A l'APHM, les PASS sont occupées par des travailleurs sociaux (sauf à la Conception) travaillant à améliorer l'accès aux droits des patients pour améliorer leur accès aux soins.

Au CHIAP, la situation est un peu différente, la PASS a plusieurs échelles ; l'assistante sociale PASS dédiée à la réception des publics en situation de précarité est aux urgences et reçoit les personnes arrivant de l'extérieur (envoyées par le réseau associatif,...), l'assistante sociale évalue la possibilité d'accès aux droits, puis un bilan social plus complet est fait pour évaluer l'ensemble des besoins et, la PASS constituant une passerelle, sa deuxième mission est d'organiser un parcours de soins en lien avec toute l'équipe du service social du CHIAP. Grâce à ces échanges, l'assistante sociale du service va continuer l'accompagnement auprès de l'ensemble du personnel du service et donc contribuer, notamment grâce à sa participation aux staffs médico-sociaux, à l'évaluation globale de la situation. Dans ce cadre, il existe un partenariat intéressant, formalisée par une charte remise à jour récemment, avec les médecins de MDM, ceux-ci apportant des indications utiles sur les besoins des patients, en pré-hospitalisation, sachant que ces patients sont plutôt dans un contexte de survie (et jamais de prévention). Ainsi, cette PEC qui démarre par une consultation de l'AS, peut déboucher sur l'organisation d'un véritable parcours de soins.

Pour les patients orientés par les médecins de MDM, les premières consultations sont gratuites, sans conditions, quelle que soit la possibilité d'ouvrir les droits à l'Assurance-Maladie. Tout cela est faisable car Aix est une petite ville par rapport à Marseille, et donc les partenaires se connaissent bien, se côtoient très souvent ; des rencontres entre pôle humanitaire, Samu social et les médecins des urgences ont été organisées. Il faut continuer à développer cela. La PASS est connue sur le territoire, des rencontres entre partenaires sont régulièrement organisées notamment avec la PASS de psychiatrie. Ces collaborations sont donc bien instaurées, et c'est à l'intérieur de l'établissement qu'un gros travail reste à faire, auprès des personnels soignants et des médecins. Il faut faire connaître à ces personnels, les besoins des personnes en situation de vulnérabilité. Avec toujours un dilemme : il ne faut pas faire de filière pour les pauvres, les personnes doivent accéder à l'ensemble du dispositif hospitalier mais pour qu'il y ait un accueil égal pour tous, il faut mettre en place des dispositifs particuliers pour accompagner ces publics en grande difficulté et en particulier prendre en compte les problèmes de langue, leur compréhension des termes administratifs, organiser la prise de RV... Cela demande beaucoup de temps et de patience, mais notamment avec la PASS du CH Montperrin et l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité, il a été possible d'organiser des parcours de soins et de permettre une réaffiliation sociale.

Sur Pertuis, la situation est très différente, la PASS qui s'adressait à des personnes jeunes, marginales, rencontre aujourd'hui des personnes du monde agricole, avec hébergement précaire, et beaucoup de personnes âgées dans des situations d'isolement important. La fusion avec le CH Aix leur a permis d'accéder au plateau technique de l'établissement. Cela a entraîné une diminution de la File active des patients accueillis sur la PASS de Pertuis qui accèdent plus directement aux services

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

de soins du CH Aix.

Expérience et spécificités de la PASS en milieu psychiatrique du Centre Hospitalier Edouard Toulouse : *Dr Ségolène Ernst médecin généraliste coordonnateur*

Historique constitution PASS-Psy du Centre Hospitalier Edouard Toulouse

- Réponse à l'appel à projet du Ministère: démarche coordonnée du CHET, Direction + EMLPP.
- Ouverture juin 2010 et rattaché au pôle MTS (Médicotéchnique et somatique)
 - Financement 2/3 subvention MIG et 1/3 Participation CHET
- ➔ In fine: 0,6 ETP Médecin Généraliste, 1 ETP IDE, 1ETP AS, 0,5 ETP secrétaire
+ 1 temps de chef de pôle, coordination institutionnelle

La PASS a été créée suite à l'appel à projet du ministère et au constat d'un problème de coordination des soins psychiatriques et somatiques et d'accès aux soins pour les patients suivis par les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité.

A qui s'adresse la PASS en milieu psychiatrique?

- Personnes majeurs
- Ayant besoins de soins somatiques
- Sans droits ou dans l'incapacité de les faire valoir
- Et qui, de par une pathologie psychiatrique ou une souffrance psychique ont du mal à s'orienter dans le système de soin et à accéder à ces soins.
- Concrètement
 - 85 % Pas de logement ou logement précaire (rue, hébergement d'urgence, squat)
 - 60% absence de couverture maladie,
 - 60 % sans revenus,
 - Nomadisme médicale ou pas de suivi
 - Nombreux patients en situation irrégulière sur le territoire

Malgré sa dénomination de PASS psychiatrique, cette PASS s'adresse à des patients ayant besoin de soins somatiques et qui, à cause d'une pathologie psychiatrique ou d'une souffrance somatique ont du mal à accéder à ces soins. Ces patients présentent souvent une grande difficulté à s'orienter dans le système de soins à cause par exemple de troubles de mémoire importants, d'une absence de couverture sociale ou de la barrière de la langue.

Ils nécessitent un accompagnement allant plus loin que l'ouverture des droits sociaux (entretiens plus longs, interprétariat téléphonique, accompagnement physique

à l'hôpital ou chez des spécialistes, prises de rendez vous).

Ils sont souvent en rupture complète de suivi médical depuis plusieurs années.

Quels sont les objectifs/missions particulières de la PASS en milieux psychiatrique

Elles sont développées en sus des missions habituelles d'accès aux soins.

- Favoriser l'adhésion aux soins somatique et psychiatriques
- Etre un sas pour désigmatiser et dédramatiser les soins psychiatriques
- Prise en charge globale (médico-psycho-sociale) et coordonnée
- Travailler une réinscription dans le droit commun en fléchant des parcours de soins adaptés à chaque patient

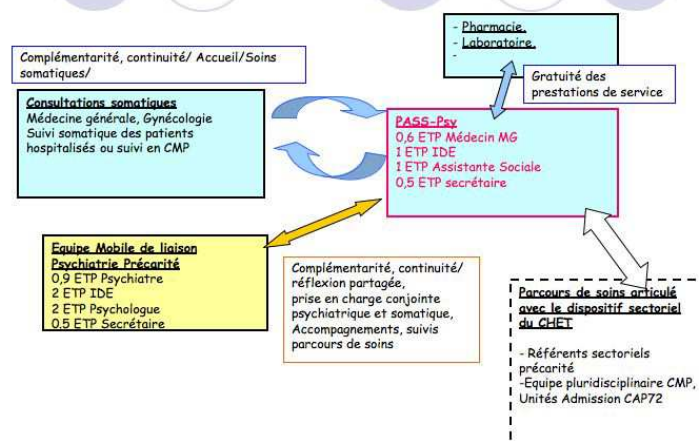
L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Quelles structures d'amont?

- Majoritairement les structures sociales (unités d'hébergement d'urgence, accueil de nuit, accueil de jour.)
- CASO Médecins du Monde
- Pathologie ou souffrance psychique identifié mais non suivi + pathologie somatique
- passer par le corps pour réinitier un parcours de soin.
- EMLPP, CMP
- pour des patients ayant déjà un suivi psychiatrique auquel s'ajoute des problèmes somatiques et qui n'ont pas de droits ouvert ou échec de prise en charge en médecine de ville
- Autres structures (RSA, PASS Généraliste etc ...)

Les patients reçus à la PASS PSY sont principalement adressés par les hébergements d'urgence, accueils de nuit ou de jour et le CASO. Ils ont souvent des pathologies psychiatriques identifiées mais non suivies auxquelles se rajoutent des pathologies somatiques. Le fait de se centrer sur l'abord somatique peut redonner confiance dans le système de santé et permettre de reprendre dans un second temps, un suivi psychiatrique.

Place de la PASS au sein du pôle Médecotechnique et Somatique et du CHET



La PASS est située dans l'hôpital Edouard Toulouse (CHET). La PASS est dans les mêmes locaux que les consultations somatiques du CHET qui s'adresse aux patients hospitalisés en psychiatrie, ce qui permet d'améliorer la permanence de soins. La PASS est également dans les mêmes locaux que l'EMLPP (Equipe Mobile de Liaison Psychiatrie Précarité), ce qui facilite la coordination. Enfin, le fait qu'elle soit rattachée au même pôle que le laboratoire et la pharmacie a facilité l'accès à la gratuité des traitements et au plateau technique du CH Edouard Toulouse.

Principes de fonctionnement

- Accueil 5 jours par semaine de 9h à 17h, sur rendez-vous
- Gratuité quel que soit le statut du patient
- Rôle propre de l'IDE, de l'AS, du Médecin.
- Accès au plateau technique du CHET (Bilan biologique, pharmacie)
- Réunions d'équipe PASS
- Travail en collaboration étroite avec l'EMLPP
- Concertation/échanges intra et extra CHET
- Convention samu social, l'ISM interprétariat.
- Articulation avec les structures sanitaires d'aval

L'IDE est chargée du premier entretien, pour évaluer la situation, expliquer le rôle que la PASS peut jouer dans le parcours de soins du patient. Dans un second temps, elle va accompagner le patient vers les structures de droit commun (accompagnement au CMP, Hôpital, rendez vous de spécialistes).

L'AS s'occupe de l'ouverture des droits (AME, CMU), mais aussi des questions d'hébergement, droit au séjour en lien avec le référent social de la structure d'amont...etc...

Le médecin fait un point global sur les différentes pathologies du patient en lien avec différents spécialistes pour permettre le retour vers le droit commun.

La convention avec le SAMU social facilite le travail quotidien, il accompagne les patients en consultation quel que soit l'endroit d'où il vient.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Particularité et spécificité du fonctionnement de la PASS en milieu psychiatrique

- Accueil,
- Le temps, « outils de soin »
- Accès facilité aux soins psychiatriques
- Transfert de l'information/coordination avec les structures/professionnel partenaires (fiches de liaison)
- Accompagnement/Orientation, nécessité de « tuilage »
- Aller vers

Le travail de la PASS psy est très progressif. Il nécessite de prendre du temps pour créer un lien de confiance, la PASS peut être amené à suivre certains patients plusieurs mois. La présence de l'EMLPP facilite l'accès aux soins psychiatriques. Chaque entretien s'achève par une liaison téléphonique ou par mail, indispensable pour une bonne coordination du parcours de soins notamment lorsqu'il existe une barrière de la langue ou des troubles de mémoire.

L'IDE se rend régulièrement sur certaines structures d'hébergement (convention signée avec l'UHU et l'accueil de nuit St-Jean de Dieu) pour avoir une discussion

avec les IDE de ces structures et envisager la meilleure prise en charge pour les patients.

Les difficultés qui persistent

- Missions et spécificités de la PASS-PSY parfois mal identifiées.
- Difficulté à maintenir une permanence des soins par manque de moyens humains (inconditionnalité?)
- Difficultés à trouver des partenaires « d'aval »
- Difficultés d'accès au plateau technique hors CHET en absence de droit ouvert/ouvrable.
- Emplacement des locaux
- Recueil de données,
- Question du respect du secret médical vs importance du transfert de l'information

Les spécificités de la PASS psy sont mal connues, notamment le fait qu'elle ne dispose pas de psychiatre.

Tous les patients sont reçus quel que soit leur statut, mais la capacité d'accueil (horaire d'ouverture et présence médical), n'est pas satisfaisante car nous n'avons pas suffisamment de ressources humaines pour pouvoir assurer une réelle continuité des soins. Au sein de l'hôpital Edouard Toulouse, nous pouvons faire bénéficier de traitements et de bilans biologique tous nos patient quelles que soient leurs couvertures sociales ou s'ils n'en ont pas.

Il est très difficile de trouver des solutions en aval, certains patients ne pouvant trouver leur place dans le droit commun.

L'accès au plateau technique hors CH Edouard Toulouse (examens de radiologie, consultations spécialisées, hospitalisations hors CHET, passages aux urgences) est impossible tant que les droits ne sont pas ouverts ou ouvrables rapidement. Nous nous retrouvons donc souvent face à des choix cornéliens, à devoir préjuger à l'avance de la gravité de la situation pour choisir entre une consultation rapide pour le patient mais qui sera facturée (ce qui peut engendrer de très grosse difficultés pour les patients) ou retarder l'accès à des examens complémentaires, des interventions, des avis spécialisés dans l'attente de l'ouverture de droits. Dans ces cas là, nous ne pouvons pas considérer que la PASS accomplit les objectifs pour lesquels elle a été créée.

CONCLUSION

- Spécificité des personnes accueillies à la PASS en milieu psychiatrique: gravité des situations sociales et enkystement de pathologies somatiques et psychiatriques imbriquées

⇒ Nécessité d'un travail de fond, de prendre le temps d'une prise en charge globale et d'un accompagnement physique pour nombreux patients.

- ⇒ Pour:
 - une meilleur qualité des prise en charge des publics accueillis
 - Un accès aux soins effectif et pérenne

La population accueillie par la PASS psy est spécifique du fait de la gravité des situations sociales et médicales mais aussi du fait de parcours de soins faits de ruptures ou de suivis multiples dans différentes villes et/ou structures sans cohérence. Il est souvent nécessaire de tout reprendre.

Mais il est satisfaisant de constater que certains patients peuvent retrouver, grâce à ce travail, l'envie de se réinscrire dans le soin.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Organiser et mettre en œuvre les missions de la PASS - Expérience du CHU de Nice : Dr Pierre-Marie Tardieux, responsable de la PASS**Historique****Historique de la PASS du CHU de Nice****Une naissance aux Urgence**

- Historique
- Un gros service d'Urgence
- Seul dernier lieu d'accueil !
- La porte d'entrée du CHU en terme de « tri et d'orientation »

Historique de la PASS du CHU de Nice

- Avant 1999 :
« On faisait de la prose sans le savoir ! »
- Principe de la « POLICLINIQUE »
Polis = Ville Dr Migliori
Cs pluridisciplinaire Medecine
Cs de chirurgie
Patient précarisé sans « suivi » de Ville

Historique de la PASS du CHU de Nice

- En 1999 : financement 1 ETP ASE PASS
- En 2001 : financement 1,5 ETP IDE PASS et 1 ETP secrétaire
- Départ du Dr Migliori
Policlinique conservée et UF PASS crée
La PASS est un véritable service intégré aux Urgences
- EN 2012 : Coordinateur PASS Régionale
Création EMPP

La PASS est née aux urgences. C'est le seul et dernier lieu d'accueil existant quel que soit le problème.

Avant la création des PASS, avait été créée une consultation pluridisciplinaire de médecine et de chirurgie qui s'occupait de patient le plus souvent précarisé sans suivi de Ville, pour des soins qui pouvaient devenir urgents, mais programmables.

En fait il n'y avait pas de besoin de médecin, car les consultations médicales étaient organisées dans le cadre de la policlinique, avec une PASS intégré aux Urgences.

En 2012, création de la PASS régionale, de l'EMPP et financement d'une consultation dentaire PASS pour assurer des soins prothétiques à certains patients.

Le constat**Les difficultés du CHU**

- L'accueil et l'exclusion
- Le repérage des situations de précarité
- La préparation à la sortie

Rarement le dispositif médical et social sont coordonnés, ceci mettant en péril la continuité des soins !

Les difficultés liées à cette population en précarité

- Une image de soi dégradée
- Une méconnaissance des circuits de soins ou de l'aide sociale
- Un recours inadapté au système de soins
 - Recours tardif aux soins
 - « vie au jour le jour » et « sur-adaptation »
 - Recours centré sur le service des urgences
- Le coût des soins (dents, optiques, médicaments)
- Le problème de l'hébergement

Un SDF et un sujet âgé ont le même temps d'attente aux urgences, le même refus des services (de spécialités) de PEC et les mêmes problèmes de sortie.

Le repérage des situations de précarité est très difficile, notamment chez les personnes âgées.

La mauvaise coordination du dispositif médical et social met en péril la continuité des soins alors même que les services disposent à la fois de personnels médicaux et sociaux.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Les difficultés liées aux pratiques professionnelles

- Les pratiques professionnelles en question
 - Déficit en information et formation
 - Nous sommes tous HUMAIN !
 - Méconnaissance et abstraction du social
 - Implication insuffisante (durée Cs, tiers payant)
 - Des filières de spécialités ne deviennent qu' hospitalières
- Les limites des pratiques en réseau

Les difficultés liées aux lourdeurs de l'accès aux droits

- Lourdeur des dossiers
- Délais d' instruction
- Cloisonnement des institutions
- Les effets de seuil
 - RSA, Salaires bas
- Les étrangers en situation irrégulière
 - AMU, AME, CMU

Les médecins hospitaliers et de ville ne sont pas formés, ne connaissent pas les associations, les dispositifs sociaux.

Du fait de la difficulté à avoir des RV en Ville, certaines filières de spécialité ne deviennent plus qu'hospitalières. Les pratiques en réseau font surtout appel à des liens personnels ou informels.

L'admission par les urgences

Un phénomène de société et un reflet de notre société ?

L'augmentation des demandes posées dans l'urgence et en urgence

Les réponses du système de santé

Des équipes Pluridisciplinaires

Les PASS

Les EMG

L'admission par les urgences est devenue un phénomène de société. Les urgences sont devenues la porte d'entrée de tout ce qui passe en ville et tout est devenu urgence. Cette demande de médicalisation et de soins peut devenir catastrophique car elle rend la réponse à la demande très difficile.

Les équipes pluridisciplinaires comme les PASS ou les EMG sont une des réponses du système de santé à ce phénomène.

Mise en place d'équipes pluridisciplinaires (PASS, EMG, EMSP)

- Equipe pluridisciplinaire (médecin, IDE, ASE)
- Intra-hospitalière Mais qui a le téléphone !!
- Plan d' actions centré sur :
 - Concept de prévention
 - Repérage des personnes en situation de précarité
 - Accès aux droits
 - Traitements des pathologies

« Accueillir, écouter, soigner et orienter toute personne en situation de précarité »

On peut considérer les PASS comme des spécialistes faisant partie d'une équipe pluridisciplinaire intra-hospitalière qui a le temps d'échanger et de comprendre le sens des problèmes. Les actions sont centrées sur le concept de prévention, ... avec un principe : « On fait avec MAIS PAS à la place de ».

Ainsi, au sein de l'hôpital, pendant plusieurs années c'est un véritable processus de formation-action qui a été mis en œuvre. Ainsi à partir de par exemple la situation d'une personne SDF pour laquelle autrefois l'équipe PASS était sollicitée pour régler le problème, elle expliquait quelle solution pouvait être trouvée (sollicitation du SAMU social pour un transport vers un hébergement) et RV à la PASS le lendemain. Ainsi, les cas compliqués d'il y a quelques années sont devenus des cas simples pour les Urgences, et la PASS est sollicitée pour les cas complexes.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

COMPOSITION DES EQUIPES

- *UF médico-sociale rattachée aux pôles*
- Un PH
- Un cadre de santé
- 1 ASE
- 1 IDE
- 1 poste de secrétaire

Terrain d'activité de la PASS

- Inscription de la PASS dans le cadre du projet du Pôle des Urgences
- Une coordination importante avec le Service Social

Type d'interventions :

- Accueil et prise en charge des patients « précaires » du SAU
- A la demande des services hospitaliers du CHUN (missions transversales)
- A la demande des partenaires extérieurs

Il est important que la PASS soit une Unité Fonctionnelle (UF) ; cela va faciliter sa reconnaissance et en particulier celle de l'AS au sein de l'établissement, notamment par les médecins.

L'inscription de la PASS dans le pôle des urgences a permis le financement d'un temps d'aide-soignant pour accompagner les patients. La coordination avec le service social est importante pour mettre en œuvre les interventions à effectuer dans les services.

La PASS accueille les patients au SAU, intervient à la demande des services en transversal et répond à la demande des partenaires extérieur, sans se déplacer à l'extérieur sur site, mais en participant à des réunions avec les partenaires du type RCPMSE.

Le but de la PASS

« la réinsertion des patients dans le circuit de droit commun d'accès aux soins dès l'accueil de ceux-ci dans les services de soins et aux urgences ».

MAIS

« il ne s'agit en aucun cas de créer des filières spécifiques pour les démunis ...cela doit être le même accès aux soins que l'ensemble de la population »

Premières actions menées au CHU (1)

- **Apporter une nouvelle vision de « prise en charge »**
 - ✓ Dépistage de la « précarité »
 - ✓ PEC médico-sociale
 - ✓ Notion de « projet » = dimension globale
 - ✓ Partage du « savoir », CAHIER IAO
- **Communication interne**
 - ✓ Proposer « conseil, information, orientation »
 - ✓ Logo + plaquette = Identification
 - ✓ Faire connaître le milieu associatif

Le but de la PASS c'est la réinsertion des patients dans une filière de soins pas étiquetée précarité. L'existence d'un logo et d'une plaquette facilite le repérage.

Premières actions menées au CHU (2)

- **Créer un « accès facilité » aux soins ambulatoires des spécialités**
 - ✓ Un référent médical par spécialité médicale
 - ✓ Accès facilité : bureau des entrées secrétariat de consultation
 - ✓ Accompagnement au RDV
- **Logiciel PASS**
 - ✓ Des indicateurs : tableau de bord
 - ✓ Suivi

Premières actions menées au CHU (3)

- **Améliorer le système de dispense des médicaments aux plus démunis**
 - ✓ Education à la prescription
 - ✓ Procédure de délivrance
- **Améliorer la prise en charge psychologique**
 - ✓ Dépistage
 - ✓ Partenariat CAP et CHS Ste Marie et EMPP
 - ✓ « Psycarité » et Accompagnement
- **Création d'un poste « aide soignant » PASS financé par le Pôle des urgences**

L'éducation des médecins à la prescription des médicaments aux plus démunis est très importante pour éviter des prescriptions inappropriées.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Créer des « projets de vie » qui tiennent la route



2 impératifs

1. Orienter et accompagner la personne en situation de précarité vers les structures les plus adaptées.
2. Contribuer à la réinsertion du patient dans le circuit de droit commun et assurer le lien entre les services administratifs, les médecins, l'équipe soignante et les structures médico-sociales extérieures

L'OBJECTIF

Renforcer les partenariats intra et extra hospitalier et ainsi formaliser des liens avec le milieu associatif ... permettant la mise en place d'actions coordonnées et de procédures communes

Ouverture à la ville (1)

- *Optimiser la prise en charge*
 - ✓ Assurer une continuité du soins
 - ✓ Coordonner les actions
 - ✓ Nécessité d'activer « les relais » en ville
- *Etat des lieux, « performances du territoires »*
 - ✓ Qui fait quoi ? Et comment ?
 - ✓ Additionner les compétences
 - ✓ Éviter les doublons de PEC
 - ✓ Fonction de Coordination

Ouverture à la ville (2)

Mise en place du « staff PASS »

- ✓ 1 fois / mois au CHUN
- ✓ Jusqu'à 60 participants
- ✓ Bonne représentation des partenaires

instaure une « confiance » et une « coordination »

- ✓ Missions de chacun
- ✓ Un dialogue plus vrai
- ✓ Pouvoir « passer la main »
- ✓ Rentrer « les uns chez les autres »

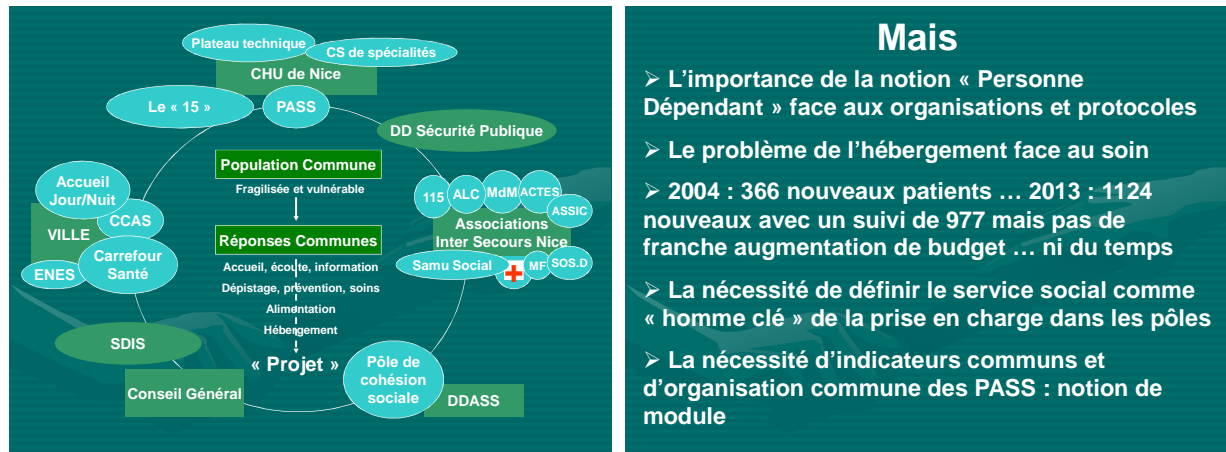
Ouverture à la ville (3)

- *La mise en place d'outils communs*
 - ✓ Une fiche de liaison unique
 - ✓ Indicateurs communs
 - ✓ Projet de « base de données » commune
- *La mise en place de protocoles de soins*
 - ✓ Protocole gale, « dépistage, prévention, traitement »
- *La mise en place de procédures de fonctionnement*
 - ✓ Samu social – SAU : passages réguliers
 - ✓ Procédure SDF au SAU
 - ✓ Procédure « Femmes battues »
 - ✓ Procédure Samu social - 15 – SDIS
 - ✓ Procédure d'accompagnement des patients par les associations à l'intérieur du CHUN

Ouverture à la ville (4)

- *La mise en place d'actions communes*
 - ✓ Mise en place d'une halte de nuit sur la ville de Nice (hiver 2004)
 - ✓ Création d'un vestiaire pour patient SDF au CHUN par la VMEH
 - ✓ Audit du Samu Social au SAU « Ressenti du personnel soignant »
 - ✓ Mise en place d'une structure « lits de soins infirmiers »
 - ✓ Mise en place de formation au CHUN (AFS, ENES)
 - ✓ Mise en place d'une formation du personnel du SAU (samu social)
- *Projets en communs*
 - ✓ Organiser un transport des SDF vers l'accueil de nuit après 23h
 - ✓ Mise en place de vestiaires, consignes et douches pour les personnes en précarité et en perte d'autonomie
- *La mise en place de conventions*
 - ✓ CHUN – CCAS (carrefour santé)
 - ✓ CHUN – Inter Secours Nice (40 assoc.)
 - ✓ CHUN – Accueil Femmes Solidarité - police
 - ✓ CHUN – ENES (mairie de Nice)

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA



Mais

- L'importance de la notion « Personne Dépendant » face aux organisations et protocoles
- Le problème de l'hébergement face au soin
- 2004 : 366 nouveaux patients ... 2013 : 1124 nouveaux avec un suivi de 977 mais pas de franche augmentation de budget ... ni du temps
- La nécessité de définir le service social comme « homme clé » de la prise en charge dans les pôles
- La nécessité d'indicateurs communs et d'organisation commune des PASS : notion de module

Malgré ces procédures, ces modules, la notion de personne dépendante est primordiale, car l'ensemble de ces dispositions ne peut fonctionner si l'on n'a pas en face de soi les bons interlocuteurs. Au-delà des soins ou des divers actes médicaux qui peuvent être pratiqués, c'est finalement l'hébergement qui est le nœud du problème. En l'espace d'une dizaine d'années le nombre de patients suivis a fortement augmenté, mais sans augmentation du budget. Avec l'AMU, on arrive à tout faire. Enfin, il est capital de souligner que le service social doit être défini comme « homme clé » de la prise en charge à l'hôpital.

Réponses aux questions de la salle :

Mme Gillino, MDM Nice : 80% des PASS, d'après l'enquête ont recours à l'interprétariat. Est-ce qu'il s'agit d'un recours systématisé avec dispositif identifié multilingue ou du recours à un personnel de la PASS parlant plusieurs langues ? Par ailleurs si les PASS ont évolué positivement, la TAA est une contrainte financière avec laquelle l'hôpital doit jongler. Si les PASS facilitent l'accès aux soins, il reste difficile du fait de la multiplicité des sites à Nice ou du fait que certaines missions de service public, notamment la cancérologie, sont confiées à des établissements de droit privé. Il arrive que des chèques de caution soient demandés à des patients en situation précaire. Finalement n'est-il pas plus difficile en 2013 d'orienter un patient à l'hôpital qu'en 2000 ?

Dr Coruble : pour ce qui concerne l'interprétariat, l'enquête ne permet pas de répondre précisément en terme de pourcentage, mais le plus souvent coexistent ces différentes solutions, c'est-à-dire recours à une liste d'agents hospitaliers parlant plusieurs langues et à Interservices Migrants s'il n'y a pas d'autres solutions.

Dr Tardieux : il y a effectivement des problèmes financiers, les crédits MIGAC financent le personnel, mais à Nice, pas les médicaments. Il y a aussi les crédits MIGAC précarité. La mise à plat des crédits MIGAC annoncés par la circulaire va peut-être permettre de mieux répartir ces crédits.

Pour les traitements lourds, c'est difficile. L'AMU permet de financer les examens, mais ensuite, sans AME, ce sera très difficile.

Dr Coruble : les crédits MIGAC précarité sont affectés globalement à un établissement hospitalier en fonction du poids des patients en situation précaire dans sa file active, pour compenser les surcoûts liés à leur prise en charge. Il n'est pas possible d'abonder le financement des PASS avec ces crédits. Il n'est pas exclu que la répartition des crédits MIGAC PASS soit appelée à évoluer suite à la circulaire du 18 juin 2013.

Pr Sambuc : concernant la TAA, les patients bénéficiant de l'AME voient leur séjour facturé sur la base d'un prix de journée et non sur la base du tarif forfaitaire TAA. Ce prix de journée est bien plus élevé que le tarif TAA, ce qui fait que le patient en situation précaire peut constituer une bonne affaire pour l'établissement !

Claire Ricciardi Planning Familial : concernant l'IVG, une personne n'a pu être prise en charge et a dû payer l'acte qui a été pratiqué. A interrogé le service social au CH Aix qui a indiqué qu'un patient étranger devait payer avant les actes.

Par contre un médecin de la Conception a indiqué que cela pouvait être pris comme un soin urgent. Qu'en est-il ?

Mme Brout : pas d'a priori à Aix pour l'accès aux soins, pas de chèque de caution. Mais l'acte doit être facturé. Si les patients sont envoyés par MDM c'est différent (cf. supra). Par contre, il y a une grande méconnaissance dans les établissements où chacun a son expérience personnelle qui peut s'appuyer sur des informations anciennes.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Mr Tanti-Hardouin : professeur à la faculté de médecine, économiste de formation

J'ai été surpris par le premier exposé, ce qui a été dit en termes de principes d'économie devrait s'appliquer à la population générale. Les médecins hospitaliers adhèreraient volontiers à du coût analyse en permanence, à des principes d'économicité, à la pratique industrielle de l'hôpital. La pratique des PASS n'est-elle pas un prétexte pour faire du social ?

Aujourd'hui en prenant en charge des roms, j'ai l'impression d'être dans une filiarisation de l'exclusion. Sans réel accès au droit commun. N'y a-t-il pas un danger ? Les PASS sont indispensables pour tenir compte du soin du social. Le mot précaire est dépassé, c'est le mot vulnérabilité qu'il faut employer. On va assister à une massification de la vulnérabilité. N'assiste-t-on pas à une structuration d'une filière un peu marginale pour la population socialement vulnérable ? Que peut-on faire pour décloisonner l'hôpital et parvenir à une plus grande pénétration de la médecine de ville ? Sur ce point, je viens de déposer un projet de formation à la faculté de médecine sur santé-précarité.

Dr Tardieux : Pourquoi faire des filières de soins à l'Hôpital (gériatrie, AVC, ...) et pourquoi ne pas imaginer une filière précarité (dans le contexte de certification et de demande de filiarisation du soin) ?

★ ★ ★

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

CMUC, ACS, AME, quelles collaborations développer avec l'Assurance- Maladie : l'exemple de la CPAM des Bouches du Rhône : *Matthieu le Gouic Sous-Directeur Optimisation et prospective, CPAM des Bouches du Rhône*

Constat de départ**Le constat de départ**

- Une difficulté récurrente de la CPAM des Bouches du Rhône à traiter rapidement les ouvertures de droits de certains publics précaires, et notamment ceux des PASS.
- Cette difficulté est notamment à relier aux caractéristiques de ce public et à la nécessité d'en avoir une approche spécifique, alors même que la caisse est organisée autour de processus standardisés dans une logique industrielle destinée à traiter des volumes importants. (235 000 dossiers de Cmu et Acs instruits par an, soit environ 1000 par jour travaillé, 48 millions de paiements faits chaque année, un fichier de 1 890 000 assurés)

CPAM DES BOUCHES DU RHONE DPS/SDOP
12/06/2014

2

- Des impacts importants :
 - Une facturation souvent effectuée directement à l'assuré à défaut d'affiliation, avec toutes les difficultés de recouvrement et de comptabilité associées.
 - Des sommes importantes en jeu modifiant les équilibres budgétaires des établissements lorsqu'elles restaient à leur charge.
 - Une affiliation tardive pouvant avoir un impact sur la date d'ouverture des soins (alors que l'assuré est déjà hospitalisé, ou est passé en soins externes).
 - Sans doute des non recours aux soins au final.

CPAM DES BOUCHES DU RHONE DPS/SDOP
12/06/2014

3

Le constat de départ est un peu tragique, la CPAM 13, ne sait pas aller vers les publics précaires du fait du nombre de personnes et donc de la taille du fichier des assurés. Ceci a des conséquences importantes : facturation à la personne, sommes importantes qui restent à la charge des établissements et très certainement des non-recours aux soins.

- Pour la CPAM la gestion des dossiers de la plupart des assurés reçus dans les PASS relevait d'une grande difficulté : publics peu à l'aise dans les démarches administratives, choc frontal entre l'exigence réglementaire et la réalité du vécu du public précaire, incapacité de fournir les justificatifs, publics chronophages et complexes à gérer dans les accueils.
- Ces dossiers représentaient donc une charge de travail extrêmement importante pour leur nombre.
- Il est vraisemblable que ce « choc » ait été à la base de renoncements aux droits.

CPAM DES BOUCHES DU RHONE DPS/SDOP
12/06/2014

4

- Pour les PASS, la difficulté de ces immatriculations et des relations avec la CPAM était une source de frustrations (missions non réalisés) et de tensions.
- A de nombreuses reprises des demandes d'interlocuteurs dédiés ont été faites.
- Cependant, de ci de là et sur la base de relations interpersonnelles des contacts directs pouvaient déjà exister.

CPAM DES BOUCHES DU RHONE DPS/SDOP
12/06/2014

5

La CPAM a une mission de service public ; la base de cette mission c'est d'appliquer une réglementation précise pour ouvrir des droits. Ces exigences de l'administration sont mal comprises par ce public, dont les contraintes de la vie quotidienne sont très loin de ces exigences. Par ailleurs, l'instruction de ces dossiers est très lourde pour la Caisse, et cela coûtait très cher en charge de travail.

Pour les PASS ces difficultés étaient également source de tension et d'incompréhension avec ce qui est là aussi perçu un autre monde. Des relations interpersonnelles pouvaient exister mais cela ne permettait pas de travailler correctement pour ces publics.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

La construction d'un partenariat

- Basé sur une logique gagnant/gagnant.
- Dont le point central est celui de la formation et de l'outillage des équipes des PASS, et la création d'un circuit spécifique à la CPAM.
- Mais aussi celui de la mise en place de référents de part et d'autre.

CPAM DES BOUCHES DU RHONE DPS/SDOP
12/06/2014

6

La construction d'un partenariat

- Un conventionnement et des outils de suivi simples.
- Une compétence forte des deux cotés sur les aspects réglementaires et techniques.

CPAM DES BOUCHES DU RHONE DPS/SDOP
12/06/2014

7

Pour la caisse, l'intérêt du travail en partenariat, c'est de pouvoir atteindre plus facilement les publics précaires, mais en même temps, il est nécessaire de s'appuyer sur une base de connaissances communes avec ces partenaires, ce d'autant qu'entre PASS et CPAM, il y a un véritable choc culturel entre deux mondes complètement différents : une assistante sociale qui est dans une relation individualisée avec une personne en situation précaire et d'autre part des agents administratifs à la CPAM qui sont dans une organisation de production industrialisée (la CPAM 13 reçoit 13 000 courriers/jour) et des circuits construits pour traiter ces volumes.

Il faut donc clarifier ce que la caisse peut faire sur le terrain réglementaire. Ceci a conduit à mettre en place une formation pour les équipes PASS et à identifier des référents de chaque côté.

Quatre indicateurs ont été choisis pour suivre les conventions qui ont été signées.

La compétence partagée, clef de la réussite

- Dans les premières réflexions internes à la Caisse Primaire il est apparu que la compétence partagée était une clef de la réussite.
- En effet, la CPAM est tenue par un contexte législatif et réglementaire dont elle ne peut s'écarter.
- Une connaissance commune et de même niveau de ce cadre par les partenaires est le socle fondamental pour travailler ensemble.

CPAM DES BOUCHES DU RHONE DPS/SDOP
12/06/2014

8

La compétence partagée

- Mise en place à la caisse primaire des fiches « opposables » aidant à la préparation des dossiers et faisant la « loi » des parties aussi bien en interne à la caisse primaire, qu'envers nos partenaires externes.
- Un volet formation des travailleurs sociaux (plus de 200 à ce jour, bien évidemment au-delà des simples PASS)

CPAM DES BOUCHES DU RHONE DPS/SDOP
12/06/2014

9

La compétence partagée est un point central. Elle repose sur la formation (200 travailleurs sociaux ont été formés tous dispositifs confondus) et la définition d'un corps de règle commun opposable à tous ; il s'applique tant aux PASS qu'aux personnels des CPAM (et cela ne va pas de soi). Ce partenariat permet aussi de repérer des dysfonctionnements et de les retravailler en interne à la CPAM.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

La compétence partagée : l'auto apprentissage

- Partant du constat de la nécessité d'une compétence partagée, l'idée a été de construire un dispositif « auto apprenant ».
- Le face à face lors de la remise des dossiers à la caisse primaire en constitue la pierre angulaire :
 - La CPAM apprend les spécificités de publics concernés.
 - La Pass progresse dans l'expertise de constitution des dossiers.
 - A terme, l'idée est lorsque le dispositif sera mature de supprimer cette phase de face à face, couteuse pour tous.

CPAM DES BOUCHES DU RHONE DPS/SDOP
12/06/2014

10

Les premiers constats : un partenariat exigeant

- Pour la caisse primaire qui doit faire respecter les règles du jeu en interne.
- Pour la PASS qui est soumis à la même exigence.
- Les dysfonctionnements font l'objet d'une fiche de signalement, dans le cadre de l'observatoire mis en place par la CPAM.

CPAM DES BOUCHES DU RHONE DPS/SDOP
12/06/2014

11

L'auto-apprentissage repose sur des rencontres régulières entre CPAM et PASS permettant à chacun de monter en compétence. A terme lorsque la quasi-totalité des dossiers seront complets, il ne sera plus nécessaire d'organiser ces face à face qui sont très consommateurs de temps. Ce partenariat est exigeant et c'est un levier pour faire cesser des pratiques individuelles, par exemple de certains agents de la CPAM qui sont trop laxistes ou qui vont au-delà des textes.

Les volumes :

- A ce jour (30 avril 2014) 2101 dossiers sont passés par ces conventionnements.
- 1030 au titre de la CMU, et 1071 au titre de l'AME.
- La population couverte est de l'ordre de 3200 personnes.
- Des difficultés ont été rencontrées dans une vingtaine de dossiers, actuellement en cours d'examen ou réglées.

CPAM DES BOUCHES DU RHONE DPS/SDOP
12/06/2014

12

Perspectives :

- Extension à l'ensemble des établissements de l' AP/HM en cours de réalisation.
- Ce modèle est aussi appliqué avec des intervenants associatifs (une trentaine de conventions en cours).

CPAM DES BOUCHES DU RHONE DPS/SDOP
12/06/2014

13

Depuis février 2013, 2101 dossiers ont été passés avec les PASS.

La passation d'autres conventions avec d'autres établissements hospitaliers est en cours (CH Edouard Toulouse, CH Aix,...). Ce partenariat est exigeant, il tient aussi, au-delà des conventions, à la qualité des personnes en place.

Mme Muriel Schwartz, Cadre socio-éducatif PASS APHM : cette convention a été mise en place à titre expérimental entre la CPAM et la PASS Conception, et s'étend maintenant à toute l'APHM. L'objectif, pour les équipes APHM, était de voir s'accélérer l'instruction des dossiers et de pouvoir s'adresser à un interlocuteur identifié en cas de difficulté. L'organisation mise en place à l'APHM prévoit que les AS PASS sont référentes pour les dossiers CMU/CMUC, AME, ACS et qu'elles se déplacent une fois/semaine sur les sites instructeurs CPAM.

L'instructeur CPAM valide ou pas la complétude du dossier avant de le transmettre.

Ceci permet de repérer des divergences sur la constitution du dossier, sa complétude ou plus largement sur la réglementation.

C'est à partir de l'étude de cas particuliers et complexes des patients pour lesquels l'accès aux droits et aux soins est compromis qu'une politique qualité émerge ; ainsi le service précarité de la CPAM et la FNARS centralisent ce travail au travers de fiches événements sur ces situations, transmises par les PASS.

Ce dispositif est positif, mais contraignant. Le souhait est qu'il continue à évoluer favorablement.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Réponses aux questions de la salle :

Dr Chantal Vernay-Vaïsse Conseil Général 13 : le CG a en charge les centres anti-tuberculeux et les CIDDIST avec des AS dans ces services. Ces services ouverts à tous accueillent de nombreuses personnes en situation de précarité. Ce partenariat CPAM/PASS est-elle envisageable dans d'autres champs (ex. tuberculose) avec des services médico-sociaux de droit commun ?

Réponse : La stratégie globale de la CPAM est conduit sur deux axes : un axe territorial (CCAS) et un axe sociologique (associations œuvrant auprès de certains publics tels que des personnes prostituées, toxicomanes, femmes isolées, autres...). Un partenariat existe déjà avec le CG (service de l'Aide soiale à l'enfance). Il est possible de discuter pour aller au-delà.

Mme Foks Assistante Sociale Centre de Lutte Anti-tuberculeux : les travailleurs sociaux ne peuvent obtenir de réponses sur des situations individuelles lorsqu'ils s'adressent par téléphone à la CPAM.

Réponse : Le numéro d'appel 36 46 est un numéro qui donne des informations générales et par ailleurs, il n'y a aucun moyen de vérifier si c'est bien un travailleur social qui appelle.

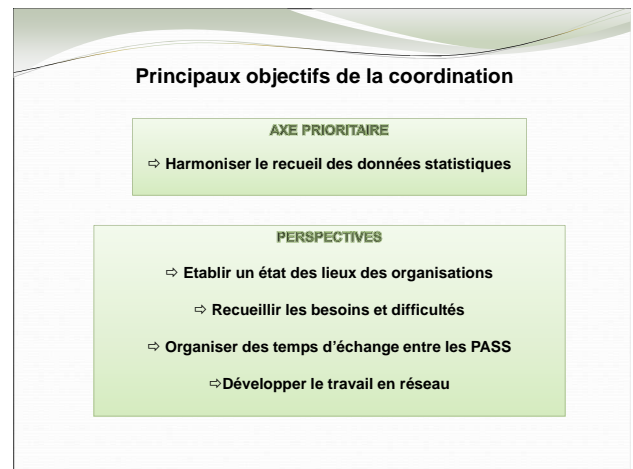
De plus, le CG est un interlocuteur d'une taille telle que la CPAM n'a pas les moyens d'apporter une réponse personnalisée à chaque travailleur social du département.

Il n'est pas possible, faute de moyens, de multiplier à l'infini les circuits particuliers, comme cela a été fait pour les PASS.

★ ★ ★

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Harmoniser le recueil des données des PASS en PACA : premiers travaux de la PASS régionale de référence : *Mme Muriel Schwartz (AP-HM), Dr Valérie Pierrot-Gumbs (CHU Nice) coordinatrices de la PASS régionale de référence*



Un premier contact avec les PASS de la région va être effectué par les deux coordinatrices pour réaliser un premier état des lieux, connaître les difficultés, les outils existants et ensuite instaurer des outils communs.

Le territoire de la région a été découpé en deux parties : PACA Est rattaché au CHU de Nice et PACA Ouest rattaché à l'APHM.

Le principal axe de la coordination est d'harmoniser le recueil de données et aussi de mutualiser les outils existants. Un premier travail est en cours avec l'ORU PACA. Il sera soumis aux PASS pour avis.

Contacts :

PACA Est *Dr Valérie Pierrot-Gumbs (CHU Nice) médecin coordinateur CHU de Nice*
Tél. : 04 92 033 213 courriel : PIERROT-GUMBS.V@chu-nice.fr

PACA Ouest *Mme Muriel Schwartz Cadre socio-éducatif à l'AP-HM*
Tél. : 04 91 38 14 11 courriel : Muriel.SCHWARTZ@ap-hm.fr

Réponses aux questions de la salle :

Pr Sambuc L'harmonisation ne devrait-elle pas être engagée au niveau national ?

Dr Coruble Ce serait sans doute très compliqué et par ailleurs, cela risquerait de prendre encore plus de temps, voire de ne jamais être réalisé.

Dr Pierrot-Gumbs Ce qui sera fait au niveau régional pourra peut-être être repris au niveau national.

Dr Claire Georges A l'AP-HP, cela n'a pu aboutir. Des travaux sont sans doute en cours à l'image de ce qui a été fait en Haute-Normandie. On se heurte à la multiplicité des modèles.

★ ★ ★

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

L'accès aux soins des personnes sans abri

Modérateur : Dr Didier Febvrel, Service Santé Publique et Personnes handicapées – Ville de Marseille

Modalités et contraintes des recours aux soins pour les personnes sans abri à Marseille. Résultats d'une recherche conduite auprès de 130 personnes fréquentant accueil de jour et centres d'hébergement d'urgence. *Cyril Farnarier, socio-anthropologue, chercheur correspondant au Centre Norbert Elias (UMR 8562) et chercheur associé CNRS UMI 3189*

Modalités et contraintes des recours aux soins pour les personnes sans abri à Marseille

Introduction

Cyril FARNARIER
Chercheur correspondant en CNE (UMR 8562)
et chercheur associé CNRS – UMI 3189

M. FANO, C. MAGNANI, Y. JAFFRE

« L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA »
12/06/2014



- Enquête TREPSAM : Terrain d'enquête
 - 4 Accueils de nuit
 - 5 Accueils de jour
 - Un centre de consultation médicale et sociale
 - Une unité mobile
- 129 personnes interrogées
- Données déclaratives : le point de vue de personnes

L'enquête TREPSAM : trajectoires de soins des personnes sans abri à Marseille est un dispositif comportant à la fois des observations directes, la passation d'entretiens qualitatifs et la passation de questionnaires. Elle s'est déroulée entre juin 2013 et janvier 2014 dans 11 structures d'accueil bas seuil. Elle a été financée par l'ARS PACA et a bénéficié d'un double portage par le laboratoire de santé publique de l'APHM et l'Unité mixte internationale du CNRS UMI 3189. Cette enquête a été conduite par Cyril Farnarier, Mattéo Fano et Carlotta Magnani et elle s'inscrit plus largement dans le dispositif ASSAb (Accès aux soins des personnes sans abri à Marseille).

C'est la partie ethnographique qui sera abordée ici pour documenter les situations de recours et de non recours aux soins, afin de rendre compte des situations concrètes telles qu'elles ont été vécues par les personnes. Les données présentées sont des données déclaratives. Il ne s'agit donc pas d'un état des lieux de l'offre existante, mais de sa perception, sa mobilisation et son utilisation par les personnes.

Dans une première partie, c'est le cadre de la vie sans chez soi qui va être posé, car il correspond à des éléments qui déterminent et expliquent une partie des recours, non recours et refus de soins. Dans une seconde partie, nous verrons quels sont les éléments qui influent sur les recours aux soins des personnes que nous avons rencontrées.

I - Vivre « sans chez soi »

I – Vivre « sans chez soi »

- La structuration d'une journée
- Des déplacements constants

Femme de 49 ans. Ses journées sont strictement organisées : le matin, quand elle sort du Foyer, elle va à l'Accueil De Jour. Vers 11h00 ou un peu avant, elle va à la gare pour se connecter avec son ordinateur. De là, elle va manger au restaurant social, pour après revenir à l'ADJ, d'où part le car qui la ramène au Foyer. Elle exprime une grosse fatigue, car elle n'a jamais de repos. (N 110)

Une partie importante des actions que nous effectuons quotidiennement sans nous en rendre compte demandent pour les personnes sans lieu de vie personnel de trouver où assouvir ces besoins primaires : manger, boire, dormir, aller aux toilettes, se laver...

Différents lieux dans la ville offrent ces différents services et les personnes circulent, généralement à pied, chaque jour entre ces différents lieux pour accéder à chacun de ces services (diapo ci-contre). Dans les différents lieux l'offre de services ne permet pas de répondre à tous ces besoins, notamment du fait du nombre de personnes.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

I – Vivre « sans chez soi »

- La structuration d'une journée
- Un emploi du temps contraint

Il ne va pas manger [là bas] car c'est trop tôt le matin et après il aurait encore faim. Du coup il achète des sandwiches, quand il a assez d'argent. (N 156)

« Je prends ma douche le soir parce que le matin il y a trop de monde [...] Quand j'étais chez moi, je prenais ma douche le matin » (N 48)

I – Vivre « sans chez soi »

- La structuration d'une journée
- Un emploi du temps contraint

« Mon vrai problème c'est ce foyer qui est toujours dans ma tête. Je voudrais visiter Marseille et aussi d'autres villes de France mais je ne peux pas... Même si j'ai la carte transport gratuit. Je dois me présenter tous les jours à 12h/13h au foyer pour prendre la place, sinon je risque de me retrouver à dormir dehors... (...) donc, je passe mes journées aux alentours du Foyer et quand je peux rentrer, je rentre... Sauf si j'ai RDV avec l'assistant social à rue Consolat (N 39)

La personne va donc développer une tactique personnelle pour subvenir à ses besoins, ce qui implique des déplacements exigeant de l'énergie et de l'organisation notamment pour savoir que faire de ses affaires personnelles pendant ces déplacements (les laisser ou pas à un endroit et à quelles conditions).

Chaque structure offre des services, mais avec ses propres règles de fonctionnement (animal accepté, possibilité de consommer de l'alcool) et ses contraintes horaires. Ex pour laver son linge il peut être nécessaire de prendre rendez-vous une semaine à l'avance. On ne peut choisir le moment ou satisfaire un besoin. Par ailleurs tout cela laisse peu de marge de manœuvre pour organiser sa journée. L'espace géographique et l'espace temporels sont contraints. Entre les contraintes horaires, les déplacements et la surcharge de services, il est nécessaire de s'organiser et parfois de renoncer à tel ou tel autre besoin (ne pas se laver, ne pas manger, etc...).

I – Vivre « sans chez soi »

- Les contraintes et la débrouilles autour des besoins primaires

- Aller aux toilettes

« Pour les petits besoins, je vais ici [au Foyer] parce que je ne peux pas faire autrement, vu que j'ai souvent envie d'aller aux toilettes ; mais pour le gros besoin non, ici c'est dégueulasse, je vais à la mosquée ». (N 31)

« L'été c'est plus simple, au parc il y a les toilettes pour handicapés avec l'eau. Les gardiens laissent parfois les toilettes ouvertes, la nuit, ils sont gentils, ils pourraient être virés pour ça ». (N 165)

I – Vivre « sans chez soi »

- Les contraintes et la débrouilles autour des besoins primaires

- Se laver

« Je voudrais prendre la douche tous les jours, mais les douches sont trop sales, vraiment dégueulasses donc je prends une fois tous les deux jours » (N 31)

D'autre part, il est nécessaire de considérer la dimension qualitative de cette offre : p. ex. aller aux toilettes (diapo ci-dessus). A Marseille, il n'y a pas ou très peu de toilettes publiques gratuites. La possibilité de faire ses besoins dépend de l'horaire, des saisons, des lieux, de l'argent disponible et des relations que la personne aura su tisser pour accéder à tel ou tel lieu.

Pour se laver, de même, il faudra connaître les horaires de nettoyage des lieux pour avoir une cabine propre, les pics de fréquentation pour être sûr d'avoir de l'eau chaude, les dimensions des cabines pour savoir si un fauteuil roulant peut y accéder.

Idem pour la nourriture, avec l'impossibilité de choisir son repas ce qui amène à ne consommer que certains aliments pour tenir un régime spécifique (ulcère, cholestérol, problème cardiaque), à renoncer à son régime au détriment de sa santé ou à ne pas manger.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

I – Vivre « sans chez soi »

- Les contraintes et la débrouilles autour des besoins primaires

- Dormir

« au début, j'ai dormi là-bas quatre jours et on m'a tout volé » (N 57)

« Tu sors à 8h sans avoir eu la possibilité de te reposer vraiment, donc tu es mal : il y a le froid, la fatigue et tout le reste... C'est un véritable combat avec la vie » (N 41)

I – Vivre « sans chez soi »

- Les contraintes et la débrouilles autour des besoins primaires

- Dormir

« Je reviens tous les hivers parce que dehors c'est trop froid pour y rester, mais l'été je préfère rester dormir à la rue : ce n'est pas évident de vivre au Foyer, ça ne me plaît pas. (...) dès qu'il commence à faire chaud, je préfère dormir à la rue » (N 27)

De même, on dort mal dans les foyers d'accueil (bruit, insécurité, qualité du couchage ...), certains préfèrent l'hôtel (mais il faut de l'argent), mobilisent leurs connaissances personnelles ou dorment dans la rue dès que le temps le permet.

I – Vivre « sans chez soi »

- Un milieu pathogène

- Contagion et parasite

« même si on est en bonne santé, on va vite tomber malades... parce qu'il y a plein de microbes. Ça suffit qu'il y ait une personne malade pour qu'il y ait une épidémie. C'est surtout à cause du manque d'information » (N 125)

Le médecin du foyer lui a dit : « Mais monsieur, ici les gens vivent avec ! Ça se voit que vous êtes nouveau ! »

Vivre sans chez soi met le corps à l'épreuve. Maintenir une hygiène de vie demande des efforts considérables.

On mange mal, on dort mal, on se lave peu, il est parfois plus facile de jeter son linge que le laver.

Les représentations de la contagion sont donc très fortes et non dénuées de fondement. La promiscuité entre les gens facilite la circulation des germes et des parasites. L'ensemble de ces conditions est source de stress et d'angoisse.

I – Vivre « sans chez soi »

- Un milieu pathogène

- Santé mentale

« ça va de pire en pire parce que je m'accroche à mon malaise : je me sens un peu paumé, je ne sais pas quoi faire... peut-être qu'il faut aller parler avec un psy. (...) j'en ai marre des médecins et de leurs solutions qui ne servent à rien : ils savent seulement me donner des cachets pour dormir... Mais c'est pas ça mon problème, c'est que je ne suis pas bien dans ma peau, je ne l'avais pas quand j'étais en Algérie... Là-bas c'était différent parce que je travaillais et j'avais ma paie » (N 30)

I – Vivre « sans chez soi »

- Un milieu pathogène

- Santé mentale

« Le Samedi et le Dimanche, je peux rester au Foyer toute la journée mais en semaine je dois sortir et trainer dehors jusqu'à 12h avant de pouvoir rentrer. Alors, je traîne à Belsunce, entre la porte d'Aix et la rue des dominicaines... Mais je n'aime pas : d'abord, à la porte d'Aix, le gens font des trucs illégaux et je n'aime pas, je n'aime pas les fréquenter... Et, puis, je n'ai pas d'argent, je ne peux rien faire... Cette situation pèse beaucoup sur mon humeur : pour ne pas faire de mauvaises pensées, je dois prendre quatre cachets au lieu d'un » (N 44)

Toute difficulté psychique sera aggravée par ces conditions de vie. À la violence sociale subie par les personnes, s'ajoute la violence physique et verbale. Violence des déplacements subie dans des espaces publics qui sont de plus en plus des lieux de circulation et de consommation et de moins en moins des lieux de vivre ensemble (cf. Rapport Deckmin, 2014, "La place des Sans-abris dans la ville" réalisé pour la Fondation Abbé Pierre, la Fondation PSA Peugeot-Citroën, Habitat Alternatif Social).

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Ainsi, alors même que les personnes dorment mal, il leur est très difficile de se reposer pendant la journée.

I – Vivre « sans chez soi »

■ Un milieu pathogène

■ Désœuvrement

« On se fait chier ! Matériellement, culturellement, émotionnellement... C'est pour ça que les gens commencent à boire » (N 165)

« Franchement, ici [à Marseille] il n'y a rien à faire et je m'ennuie beaucoup [...] ici ma seule occupation, c'est les piqûres. » (N 5)

I – Vivre « sans chez soi »

« [Ici] on mange pour survivre et on ne vit pas pour manger comme ceux qui ont de l'argent » (N 48)

Envie	Besoins
Manger	Se nourrir
Se coucher	Dormir
Se baigner	Se laver
Flâner	Trainer

Un paradoxe est à souligner entre ces emplois du temps qui d'un côté sont rythmés et contraints et d'un autre, les longs moments d'inoccupation qu'ils comportent. De nombreuses personnes font alors part de leur ennui et de leur désœuvrement, que certains combattent par des consommations qui ne sont jamais sans conséquences économiques et sanitaires.

Si chaque personne développe ses propres tactiques, tous se voient suivre une carrière de vie dans la rue, avec un apprentissage des techniques pour se sortir des difficultés du quotidien. Pascale Pichon dans son ouvrage intitulé « Vivre dans la rue » écrit en 2006 : « A l'hésitation, à la honte, à la répugnance des premières démarches succèdent l'adaptation la familiarisation, l'habitude ». Au fil de l'avancée dans la carrière, c'est l'ensemble des représentations de soi, de son rapport au corps et à ses besoins qui changent. Le bien-être et l'envie sont remplacés par le besoin et le nécessaire. S'occuper de soi, devient secondaire. On voit ainsi comment peuvent être construits des couples d'opposition à partir des besoins primaires selon qu'ils sont accomplis par envie ou par nécessité (diapo ci-dessus à droite) p. ex. se coucher dans son lit vs dormir par nécessité ou flâner pour passer du temps dans la ville vs traîner, pour « tuer » le temps en attendant la suite...

II - Les recours aux soins

Comment sont gérés les événements de santé ?

II – Les recours aux soins

■ 129 questionnaires : 243 événements de santé

Abcès dentaire, Addiction, Allergie au crane, Allergie au pollen, Ampoule au pied (3), Angine (3), Arcade sourcilière cassée, Baisse de la vision, Besoin de repos, Blessure à la tête et au bras, Blessure au bras (3), blessure au nez, blessure au pied, blessure au visage, Blessures superficielles, Blessures aux visages et au corps et contusions, Boutons rouges aux cuisses, Bras cassé, Bronchite (4), Bronchite chronique, Bronchite et fièvre, Brûlure à la main, Brûlure d'estomac, Bubon sous l'aisselle gauche et pulsations du nerf de la jambe gauche, Caillots de sang dans les testicules, Cancer, Carie dentaire (3), Champignon aux pieds, Chute, Chute et mal au dos, Claquage du genou, Coma (2), Comme une pelade, Condylome, Contusion, Contusion et traumatisme crânien, Contusions et choc (2), Coup de couteau (2), Coups de couteau à la cuisse et aux poignets, Coupé le nerf du doigt, Coupure tendon doigt, Crevasses aux pieds, Crève, Mal à la tête jusqu'au nez, Crise d'asthme, Crise d'épilepsie (6), Crise de nerf (2), Déchirure musculaire (2), Décollement du poumon, Démangeaison, Dépression (6), Dépression et idée suicidaire, Dérangement gastrique, Désarticulation du pouce, Détachement prothèse dentaire, Diarrhée, Dislocation doigt de pied, Douleur (à la cervical, à une dent, articulaire au genou, au corps, au genou, au ventre, aux cotes, aux dents de sagesse, à la colonne vertébrale, à l'estomac, à l'orteil, à la poitrine, aux jambes), Douleurs liés à la dégénérescence de la sclérose en plaques (2), Endormissement, Enervement, Entorse à la cheville, Entorse à la main, Envie suicidaire, Evanouissement, Fatigue importante, Fièvre (3), Forte difficulté à uriner, Foulure pied, Fracture (de la clavicule, du doigt, de la Jambe, de la mâchoire, de la main), Gale (6), Gastro, Genou coincé, Glande de la gorge gonflée, Glaucome oeil, Gonflement au front, Gonflement de la mâchoire, Grippe (16), Grippe et fièvre (2), Grippe et bronchite (2), Grippe intestinale, Grossesse, Hémorroïdes, Hépatite C (2), Infection bénigne, Inflammation de la main, Kyste à la cuisse, Laryngite, Mal (à la tête (3), aux dents (9), au bras, au bras et au sternum, au coude, au dos (3), au genou, au pied, au pouce, aux jambes, à la tête et angoisse, de tête avec bouffée de chaleur et yeux rouges), Mycose aux pieds, Migraine (3), migraine avec baisse de vue et vision de tâches, Nez qui coule, Nodule à la thyroïde, Perte d'appétit (2), Perte d'un plombage, Perte d'une zone de cheveux blancs, Perte de deux dents, Perte de mémoire, Plus aucune dent, Poux (3), Poux de corps, Pré-infarctus, Presque Dépression, Problème à la prostate, Problème au ventre, problème au visage, Problème de vue, Problème orteil, Problème prostate, Problème respiratoire, Problème thyroïde, Propagation d'une infection, Quinte de toux, Rage de dent (2), Refaire des prothèses dentaires, Rhinite, Rhinopharyngite, Rhume (4), Rupture tendon d'Achille, Ses dents se cassent et tombent, SIDA, Tache au poumon, Tachycardie et douleur poitrine, Tendinite, Tentative de suicide à l'alcool, Tête cassée, Torou la cheville, Tousse très forte (3), Toux (4), Toux et mal de gorge, Toux et Nez qui coule, Toux avec vomissement et sang, Trois balles dans la jambe, Traitement méthadone, Tuberculose, Tumeur prostate, Urine remonte dans les reins, Vomi du sang, Yeux qui brûlent, Zona,

129 questionnaires ont permis de reconstruire des trajectoires pour 243 événements de santé très variables, de l'abcès dentaire au zona ou du coup de couteau à la crevasse au pied. L'intérêt était notamment, à travers la variété de ces événements, de voir le parcours de soins auxquels ils ont donné lieu et l'évaluation après coup de la gravité que la personne attribuait à ces événements. Ceci éclaire les recours aux soins ou à l'inverse les motifs de refus ou de renoncement aux soins.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

II – Les recours aux soins

- Perception et évaluation d'un problème de santé
« Je n'arrive pas à prendre soin de moi... mon seul souci est de rester tranquille, et arriver à dormir » (N 123)
- Evaluer la gravité
 - Incapacité provoquée
 - Douleur
 - Modifications visibles

Pour qu'un problème de santé soit pris en considération, il faut d'abord qu'il soit repéré et identifié. Après repérage des symptômes, la personne va évaluer sa gravité et ici, trois éléments clés déterminent sa gravité :

- l'incapacité provoquée : plus l'incapacité est grande, plus le problème sera jugé grave (une ampoule au pied, parce qu'elle gêne les déplacements, peut être « grave »)
- la douleur : qui lorsqu'elle est trop forte, rejoint la question de l'incapacité
- les modifications visibles : qui peuvent être facteurs de stigmatisation ou manifester un état de faiblesse, ce qui n'est jamais bon dans la rue.

II – Les recours aux soins

- Perception et évaluation d'un problème de santé
« Je n'arrive pas à prendre soin de moi... mon seul souci est de rester tranquille, et arriver à dormir » (N 123)
- Evaluer la gravité
 - Sous-estimation
 - Expériences préalables

Très souvent, la gravité de l'évènement est sous-évaluée, d'une part parce que, dans la rue, tout le monde a des problèmes de santé et cela fait partie du référentiel commun. Et d'autre part du fait de la consommation de substances psycho-actives qui atténuent le ressenti de la douleur et va permettre de supporter un problème de santé qui ne serait pas supportable autrement.

Toutefois, une expérience préalable peut aider à prendre conscience du risque lié au problème en cours si l'on ne s'en occupe pas.

II – Les recours aux soins

- Automédication
 - Agir sur soi / usage de produits
 - Expérience personnelle et savoirs bricolés

Un homme ayant attrapé la gale au foyer, se soigne d'abord avec les produits donnés par le médecin du Centre De Consultation Gratuite. Mais après être guéri et l'avoir rattrapée aussi vite, il décide de pulvériser de l'insecticide sur ses vêtements, ses affaires et sur lui-même. La solution, de son point de vue, était « pas chère et logique », et lui a permis d'éviter la queue pour revoir le médecin. Il a ensuite préféré dormir à la gare Saint-Charles. (N 115)

II – Les recours aux soins

- Automédication
 - Agir sur soi / usage de produits
 - Expérience personnelle et savoirs bricolés
 - Usage des consultations médicales

Une fois l'évaluation faite, il est très fréquent que le premier recours soit de l'**auto-médication** :

- agir sur soi, en modifiant ses habitudes de vie (moins fumer), ne plus prendre de douches (parce que les conditions de la douche sont néfastes – courant d'air, absence d'eau chaude, etc...)
- consommer des médicaments ou des substances psycho-actives pour rendre le symptôme supportable, toutes ces pratiques étant le fruit de l'expérience ou de savoirs bricolés (cf. diapo ci-dessus à gauche)
- usage détourné des consultations médicales pour tenter d'obtenir le traitement dont on pense avoir besoin.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

II – Les recours aux soins

- Recours au système de santé
 - Proximité et contingence
 - Proximité : le personnel des structures
 - Contingence : à l'occasion

A un certain moment, dans le squat où elle dormait, tout le monde a eu un problème de peau. Donc, elle est allée voir un dermatologue. Celui-ci lui a ordonné de faire une prise de sang, qui a révélé le VHC. (N 162)

II – Les recours aux soins

- Recours au système de santé
 - Proximité et contingence
 - Proximité : le personnel des structures
 - Contingence : à l'occasion
 - Proximité et contingence : le travail de rue

Pour le **recours au système de santé**, deux éléments sont pertinents :

- Proximité : Les premières personnes mobilisées sont celles qui sont directement accessibles : celles travaillant dans le centre d'accueil : soignants, travailleurs sociaux mais aussi agents d'accueil, ce qui pose la question de leur capacité à réorienter.
- Contingence : « événement imprévisible tributaire de circonstances fortuites » et donc quelque chose qui peut avoir lieu, ou pas. Il s'agit alors de trouver une ressource « à l'occasion de » p. ex. à l'occasion d'un RV avec un soignant, aborder un autre problème que celui dont on avait prévu de parler.

Les équipes mobiles sont au croisement de la proximité et de la contingence, puisqu'elles se rendent auprès des personnes, mais sans jamais être assurées de pouvoir les trouver.

II – Les recours aux soins

- Recours au système de santé
 - Proximité et contingence
 - Confiance (personne, statut, institution)

« Ici [au Foyer] c'est des bénévoles, c'est pas bon...ils ne voient pas s'il y a des problèmes ». Les autres fois, il s'adresse au Centre De Consultation Gratuite, sans savoir que là-bas aussi les médecins sont des bénévoles. (N 149)

II – Les recours aux soins

- Recours au système de santé
 - Proximité et contingence
 - Confiance (personne, statut, institution)
 - Habitudes

D'autres éléments guident les conduites des personnes lors de leur recours aux soins :

- la confiance : en une personne ou dans son statut (bénévole ou professionnel) ou confiance en une institution (ex. hôpital).
- les habitudes de vie : vont orienter très fortement les habitudes de soins.

Réciproquement, l'éloignement, l'absence d'occasion, la perte de confiance ou le développement d'une méfiance seront des motifs très forts de renoncement aux soins.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

II – Les recours aux soins

- Entraves aux recours
 - Animaux de compagnie
 - Ordre des priorités
 - Méconnaissance du système de soin
 - Expériences subjectives et circonstanciées
 - Système complexe et supposé « objectif »

II – Les recours aux soins

- Entraves aux recours
 - Animaux de compagnie
 - Ordre des priorités
 - Méconnaissance du système de soin
 - Conditions de vie dans la rue
 - Complexité du suivi
 - Refus des « effets secondaires »

Les entraves au recours aux soins :

- Les animaux de compagnie : sont acceptés par peu de structures, qu'elles soient de soin, d'accueil ou de mise à l'abri.
- L'ordre de priorité : le quotidien est occupé par différentes obligations (cf. supra) donc un problème de santé ne deviendra prioritaire qu'en fonction de son degré de gravité perçu. Les recours aux soins se font donc souvent dans l'urgence. Par ailleurs, se soigner demande d'avoir des droits ouverts, et d'avoir fait différentes démarches administratives qui elles ne supportent pas l'urgence et ne se trouvent jamais au premier rang des priorités... ce qui empêche le recours aux soins.
- Méconnaissance du système de soins : les personnes ne comprennent pas comment fonctionne le système de soins, leur connaissance est le fruit d'expériences passées, ces expériences subjectives et circonstanciées déterminent la connaissance d'un système très complexe et censé être objectif. Ainsi un refus antérieur pour une personne dans une situation particulière peut être interprété comme un refus permanent pour tous. Dans cette circulation d'informations erronées, le rôle des opérateurs n'est pas neutre car, compte tenu de la complexité du système de santé, les personnes peuvent recueillir d'un service à un autre des informations contradictoires, potentiellement erronées et donc incomprises, aboutissant à un mésusage des services ou un renoncement aux soins.
- Conditions de vie dans la rue : vivre dans la rue rend impossible ou complexe le suivi d'un traitement (conservation des médicaments ou prise du traitement). Pouvoir ou pas suivre une convalescence après un soin peut amener à retarder ou à renoncer à des soins. Certaines prescriptions sont inadaptées (par ex : injections quotidiennes par infirmière à domicile). Enfin des soins peuvent être refusés à cause de la gêne qu'ils occasionnent ou d'effets secondaires trop délétères comme c'est le cas pour certains traitements (somnifères ou neuroleptiques) qui entraînent une grande méfiance car la protection de soi ou de ses effets personnels impose de ne pas avoir de baisse de la vigilance. Il en va de même pour des prescriptions jugées trop incapacitantes (attelles, béquilles, plâtres...).

II – Les recours aux soins

- Entraves aux recours
 - Animaux de compagnie
 - Ordre des priorités
 - Méconnaissance du système de soin
 - Conditions de vie dans la rue
 - Problèmes de papier
 - Problème judiciaires
 - Troubles psychiatriques

- Problèmes de papiers : Alors que la conservation des papiers est un véritable problème, les faire faire ou refaire est extrêmement difficile, voire impossible, du fait de la complexité administrative des dossiers à constituer, et de l'interdépendance des pièces qui les composent. Plus la démarche pour accéder à des papiers sera longue et moins elle aura de chances d'aboutir, chaque RV étant soumis aux contingences quotidiennes vues supra.
- Problèmes judiciaires : se tenir le plus loin possible de toute administration (Urgences y compris) pour ne pas être retrouvé

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

- Troubles psychiatriques : interviennent dans le rapport des personnes aux soins ou aux soignants.

Usages et mésusages du système de soins

Les personnes, lorsqu'elles arrivent à accéder à un service de santé, vont essayer de l'utiliser de la manière la plus profitable. Ce n'est pas l'apanage des personnes sans abri. Mais cela rentre ici dans une routine de la débrouille, où les conditions de précarité amènent les personnes à savoir tirer partie des situations.

II – Les recours aux soins

- Usages et mésusages du système de soin
 - Adapter les prescriptions médicales
 - Usage détourné d'un service proposé
 - Détournement des droits
 - Mésusage et stratégie, côté soignant

- Adapter les prescriptions médicales : soit adaptation des posologies (automédication), soit détournement des consultations pour se procurer un produit.
- Usage détourné de la fonction manifeste d'un service : par ex. : aller à un endroit pour bénéficier de ses conditions d'accueil (faire un dépistage pour se reposer en salle d'attente)
- Détournements des droits : utiliser la carte Vitale d'un autre (en général avec la complicité des soignants)
- Côte soignant, il y a des erreurs d'utilisation de services qui peuvent être faites quelle qu'en soit la raison. Il y a aussi des usages

détourné par les soignants faute de mieux pour régler des situations inextricables. Il peut y avoir enfin négociation entre les soignants, la situation et la personne qui amène à détourner volontairement l'usage d'un service pour accrocher cette personne. Par exemple, le côté hospitalier de l'hôpital (possibilité de se reposer) va être mis en avant pour traiter un problème de santé.

Conclusion

Conclusion

- Modification du rapport à soi, au soin, à la santé
- La fonction de la santé
- Faire avec : usages et tactiques

Les conditions de vie générale des personnes sans abri entraînent une modification du rapport à soi, au soin, à la santé, et du fait d'un emploi du temps quotidien très contraint, cela relègue souvent les questions de soins au second plan.

L'analyse des motivations de prise en considération d'un problème de santé que sont la douleur, les symptômes incapacitants ou une expérience vécue amène à questionner la santé comme valeur, comme bien en soi qui serait recherchée sans contrepartie. Si la santé ne devient une préoccupation que quand elle fait défaut, ce n'est pas parce qu'elle a une valeur pour elle-même, c'est qu'elle a une

fonction : être en bonne santé quand on est dans la rue, ce n'est pas une finalité, c'est un moyen de se déplacer, de travailler, de se maintenir, de ne pas tomber plus bas.

La notion de tactique évoquée plus haut dans la question des usages et mésusages est empruntée à Michel de Certeau² qui dans un chapitre intitulé « faire avec : usages et tactiques » explique que la consommation est un acte de production : elle produit un art de faire : celui de consommer à sa manière. Et je le cite : cette consommation « a pour caractéristique ses ruses, son effritement au gré des occasions, ses braconnages, sa clandestinité, son murmure inlassable, en somme une quasi-invisibilité puisqu'elle ne se signale guère par des produits propres mais par un art d'utiliser ceux qui lui sont imposés » (p.53).

² De Certeau Michel (1980) *L'invention du quotidien Tome 1 Art de faire*, UGE, Paris, coll. « 10/18 »

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Réponses aux questions de la salle :

Dr Didier Febvrel : Qu'est-ce qui vous a surpris dans cette enquête ?

Cyril Farnarier : c'est la question du recours dans la proximité et la notion de contingence, c'est-à-dire le fait de se soigner quand l'occasion se présente. Cela montre à quel point, le recours aux soins n'est pas prioritaire tant que ce n'est pas urgent ou vital. Le rapport au corps et à la santé qui se construit ici, contraint par les situations sociales des personnes, s'inscrit en faux par rapport aux préoccupations grandissantes pour les questions de santé dans la société en général.

Mattéo Fano : c'est le fait que pour ce public, la santé est un moyen, mais pas une valeur absolue comme elle l'est pour nous-mêmes. Les difficultés qui sont rencontrées pour des gestes très simples de la vie quotidienne : se laver, se laver les dents, ... cela amène les personnes à des situations d'urgence. Et si l'on considère cela sous un angle économique, pour ne pas résoudre ces petits problèmes très simples qui coûteraient très peu chers, cela conduit pour ces populations à des recours en urgences très coûteux.

Carlotta Magnani : le fait que certains dispositifs pour favoriser l'accès aux soins, comme l'AME, sont perçus une source de danger (la possession d'une carte d'AME venant prouver la situation d'irrégularité de la personne) et donc ne sont pas utilisés.

★★★

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Table ronde : Aller vers les personnes sans abri et favoriser l'accès aux soins et la continuité des soins - Présentation et échanges autour de l'expérience de plusieurs dispositifs :

- Centre Hospitalier Montperrin : *Dr Florence Pesce*
- Inter Secours Nice : *Marie-Louise Fenart*
- FNARS – projet "Accès aux soins des personnes sans abri" (ASSAb - Marseille) : *Noura Payan*

Dr Florence Pesce

Mme le Dr Florence Pesce est psychiatre, responsable de l'Equipe Mobile Santé Mentale Précarité (EMSMP) et de la PASS Psy. au CH Montperrin à Aix en Provence. En tant qu'EMSMP et PASS, il est nécessaire de se fondre dans le décor et cela prend des années pour créer les conditions d'une rencontre. L'EMSMP comprend trois infirmières, une assistante sociale, une psychologue, un médecin généraliste et elle-même. C'est une présence régulière, répétée, toute l'année dans la rue, sur des jours fixes, qui permet de faire partie du paysage, de s'immerger, d'observer et ainsi de rentrer en lien avec les personnes qui y sont présentes.

A côté du travail de rue, une partie du travail se fait aussi sur des lieux d'accueil et d'hébergement. Il ne sera pas abordé ici.

Il est important de prendre en compte les besoins prioritaires (se doucher, dormir quelque part, manger..) à côté des questions de santé ; avant de chercher à soigner, il est d'abord nécessaire d'écouter la personne quelles que soient les difficultés qu'elle mentionne, telles que trouver un endroit où dormir le soir. Cela peut concrètement revenir p. ex. à aider une personne à construire un barrage pour rejoindre son campement de l'autre côté de la rivière. Ce n'est pas du soin, mais il est nécessaire d'être d'abord dans l'écoute et l'acceptation totale des conditions de vie de la personne.

Pour ce qui concerne le recours aux soins, et en particulier ce qui va motiver une demande de soins, en tant que soignant, le travail se fait à partir de la perception qu'a la personne de son état ou de sa gêne au quotidien. Il faut partir des symptômes qui sont préoccupants pour la personne et essayer d'accompagner à partir de cela. Même si des symptômes plus inquiétants sont repérés, s'ils ne sont pas une préoccupation pour la personne concernée, il ne sera pas possible de les aborder, à l'exception de symptômes très bruyants et alarmants. Mais dans ce cas il faudra intervenir de manière urgente et pas forcément comme la personne l'aurait souhaité. La règle c'est de travailler à partir des symptômes qui font l'objet d'une demande par la personne.

Les trois quarts des personnes rencontrées, dans la rue ou les structures d'hébergement, sont dépendantes à l'alcool. Toutes ne sont pas disposées à s'occuper de ce problème, car l'alcool a un rôle réconfortant. Il faut donc accepter cet état de fait. Cela peut amener à des bricolages dans les prescriptions : ainsi, pour quelqu'un qui n'est pas prêt à arrêter sa consommation, mais serait prêt à les diminuer pour commencer une activité, une prescription pourra être effectuée pour le matin, mais pas le soir. Il faut faire avec et pas envisager une abstinence.

Pour ce qui concerne le recours aux soins, l'évaluation clinique a la particularité de s'appuyer sur les éléments de contexte, p. ex. une personne qui ne va plus pouvoir aller se doucher alors qu'elle le faisait régulièrement, qui va uriner et déféquer sur elle, cela aura valeur de symptôme, comme quelqu'un qui ne pourrait plus aller travailler ou n'aurait plus d'appétit. Il faut s'appuyer sur ces signes-là pour avoir une idée de la nature et de l'intensité du tableau clinique. C'est un aspect très particulier à cette approche de l'aller vers, dans laquelle les personnes sont rencontrées là où elles se trouvent avec leurs difficultés au quotidien.

Le fait d'aller à la rencontre, d'être dans le contexte sur les lieux de vie, en tant que professionnel, correspond implicitement pour la personne à une acceptation de certains comportements ou consommations. C'est un premier pas vers la confiance. C'est très différent de se rendre dans un bureau pour y rencontrer un inconnu à une heure précise.

Ensuite, dans un délai très variable, quand la personne est prête à se soigner, l'équipe est à même d'apporter certaines réponses, ou sinon elle pourra faire des accompagnements physiques vers des consultations spécialisées.

Mais la présence de l'équipe n'est pas toujours suffisante, et pour permettre l'accès aux soins, les orientations se font souvent vers une personne bien identifiée, avec laquelle des liens particuliers ont été noués et que l'on sait à même de s'occuper de personnes en grande précarité. La construction de ces liens prend un temps important.

Même si l'équipe est dans l'optique de faire en sorte que ces personnes soient soignées comme tout le monde, deux projets sont en cours pour débloquer certaines situations : ainsi il est prévu d'identifier deux lits dédiés pour les personnes les plus marginalisées sur le Centre Hospitalier de Montperrin et de créer un lieu d'accueil, qui constituerait un espace de transition entre la rue et les soins classiques.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Inter Secours Nice : *Marie-Louise Fenart*

ISN existe depuis 1986. Il existe tout un tissu associatif qui va au-devant des personnes de manière très régulière, quotidienne et qu'il est important de rassembler pour leur permettre d'échanger et de réfléchir à leur action avec les problèmes de violence, de compétence par rapport à des connaissances législatives.

ISN est animé par un comité de pilotage qui regroupe le fondateur de ISN, le 115, l'Armée du Salut, la Croix-Rouge, le Secours Catholique et Médiation Cités sur Nice.

ISN regroupe environ 30 associations et n'a volontairement pas de personnalité juridique, afin d'éviter qu'une association prenne le pouvoir sur les autres. Chacun peut adhérer à condition d'adhérer à un certain nombre de principes. Au moment de sa naissance, en 1986, on constatait déjà d'importantes situations de détresse qu'il fallait prévenir et traiter pour répondre au mieux aux besoins les plus urgents.

A Nice, le constat était qu'aucune association ne pouvait répondre seule à tout, et que la mise en place d'un réseau était plus adaptée pour faire face aux difficultés constatées. La proposition avait été faite de travailler sur le logement puis ensuite sur la filière insertion.

Il s'agissait aussi d'éviter les doublons entre associations, mais plutôt de conduire des actions complémentaires. Le groupement ainsi formé a pris le nom d'ISN.

La création du 115 a constitué un moment important. Il était composé d'un écoutant et également, c'était novateur, d'une rédactrice documentaliste qui devait recenser toutes les associations et organismes qui venaient en aide aux personnes pouvant faire appel au 115.

D'autres étapes importantes ont été le développement de la politique de la Ville qui a favorisé la coordination d'associations dans les quartiers pour venir en aide à des populations vivant dans ces quartiers, puis la création des Ateliers Santé Ville, l'accroissement de la collaboration à Nice avec le CCAS, l'importance du Centre Ville où se trouvent les personnes de la rue.

ISN fonctionne selon les principes suivants :

- Egalité de tous les êtres humains impliquant à l'égard de chacun le respect de sa personne, l'acceptation de son identité culturelle, de ses choix de vie et la promotion de ses droits fondamentaux. Pour les personnes exclues et sans discrimination, promotion de conditions de vie conformes à leur dignité, ce point étant fondamental. Il faut être présent là où elles sont et aller vers au maximum.
- Reconnaissance de la personne dans la globalité de sa situation matérielle, physique et sociale, de sa personnalité appelée à l'initiative dans son parcours et dans sa vie sociale.

Le sens du bien commun conduit à chercher la meilleure coordination locale de nos interventions et une relation active entre différents réseaux qui sur une plus large échelle apportent à l'action sociale la pertinence de leurs constats et l'efficacité de leur intervention. ISN participe aux travaux de la FNARS, à un diagnostic cœur de ville, aux bilans hivernaux, ce qui marque la reconnaissance de l'action d'ISN de la part de l'ensemble des pouvoirs publics.

Objectifs d'ISN : sur un territoire, mettre en commun toutes les informations utiles. ISN a mis depuis plusieurs années des répertoires construits par les associations.

Il y a par exemple un répertoire ISN jeunes contenant toutes les réponses existant à Nice pour ce public. Un autre existe sur le soutien alimentaire. Ces répertoires sont envoyés à l'ensemble des associations et autres partenaires (SAMU, PASS,...). Ces répertoires sont des outils de travail de connaissance et d'échanges d'informations ; on y trouve les n° de téléphone des asso, leurs activités,...

ISN essaye de mieux connaître les problèmes des personnes de la rue. ISN a contribué à la formation de « Psycarité » lieu de rencontres mensuelles, animées par le CODES.

115 organise des réunions sur les cas particuliers.

Chaque année paraissent deux exemplaires de Nice Urgence ou est recensé tout ce qui est ouvert l'hiver et l'été en matière d'urgence sociale et de soins. Ces informations sont affichées dans les différents services recevant les personnes de la rue en plusieurs langues (arabe roumain italien et anglais).

ISN alerte les acteurs concernés, l'opinion publique sur les réponses nécessaires et les effets des politiques appliquées. ISN a été à l'origine de la Banque alimentaire des Alpes-Mmes.

ISN organise une réunion, mensuelle, avec une trentaine de participants. ISN informe les associations avec un Flash info., feuille d'informations rapides

ISN met en valeur travail de commissions avec des salariés, des bénévoles et des représentants des services publics (hôpital, mission locale, CCAS,...). La commission distribution et maraudes regroupe 12 partenaires qui interviennent chaque soir dans les rues de Nice, qui servent chaque mois 10 000

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

repas. Pour se coordonner, ces associations se réunissent avec le 115 qui donne des informations et fait des statistiques, la banque alimentaire, les boulangeries, l'accueil de jour, le CCAS, les deux SAMU...

Tout cela permet un bon maillage au niveau du territoire à la fois en termes d'information et de rencontres.

Nos plus belles victoires c'est l'existence d'un groupe comme psycarité, c'est la présence des associations en réponse aux invitations d'ISN.

Il y a aussi des échecs comme un projet consigné qui n'a pu être financé.

La plus grande victoire, c'est aussi de faire cohabiter des associations aux histoires et aux valeurs très différentes, mais qui sont unis par la volonté de répondre aux besoins des plus démunis.

FNARS – projet "Accès aux soins des personnes sans abri" (ASSAb - Marseille) : Noura Payan

Dans son intervention, Cyril Farnarier a indiqué que les soins pour les personnes à la rue ne sont pas prioritaires et montré comment les conditions de vie conditionnaient l'accès aux soins.

En fait, ce n'est pas tant que ce n'est pas prioritaire, mais que ces personnes n'ont pas le choix. Le système de santé a évolué au fil des besoins des populations qui ont pu être recensés. Cela a abouti, à la CMUC, les PASS, les lits halte soins santé... Il y a une vraie régression sur la réponse aux besoins primaires et ces dispositifs qui doivent faciliter l'accès aux soins, en fait posent encore des limites. Les personnes doivent faire face à tout cela et, en situation d'errance, dans la mesure où il est très difficile d'accéder aux soins, d'avoir en plus une situation administrative le permettant, elles ne peuvent que se retrouver dans un état grave lorsqu'elles accèdent aux soins ou dans la situation de considérer que cela n'est pas prioritaire car les conditions favorables sont rarement réunies au bon moment.

Aujourd'hui il y a une carence dans la réponse à des besoins primaires. Au début du XXème siècle, les courants hygiénistes ont porté la santé publique, ont permis la mise en place des vaccinations mais aujourd'hui ces aspects préventifs ne sont pas satisfaits. Dans ces conditions, il paraît difficile de penser les soins curatifs, avec par ailleurs un accès aux soins trop restreint au curatif.

Il faut un lien de confiance pour accompagner des personnes très marginalisées à l'accès aux soins, mais il faut aussi qu'elles aient confiance dans ce système pour avoir envie d'y aller.

Un des défis d'ASSAb, dont le lancement date de novembre 2011, c'est d'apporter des réponses aux difficultés à mettre en lien les personnes, et aussi aux difficultés des professionnels et des acteurs bénévoles à articuler leur travail pour accompagner les personnes sans abri.

ASSAb c'est une réflexion systémique. Le soin n'est pas que la santé, c'est aussi la prise en compte des déterminants de la santé : logement, hébergement, ressources, la question du droit étant essentielle, en voyant comment l'articuler avec le soin et surtout avec l'inscription dans un parcours de soins.

ASSAb est aussi le catalyseur de toutes les bonnes volontés. Quand le stade critique de « déversement » des difficultés est passé, ASSAb peut contribuer à la construction d'argumentaires assez solides pour faire bouger les lignes et aussi en parallèle parvenir à déclencher le « déclic » qui va permettre à un intervenant de comprendre qu'il doit mettre en place un travail avec les autres pour régler des situations qui ne peuvent pas être résolues par un seul intervenant.

ASSAb est enfin un projet qui demande aux institutions de se confronter ensemble à cette complexité, (politique, technique, institutionnelle) ce qui en soi est aussi une avancée importante.

« Accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA »



Projet ASSAB :

« Favoriser l'accès aux droits, l'accès aux soins et la continuité des soins des personnes sans abri à Marseille »

Mise en œuvre janvier 2012

L'origine du projet

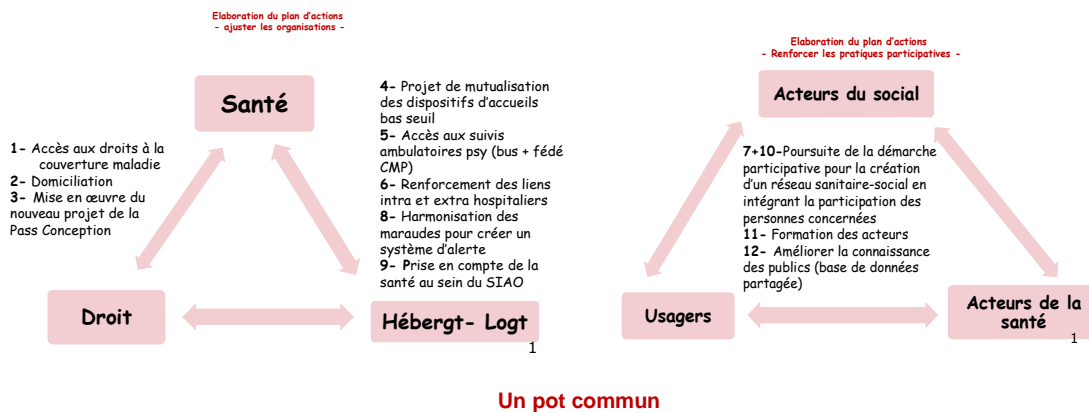
→ Une étude action (juillet 2010 et juin 2011)
Diagnostic des obstacles à l'accès aux droits et aux soins des personnes sans abri à Marseille.

→ Novembre 2012 : Lancement du projet ASSAB

« Favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes sans abri à Marseille »

= Réseau santé précarité en préfiguration

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

**1- Rassembler les acteurs : création des espaces de coopération**

Interconnaissance / complémentarité / objectifs communs / outils de collaboration / échanges et évolution des pratiques

2- Communiquer / informer / former

Diffuser la connaissance / valoriser les compétences / tisser des liens

3- Construire et développer le réseau en s'appuyant sur les besoins

Des personnes concernées mais aussi des acteurs

4- Pallier aux vicissitudes que suppose son développement

★★★

Réponses aux questions de la salle:

Dr Patrick Martinez responsable Equipe mobile psychiatrie précarité à Nice

En quoi, contribuez-vous à faire barrière à l'accès aux soins ?

Noura Payan : nous contribuons tous à nourrir des freins aux soins. Nous essayons de mettre en place des dispositifs performants pour des personnes démunies qui ont du mal à accéder aux soins et en fait ces dispositifs qui rentrent dans la lutte contre les exclusions, posent des limites pour accéder à du soin de manière pérenne. C'est un paradoxe. Ces dispositifs ne répondent pas totalement aux besoins d'accès aux soins de tous ces publics. Par exemple, les soins y sont facturés pour des personnes sans droits ouverts. Le plateau technique reste inaccessible...

Dr Patrick Martinez c'est un problème quotidien. Il n'y a pas une situation où ceci n'est pas mis en lumière, c'est-à-dire ce déphasage entre ce qui pourrait être fait et ce qui est réellement fait. Cela souligne l'intérêt de travailler ensemble.

Dr Florence Pesce : le travail en partenariat avec les acteurs du territoire (surtout des travailleurs sociaux tels que ceux du SAO ou des accueils de jour) est fondamental. Il y a une forte corrélation entre la confiance qui existe entre les partenaires et la qualité de l'accompagnement qui peut être effectué.

Mme Marie-Louise Fenart : le soutien des politiques est très important. Par ailleurs, tout cela ne concerne pas que des personnes très marginales, mais aussi des retraités, des familles, des femmes qui élèvent seules leurs enfants...

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

L'accès aux soins des populations vivant en Bidonville : enjeux de la médiation sanitaire Mme Haezebrouck Mission bidonville Médecins du Monde et Dr Rémi Laporte Consultation Santé Enfant Environnement de l'hôpital Nord (APHM)

Santé des personnes vivant en bidonvilles

Bidonville = même toit, zone urbaine, manquant (au moins 1)

- ❑ l'eau (quantité, qualité, disponibilité - prix, effort)
- ❑ l'assainissement (ordures, excréments - privés/partagés)
- ❑ la sécurité juridique (statut d'occupation, protection des expulsions)
- ❑ la durabilité physique (logement permanent, adéquate, non dangereux)
- ❑ une surface habitable suffisante (≤ 3 pers./pièce)

UN-Habitat 2003
State of the World's Cities Report 2006/2007

Actions physiques sp. + d'autonomisation (Empowerment)

Sheuya 2008
Turley, 2013

La notion de bidonville (que l'on pensait disparu en France) répond à une définition internationale (diapo ci-contre). Parmi les actions visant le public vivant en bidonville on trouve dans la littérature deux types d'actions :

- des actions physiques sur les conditions de logement, mais avec peu d'efficacité démontrée (hormis sur la prévention des diarrhées).
- Des actions d'autonomisation, d'appropriation, d'initiation au système administratif et au système de soins.

Les personnes vivant en bidonville présentent des caractéristiques communes avec celles des personnes vivant dans la rue. Outre la précarité matérielle très marquée, elles présentent une extrême fragilité et ont un accès à la santé marqué par la contingence, c'est-à-dire qu'elles se soignent quand elles peuvent.

La médiation sanitaire

PLUSIEURS DIMENSIONS :

- Institutionnelle: (Pole Santé du Défenseur des Droits/ Médiateurs médicaux des CRUQPC)
- Médiateurs de santé pairs
- Médiateurs en santé publique

MAIS DES CARACTERISTIQUES COMMUNES :

- Posture: Interface, neutralité
- Compétences : relationnelles et professionnelles/sanitaires
- Fonction: Amélioration de l'accès à des soins adaptés et de qualité , mise en lien usagers/système de santé

DH

La médiation sanitaire revêt plusieurs dimensions (ci-contre) :

Médiateurs de santé pairs recrutés sur une double compétence : d'une part un vécu, des pratiques ou des modes de vie et d'autre part des compétences sanitaires sur le counseling, les pratiques d'observance ...

Médiateurs de santé publique : il s'agit de personnes qui ont pour fonction de créer une interface de proximité, pour faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, pour créer un lien entre le système de santé et une population qui a des difficultés pour y accéder. Ces médiateurs ont des caractéristiques communes (ci-contre).

Principaux sujets de médiation

	Public	Temps (h /pers)	Bénéfice individuel	Rentabilité globale population
Epidémies	+++	+	++	+++
Santé sexuelle	+++	++	++	+++
Nutrition	+++	?	?	?
Périnatalité	++	++	+++	+++
Déficits sensoriels	+	+	+++	++
Maladies chroniques	+	+++	+++	ε
Psychiatrie	+	+++	+++	ε

Parmi les principaux de sujets de médiation dans les bidonvilles, certains intéressent la majeure partie de la population, (épidémies, santé sexuelle et nutrition). Le temps investi, rapporté à chaque bénéficiaire, est limité et le bénéfice pour le groupe très fort.

Sur la périnatalité et les déficits sensoriels, le bénéfice individuel reste important mais la rentabilité rapportée au groupe, un peu moindre.

Les bénéficiaires d'action sur les maladies chroniques et la psychiatrie sont moins nombreux avec un temps plus important consacré par le médiateur. Ceci entraîne une rentabilité pour le groupe plus limitée.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Programme expérimental de médiation sanitaire (femmes et jeunes enfants roms), 2013

- ⊙ Recherche-action de 01/11 à 12/12,
- ⊙ 4 associations (coll. Romeurope) ,
- ⊙ Lille, Nantes, Val d'Oise, Frejus
- ⊙ Médiation auprès de 150 femmes (15 foyers/médiatrice)
- ⊙ Evaluation initiale, à 9 mois et 18 - 24 mois
- Ouverture des droits (domiciliation, couverture maladie)
- Accès au système de santé, de prévention
- Prise en compte des difficultés par les structures socio-sanitaires
- Salubrité et sécurité de l'environnement

- ⊙ Résultats : la médiation sanitaire
- (+) favorise l'accès à la prévention et aux soins (intégration dans le système) :
- (+) favorise l'ouverture des droits effective
- (+) développe les connaissances nécessaires pour l'accès autonome aux soins
- (+) mobilise les acteurs de santé et développe leur connaissances
- (-) freins : barrière de la langue
- (-) effet marginal sur habitat et environnement (instabilité, environnement sanitaire)

Un programme national expérimental de médiation sanitaire mené entre 2011 et 2013 a bien montré la portée de ce type de programme (diapo ci-dessus à G). Ses résultats ont été très positifs (diapo ci-dessus à D) : l'accès à un médecin libéral est passé de 13% à 39%, les dispositions à accéder à une contraception sont passées de 17% à 89% et le recours aux urgences a diminué de 23% à 14%. L'accès à un carnet de santé pour les enfants s'est accrue de 36% à 98% et la couverture vaccinale pour le ROR de 28% à 73%.

Pour l'ouverture effective des droits : la domiciliation est passée de 80% à 100% et l'accès à une assurance-maladie de 37% à 86%.

Les connaissances nécessaires pour accéder et comprendre le système de soins ont été développées par cette médiation. Les médiateurs agissaient aussi en direction des structures de soins, ils ont élargi de 31 à 56% le recours à l'interprétariat. Au terme de l'expérience et bien que la barrière de la langue reste importante, il y avait eu une forte amélioration de sa prise en compte.

Les médiateurs sanitaires n'ont, par contre, pas pu agir sur l'habitat et l'environnement.

Programme National de Médiation Sanitaire

- ⊙ Programme inter-associatif visant l'amélioration de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des populations en situation de précarité par une meilleure intégration dans le système de droit commun à travers la mise en place d'actions de médiation en santé publique
- ⊙ A Marseille, mis en place par MDM depuis 2013: Recrutement de deux médiateurs salariés pour soutenir, développer et renforcer les actions de médiations effectuées par la Mission intervenant auprès des populations roms vivant en bidonville.

DH

Suite à cette recherche action s'est développé un programme national de médiation sanitaire (diapo ci-contre).

A Marseille, deux médiateurs ont été recrutés grâce à des financements ARS, pour soutenir les actions déjà effectuées par la Mission bidonville avec des bénévoles.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Epidémie d'hépatite A en squats Marseille 10/12-06/13

- 18 cas d'hépatites A dans des communautés en situation d'hygiène précaire, 5 sites
- Enquête : ARS Paca-VSS, MdM, PMI, APHM
- Population : 465 personnes (179 enfants ≤ 15 ans)
- Accès à l'eau : bornes à incendie (Plombières : 1 robinet)
- Toilettes sèches (3 sites) aires libres (2 sites)
- Expulsions successives :
 - population incertaine
 - Transferts de populations entre les sites
- 5 campagnes de vaccination sur site

Epidémie d'hépatite A en squats Marseille 10/12-06/13

Alerte : Données Hospitalières

Enquête : Recueil de données par
Médiation Sanitaire

(population, contacts, conditions de vie,
mouvements)

Intervention :

Vaccinations sur site

- Avant (conseils d'hygiène applicables, info, RDV, motivation)
- Pendant (identité, info, bilan social, autres plaintes)
- Après (gestion des non vus et cas secondaires)

Plusieurs exemples permettent d'illustrer le travail de médiation.

Un premier exemple porte sur une action de médiation conduite par les intervenants de la mission Bidonville de Médecins du Monde, et qui a fait suite à une épidémie d'hépatite A dans plusieurs bidonvilles à Marseille (diapo à G). L'accès à l'eau était possible pour quatre de ces bidonvilles par des bornes à incendie, et le dernier disposait d'un unique point d'eau pour plus de 100 personnes.

Du fait des expulsions successives, il a été difficile de dénombrer la population et il faut noter que des expulsions ont été effectuées alors même qu'il y avait des cas actifs, ce qui a évidemment eu un impact sur le développement de l'épidémie.

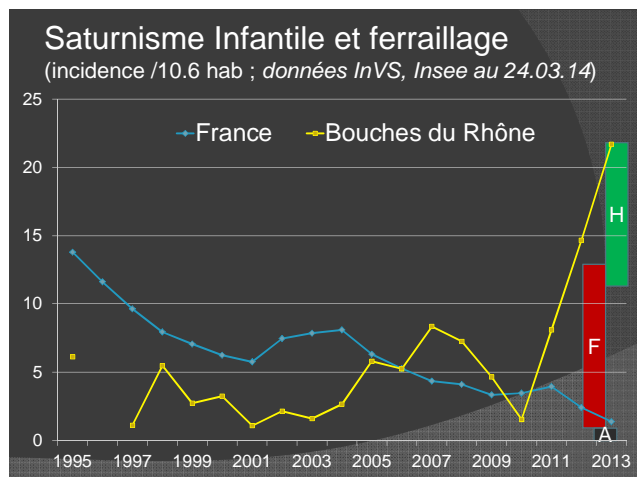
Cinq campagnes de vaccination ont été organisées sur site.

Si l'alerte était hospitalière, le recueil des données a été fait par la médiation de Médecins du Monde.

L'acte médical a en fait été très réduit : c'est la médiation sanitaire effectuée par la mission bidonville qui a permis de délivrer des informations sur la maladie, d'informer sur la campagne de vaccination et de motiver à la pratique de cette vaccination.

Après la vaccination, ils ont pu gérer les personnes non vues et les cas secondaires. En effet, les campagnes vaccinales effectuées en cours d'épidémie peuvent toucher des personnes en phase d'incubation, qui au moment où elles développent la maladie, inclinent à croire que c'est le vaccin qui les a contaminées.

De ce fait, ce genre d'épisode handicape la compliance pour le reste du calendrier vaccinal, et une gestion « calme » et suivie est ensuite nécessaire afin de restaurer une compliance satisfaisante pour reprendre le parcours vaccinal « traditionnel ».



Une deuxième action intéresse le saturnisme infantile. La diapo ci-contre montre l'évolution de l'incidence du saturnisme infantile en France et dans les BDR rapportée à la population. Depuis deux ans, avec l'ouverture de la consultation enfants environnement qui comporte une part de médiation sanitaire (accompagnement des personnes, pour ouverture des droits et réappropriation du système de santé...), il y a une augmentation du nombre de cas dépistés dans les BDR. Dans ces cas de saturnisme, le F correspond aux cas liés au ferrailage et le H aux cas dus à l'habitat indigne.

La majorité des cas de saturnisme à Marseille survient donc chez des enfants en bidonville exposés à une activité de ferrailage. Si on estime qu'il y a environ 500 enfants vivant en bidonville à Marseille, cela veut dire qu'un enfant sur quatre est atteint de saturnisme et à des taux beaucoup plus élevés que les enfants vivant dans des logements intoxicants.

Les conditions de vie de ces enfants sont très instables (expulsions très fréquentes) ce qui rend difficile la délivrance de conseils aux parents vis-à-vis de l'activité de ferrailage.

Certains sites comme celui de Gardanne ont pu être stabilisés.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Saturnisme Puits Z Gardanne

IMPACT:

- Connaissances des familles sur la pathologie
- Aménagement des pratiques à risque
- Diminution des plombémies

LIMITES:

- Ouverture des droits
- Aménagement du site pour de réelles possibilités de réduction des risques.

DH

Des familles résident à Gardanne depuis plus d'un an, sur un terrain regroupant leurs habitations et les zones d'activité de ferrailage. C'est la stabilisation du terrain qui a permis l'intervention efficace des médiateurs : le fait d'avoir du temps pour travailler avec les familles sans risque de les perdre de vue, permet de ne plus être dans un questionnement éthique permanent entre ne pas informer des parents des risques pour leurs enfants, et rajouter des inquiétudes à des conditions de vie très dures sans réelles possibilités de réduction des risques en raison de la précarité des conditions de vie. Il est très difficile d'évaluer ce qui est le plus dommageable pour les personnes.

Dans ce contexte stabilisé, une action a pu être menée, d'autant que les équipes de PMI assurent des consultations sur site une fois/mois. Les médiateurs sanitaires sont intervenus en partenariat avec la PMI et la consultation santé enfant environnement. L'action a consisté à mener des entretiens individuels par famille, à leur domicile, pour évaluer les connaissances des familles sur cette pathologie, repérer les pratiques à risques et construire avec les familles des stratégies de réduction des risques par rapport aux indications qu'elles donnaient quant aux pratiques qu'elles croyaient pouvoir changer ou non.

L'action a eu un impact réel sur les connaissances des familles, marqué par une diminution des plombémies des enfants grâce à l'aménagement des pratiques à risques.

Par contre, s'il y a eu diminution des plombémies, elle a été moins importante qu'avec des actions sur l'habitat. L'action est limitée par les possibilités réelles de réaménagement du site. Le problème d'ouverture des droits est également présent, ce qui rend difficile les contrôles de plombémies

Santé sexuelle et reproductive

- Suivis des grossesses/CPN
- Amélioration de l'accès à la contraception/Prévention des IVG et grossesses non désirées
- Education à la santé SSR: Séances individuelles systématiques lors des accompagnements /Séances collectives (4 à 6 participantes): Recueil des paroles, réajustement.
- Ouverture des droits

DH

Un troisième exemple de médiation porte sur la santé sexuelle et reproductive.

L'intervention des médiateurs permet d'introduire l'éducation à la santé et la prévention, ce qui est très important et ne peut être menée hors de la présence des médiateurs. Des résultats probants sont observés très rapidement avec des changements de connaissances et de pratiques et surtout l'appropriation des connaissances par les femmes qui les échangent entre elles : on voit ainsi diminuer les demandes de tests de grossesse et le recours à l'IVG, et se diversifier les modes de contraception utilisés.

Accompagnements physiques

Vers les structures de santé :

Identification des lieux ; Parcours de soins ; prise en charge
Education thérapeutique.

Vers l'ouverture des droits :

Patients rencontrés par MDM en 2013 : Droits potentiels:91.9%
/Droits effectifs:11.2%

- En 2013, sans médiateurs sanitaires dédiés :
211 accompagnements (recueil sur l'ouverture des droits aléatoire)
- 1^{er} trim. 2014, avec médiateurs: 176 accompagnements (80 pers)
Ouverture des droits (init 100%, effectif 20%) ,
 - Autonomisation des personnes dans le parcours d'ouverture des droits.
 - Appréhension des obstacles à l'accès aux soins
 - Médiation avec les acteurs/structures

Un autre volet très important de la médiation est l'accompagnement physique des personnes vers les structures de santé de droit commun. Il est indispensable pour les publics très discriminés, car il permet non seulement l'accès au système de soins et l'ouverture des droits, mais aussi la compréhension et l'appropriation du système de santé afin de permettre la construction de véritables parcours de soins et à terme, l'autonomisation des personnes. Le rôle des médiateurs est la encore essentiel : il n'est pas question simplement d'interprétariat, mais bien de délivrer aux personnes accompagnées des clefs de compréhension et d'usage d'un système administratif et médical complexe. De plus, l'action des médiateurs est double : leurs interventions envers les acteurs du

système de santé – explication des conditions de vie et des contraintes subies par les personnes accompagnées – permettent de favoriser des prises en charge adaptées et réalisables.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Conclusion

- Acteur de santé majeur pour patients vulnérables
- Mise en place (trop) récente , donc :
Evaluation d'impact en cours
- A développer vers:
 - Prévention et éducation à la santé (IST, addiction, nutrition)
 - Toutes les populations vulnérables,
 - Accès théorique et réel en structures (traduction, accueil, soins individualisés...)
- Et l'avis des bénéficiaires...?
- Enjeux : Réduction des ISS, des couts (bénéficiaires, système de santé)

En conclusion, la médiation sanitaire, qui vise tant à rapprocher les personnes du système de santé de droit commun, qu'à permettre des prises en charge adaptées au sein des structures de soin, se révèle un outil indispensable à toute démarche thérapeutique efficiente, ainsi qu'à toute action de prévention et de promotion de la santé, développées en direction de populations précaires ou vulnérables.

La mise en place de postes de médiateurs de santé n'est que trop récente, même si de nombreux intervenants en santé auprès de ces publics « tordent » leurs mission pour y adjoindre une part de médiation « informelle » afin de prendre en compte les contraintes et

les difficultés multiples subies par ces populations.

C'est cependant une profession en soi à promouvoir, qui doit être intégrée dans des dispositifs pilotes et dont l'impact doit être mieux évalué.

Les actions de médiation sanitaire demandent à être étendues à tous les champs des actions de prévention et d'éducation pour la santé : addictions, nutrition, infections sexuellement transmissibles ... mais aussi plus généralement dans le domaine du renforcement des compétences psychosociales, ce qui ouvrirait des perspectives en termes de lutte contre les violences et les traumatismes psychiques, largement sous-évalués dans les bidonvilles.

Enfin, pour favoriser l'accès théorique et réel aux structures de soins, il importe de favoriser l'accès à la traduction, et de retrouver la notion de soins individualisés. L'avis des bénéficiaires et leur demande d'action sanitaire doit également être pris en compte.

Les enjeux sont d'agir sur la réduction des ISS avec un impact direct sur les coûts, pour les bénéficiaires mais aussi pour le système de santé.

★★★

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

L'alcool une barrière pour qui ? *Eric Kérimel Directeur et Emmanuelle Latourte, Educatrice Spécialisée Habitat Alternatif Social***L'alcool et ses incidences sur le travail social. L'alcool comme une métaphore de ce qui rassemble et désunit****A. Boire ou Habiter** Eric Kérimel de Kerveno

Nous avons « attrapé » l'alcool à HAS par sa présence quotidienne. Certains attrapent l'angine, d'autres la grosse tête, d'autres encore, tentent d'attraper les mouches avec du vinaigre ! Curieuse rencontre !

Ce qui apparaît aujourd'hui, comme une spécialité d'HAS, n'était alors qu'un attribut de personnes rencontrées pour leurs stigmates de mendiants. Il faut ici raconter brièvement cette histoire. Cela commence par un appel de notre partenaire, la Fondation Abbé Pierre il y a maintenant 6 ans, qui nous demande « comme un service », si l'on peut aller prendre contact avec un couple « clochardisé » installé dans une cabane au bord de l'étang de Berre.

Là, nous découvrons Mounir et Paulette, leur chien et leur plus fidèle compagnon « une consommation de plusieurs litres d'alcool par jour (près de 10 litres à deux par jour). Mounir et Paulette vivent en errance depuis plusieurs années. Leur quotidien s'est résumé peu à peu, à de grosses consommations d'alcool et des instants de tristesse et de désespoir.

Toutes les structures traditionnelles d'accueil et d'hébergement les ont connus et les ont exclus. Tantôt, parce que les couples ne sont pas admis en urgence, tantôt parce que la consommation d'alcool est interdite. Bref pour être caricatural, le message du secteur social est le suivant « séparez vous, arrêtez de boire et on vous réserve une place ». Bref, c'est un peu comme si l'on me demandait de ne plus être breton, têtu grand brun et caricatural !

Plus sérieusement, il semble que dès qu'il apparaît, le stigmate nuit à la capacité d'insertion.

Selon Erving Goffman, un individu **stigmatisé** « se définit comme n'étant en rien différent d'un quelconque être humain, alors même qu'il se conçoit (et que les autres le définissent) comme quelqu'un à part. »³ Cet attribut constitue un écart par rapport aux attentes normatives des autres à propos de son identité.

Dans son ouvrage, Goffman distingue trois types de stigmates : les monstruosité du corps, les tares du caractère et les stigmates tribaux (nationalité, religion). Les monstruosité du corps font références aux infirmités et apparences physiques hors normes (obésité, anorexie, petite taille...). Parmi les tares du caractère, Goffman cite le manque de volonté, les passions irrépressibles, les croyances égarées. Aujourd'hui, nous parlerons davantage de dépression, troubles addictifs et troubles psychiques.

Les grands errants alcooliques, pour qui nous pensons alors une maison où l'alcool est permis, ont intégré le stigmate ; dès que nous les approchons ils nous disent « je vais arrêter de boire », persuadé, que c'est la seule chose que nous sommes prêt à entendre.

Nous leurs dirons alors avec humour et respect, qu'ils ne sont pas obligés et qu'ils peuvent augmenter les doses sans risque d'exclusion. Nous pratiquons alors ce que Watzlawik appelle le paradoxe⁴. Celui-ci crée un état de surprise voire de consternation plus rarement de colère :

« Vous vous en foutez que je boive ? »

« Oui alcoolique ça ne me dit rien de qui vous êtes ».

Il nous est apparu comme un incontournable que recevoir Mounir, Paulette, c'était aussi recevoir leur alcool et de ne rien en dire. Intuitivement, notre position s'inspirait des pratiques de réduction des risques appliquées avec succès depuis plus de 30 ans pour enrayer l'épidémie de VIH et accompagner les toxicomanes.

En effet, du côté des toxicomanes l'épidémie de VIH au milieu des années 80, a créé un choc et a entraîné un changement de pensée par la pratique de la réduction des risques, pratique devenue à partir de 1994 une politique nationale. Non seulement, il en a été fini de l'exclusion des toxicomanes, mais les politiques ont soutenu d'une part « le aller vers », d'autre part, la fin du dogme de l'abstinence, majoritairement présente dans les centres de soins. Acceptant l'usager de drogue avec le produit, il s'en est suivi des pratiques où il s'est agi de faire en sorte que la personne vive avec ce produit en minimisant les risques liés à cet usage.

³ GOFFMAN Erving - 1963 (traduction française 1975). "Stigmate, Les usages sociaux des handicaps", Paris : Les Éditions de Minuit», p.26

⁴ Paul Watzlawik avec J Weakland et R Fish, Changements : paradoxes et psychothérapie, Le Seuil, 1975, collection Points, 1981

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Hélas, du côté de l'alcool, les succès de la politique de réduction des risques ne se sont jamais développés et nous avons vu poursuivre la triste synecdoque⁵, où l'on résume une personne à son alcool. Cette figure de style renforce la question du stigmaté. Mounir et Paulette, Lionel et Suzanne ne sont plus alors que des alcoolos, des cloches, des ivrognes.

Lorsque le travail social les rencontre, sa position consiste à leur proposer du soin au sens de l'abstinence, cette possibilité de rédemption ou d'insertion.

Le buveur n'est pas digne de confiance, il consomme sa vie, la brûle.

Cette allégation tristement commune doit-être dépassée.

Omar Khayyâm poète ésotérique ou hédoniste (selon le regard que l'on pose sur son œuvre), avait déjà souligné au XII^{ème} siècle en Perse à quel point l'usage du vin pouvait embellir la vie avant que de voir cet usage comme une vilénie.

*« Elle passe bien vite cette caravane de notre vie
Ne perds rien des doux moments de notre vie
Ne penses pas au lendemain de cette nuit
Prends du vin, il faut saisir les doux moments de notre vie »⁶*

Evidemment, l'on sait que le grand poète lorsqu'il parle du vin, utilise probablement une métaphore, celle d'une manne céleste. Comme si le vin et son ivresse nous rapprochaient de Dieu. Les premières ivresses, lorsqu'on les interroge, apparaissent bien comme une tentative désinhibitrice, une façon non pas de s'éloigner de la vie mais de plus l'embrasser, d'en finir avec les freins dans la relation à l'autre. Ici, comme le note Claude Olieveinstein⁷ « l'addict » est une personne malade de son médicament. L'alcool protège de nos peurs, de nos froids, de nos angoisses. Il répond lorsque plus personne n'est présent, ce même alcool tristement efficace à notre existence misérable devient l'objet central. La position la plus classique de nos institutions est de proposer le retrait rapide de ce médicament pourtant si efficace.

Comme si la personne ignorait les ravages de ce médicament, comme s'il suffisait d'un peu de volonté, comme s'il suffisait de se prendre en charge et d'en retirer un claquage !

Ce qui choque alors, c'est le rapport à l'institution sociale qui ne voit plus que le verre là où elle doit voir l'homme. La synecdoque est alors permanente. C'est afin d'être en rupture avec cette approche, que nous avons tenté d'apprivoiser l'alcool, de ne pas l'interdire pour ne pas interdire son buveur. Car ce qui apparaît, c'est que de refus en refus de l'alcool, s'installe le refus de l'hébergement, du repos possible. L'errance s'ensuit, puisque là est la seule issue, ne pas être vu par son entourage, ne pas être dérangé par les individus violents faisant la chasse à « l'alcool », ne pas être dans la supplique vis-à-vis d'une institution. La rue est le dernier refuge, et là encore, le malentendu est de mise :

« La rue, quelle misère, mais mon bon monsieur c'est affreux, il faut vous sortir de là, j'ai bien un espace mais laissez votre bouteille dehors ». Couvrez ce sein que je ne saurais voir mignonne !⁸

Deuxième aveuglement de nos institutions, celui de ne voir la rue que comme un danger alors que la rue a longtemps protégé. Germain Nouveau poète de l'errance écrit⁹ :

*Il ne devait rester qu'une ironie immonde,
Une langueur des yeux détournés sans effort.
Quel bras, impitoyable aux échappées du monde,
Te pousse à l'Est, pendant que je me sauve au Nord !*

L'errance et l'alcool, un tandem qui renforce les représentations. Ce tandem isole, broie les identités, révèle un monde parallèle. L'errant alcoolique est la figure qui repousse. Tous ne sont pas des philosophes comme Diogène qui avait choisi la vie ascétique au milieu du monde, créant ainsi la figure éternelle qui bloque tous nos imaginaires. Ces figures là, de Diogène à François Villon, plus près de nous Germain Nouveau, dressent par ailleurs un portrait de l'errant énigmatique fuyant un

⁵ La synecdoque est une figure de substitution particulière consistant à utiliser la partie pour le tout (ou le tout pour la partie) ; le genre pour l'espèce (ou l'espèce pour le genre) ; etc. On dit qu'il existe une relation synecdochique entre les deux réalités, les deux termes. On parle également de *pars pro toto*, du latin qui signifie littéralement « partie pour le tout »

⁶ Manuscrit de 464 quatrains traduits en français par J.-B. Nicolas (1861)

⁷ Il est un des premiers en France à s'intéresser aux traitements de toxicomanes. Dans ce but, il fonde en 1971 le Centre médical Marmottan. C'est un centre d'accueil, d'orientation et de soins pour les toxicomanes non alcooliques. Grâce à lui, Marmottan est devenu une référence internationale où nombre de spécialistes se sont formés. Son approche repose sur une prise en charge institutionnelle et psychothérapeutique inspirée par la psychanalyse.

⁸ Molière – Tartuffe acte III & scène 2 - 1664

⁹ Mendiants Germain Marie Bernard Nouveau (1851/1920) | oeuvres complètes édition de Pierre-Olivier Walzer, Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade, 1970

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

passé d'inclus. Il fascine et répulse. Cet errant là est si loin de nous et si près à la fois. Il pourrait être sympathique si l'alcool ne venait pas détruire cette représentation poétique de l'errance.

*Le mendiant, mais c'est mon frère !
Comment, mon frère ? Mais, c'est moi.
Je commence par me la faire,
La charité, la chose est claire.
Tu te la fais aussi, va, Toi.*

Germain Nouveau perçoit dans le regard du passant cette crainte de se retrouver soi même à cette place. Cependant, « n'est pas clochard qui veut »¹⁰. Dans un polar énigmatique à souhait, Jean Christophe Grangé (Le passager¹¹) décrit un psychiatre assassin fuyant son identité de ville en ville et se reconstruisant dans chaque cité une nouvelle vie. L'on s'y perd, d'une identité à l'autre, le puzzle se construit et là encore, l'alcool est décrit dans son horreur et dans la répulsion qu'elle suscite. Grangé décrit avec un réalisme de journaliste ces clochards passant la nuit à la Madrague et se levant en état de manque, puis courant jusqu'à une bouteille cachée à proximité du centre d'urgence. Recevoir ces personnes pour qu'elles ne traînent pas dans nos villes oui, mais les recevoir avec leur béquille (l'alcool) non. Curieusement, Grangé nomme cet homme Ulysse, comme si cet homme, rebut de notre société était également un roi, ou pourrait l'être. Fascination et répulsion là encore, roi et vagabond. Cette vision est éternelle, elle est aussi universelle.

Dans son film, palme d'or à Cannes en 1980, « Kagemusha, l'ombre du guerrier », Akira Kurosawa nous décrit dans le Japon des seigneurs, un pauvre clochard utilisé par le pouvoir comme sosie d'un roi mort et permettant ainsi que le royaume ne se disloque pas. Ce pauvre errant fini par endosser le costume de puissant, mais il n'est que l'ombre du guerrier que les seigneurs de guerre finissent par remettre à la rue avec ses haillons. Léonard, Suzette, Fred, sont-ils Ulysse ou Kagemusha, appartiennent-ils à ces figures poétiques si bien décrites par Khayyâm, Villon et Nouveau ? Nous avons découvert en créant les Prytanés, des hommes et des femmes comme vous et moi parfois héros, parfois poètes et parfois nus. Tout simplement humains. L'alcool présent sur le site sans restriction n'a pas brouillé la rencontre elle l'a permise parce qu'interdisant le liquide, nous aurions interdit l'homme.

Cinq années d'expérience nous montrent que ces lieux (je pense au Hameau de l'Armée du Salut, aux Prytanés et au Mascaret d'HAS) que l'usage d'alcool ne compromet en rien la survie d'un dispositif. Bien au contraire, il permet aux personnes de se poser telles qu'elles sont et de retrouver peu à peu une paix quotidienne qui alors peut-être leur permet de s'autoriser à moins consommer.

B. Boire ou Habiter, faut-il choisir ? Et si c'était la rue qui pouvait déménager... Emmanuelle Latourte

Léonard¹² : « *J'aimerais qu'on accepte mon opinion sans pouvoir dire : c'est des anciens qui dormaient dans la rue, c'est des sdf. J'ai fait des années de rue. Mais maintenant j'ai un château ici. Ici c'est mon château. La rue, fini ! Et pis c'est incroyable ici on a le droit de boire not' canon, on a le droit de fumer not' clope, c'est pas interdit ! Tu vas ailleurs t'as pas le droit de boire un coup, faut que tu t' caches ! Mais ici NON ! Moi j'ai mon canon sur la table et personne ne m' dit rien...* »^{13 11}

En 2009, l'association marseillaise Habitat Alternatif Social (HAS) imagine un hébergement de stabilisation¹⁴ pour des personnes comme Lionel, de plus de 40 ans, ayant longtemps vécu dans la rue. C'est un dispositif qui se crée, permettant à 9 personnes de vivre en colocation dans une maison rénovée. La présence de l'alcool à l'intérieur des murs va de soi. Parce qu'être usager chronique d'alcool conduit à être exclu de presque tous les hébergements. Au moment d'imaginer un règlement, il importait de développer une approche qui prendrait soin de réduire les contraintes liées aux usages. C'est un principe d'inconditionnalité. Les personnes sont accueillies là où elles en sont, avec leur réalité. L'hébergement de stabilisation se doit de ne pas simplement mettre à l'abri mais de proposer, grâce à une offre d'habitat et d'accompagnement adaptée, une sortie de la rue, une sortie de la

¹⁰ Formule utilisée par Patrick Declerck – Les naufragés Edition Plon&Terre humaine - 2003

¹¹ Editions Albin Michel (31 août 2011)

¹² Un habitant des Prytanés

¹³ Paroles extraites d'un documentaire Les Prytanés, mon château, réalisé en 2012 par Tabasco Vidéo.

¹⁴ Les hébergements de stabilisation ont pour objectif d'offrir aux personnes depuis longtemps à la rue et qui refusent les réponses traditionnelles de l'action sociale (hébergement d'urgence notamment) une offre alternative d'habitat, à haut seuil de tolérance

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

spirale de l'exclusion. Les personnes sans chez soi, usagères chroniques d'alcool peuvent retrouver une place quelque part, un lieu où habiter. HAS défend un *credo* simple mais ambitieux : accueillir et accompagner dans la durée en respectant les choix de vie et de consommation. Sur place, un éducateur, un psychologue, un chef de service et des partenaires tissent un maillage de compétences et de postures pour faire vivre le lieu.

Les habitudes de la rue poussent la porte. Chacun amène sa manière d'habiter, sa manière de boire. Les accompagner a nécessité que nous acceptions un temps *leur monde à l'envers parce que vivre à l'envers c'est vivre malgré tout*¹⁵. Chutes, alcoolisations massives, manque de sommeil, dénutrition, manque, conflits furent des événements courants. En se tournant vers la médecine générale ou l'alcoologie, l'offre de soin ne proposait que sevrage et abstinence comme solutions aux mises en danger. Propositions inopérantes parce qu'anxiogènes et prématurées qui nous ont amenées à bricoler avec chaque habitant des réponses afin de réduire les risques liés aux usages. Nous avons alors *veillé à ce que les personnes tombent le moins possible. Et si elles devaient inexorablement tomber, de leur éviter de se faire trop mal*¹⁶...

Par l'observation fine, la présence inconditionnelle et quotidienne, l'accompagnement de proximité, nous avons repéré les différents risques encourus par chacun des usagers. Nous avons pu faire des propositions adaptées. Courses, stockage, distribution, discussions ont participé de la stabilisation. Jour après jour, l'enchaînement, ivresse excessive, période de manque, a disparu. Chacun connaît aujourd'hui sa *zone de confort*¹⁷. Chacun peut prévoir, anticiper, s'approvisionner en conséquence, gérer le budget dédié. Les prises de risque, les mises en danger se sont faites plus rares. Dormir, se nourrir ont repris leur place, la santé s'est améliorée, les consommations ont diminué de manière significative. **La rue a déménagé.**

Et puis ce bricolage en a rencontré d'autres, des liens se sont tissés, des partenariats atypiques se sont imaginés : les repas hebdomadaires avec un alcoologue qui utilise l'anthropologie comme grille de lecture, les rendez-vous médicaux honorés avec une médecin généraliste sensible aux parcours de précarité, les retours à la maison avec les commerçants du village attentifs et prévenants, les groupes de parole avec le psychologue qui finissent en apéro, ou encore chaque anniversaire fêté avec force mousseux et gâteaux offerts par les infirmières libérales... Riche de ces partenariats, l'accompagnement à la réduction des risques s'est affiné¹⁸.

Symbole de la pertinence de cette expérience, l'ARS PACA finance aujourd'hui HAS, dans le cadre d'une recherche-action qui vise à modéliser ce type d'accompagnement. Il y a aujourd'hui trois lieux avec alcool à Marseille : le Hameau porté par l'Armée du Salut, les Prytanes et le Mascaret imaginés par HAS. L'association HAS est associée au CNRS, à l'ANPAA et à Cap Méditerranée pour regarder de plus près cette expérience. La première phase de cette étude est engagée et s'attelle à dresser un état des lieux de la prise en compte de la question des usages d'alcool dans les pratiques d'accueil auprès des opérateurs du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion. Le deuxième volet de cette première phase a débuté en avril et est porté par le CNRS sous la direction de Yannick Jaffré, par deux chercheurs anthropologues qui vont s'atteler à observer ces trois lieux d'habitat pérenne qui accueillent avec alcool. La deuxième phase débutera en février 2015 où l'on tentera de modéliser ce type d'accompagnement en tentant de proposer une organisation concrète de conditions d'un accueil avec alcool. Ces volontés associatives sont soutenues par l'ARS et la DDCS, elles tentent de se réunir pour impulser un peu de changement.

★ ★ ★

Réponses aux questions de la salle:

Didier Febvre : Quel est le critère de réussite, l'insertion médico-sociale, la réduction des risques c'est-à-dire la maîtrise, la possibilité de garder sa consommation mais en la maîtrisant ?

Emmanuelle Latourte : Les personnes accueillies étaient en rupture de soins. Après 3 à 4 ans de vie aux Prytanes, elles ont un médecin référent qu'elles voient régulièrement. Il n'y a plus d'allers et retours aux urgences. Elles ont la capacité de se nourrir à nouveau de dormir à nouveau. Ce qui nous

¹⁵ Jean FURTOS, Les cliniques de la précarité, éditions Masson, 2008

¹⁶ Patrick Declerck, Les naufragés, éditions Pocket, collection Terre Humaine Poche, 2001

¹⁷ Pilier de la RDR alcool développé dans une étude à paraître « *Au péril de la rue, à la porte du soin. Parcours de vie et manières de boire en situation d'exclusion* », Matthieu Fieulaine, ANPAA13

¹⁸ En 2011, un Diplôme Universitaire en psychiatrie et santé communautaire a été l'occasion de décrire cette expérience de terrain, Une maison pour accompagner des personnes sans chez soi usagères d'alcool, un lieu d'hébergement propice à la réduction des risques. Cf site has.asso.fr

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

nous importe ce n'est pas la question des consommations, c'est le bien être des personnes, qu'elles puissent habiter dans une maison, ne pas mourir dans la rue.

Eric de Kérimel : le problème c'est la question. Dans ces lieux, il ne faut avoir aucune ambition. Ce qui fait que les gens sont restaurés, ce n'est pas quand ils arrêtent de boire. Le principal c'est quand ces gens parlent, vont au village, ont repris droit de cité dans la société des humains. Ca c'est du soin.

Stéphane Akoka : chef de service ACTES (Fondation Patronage St Pierre), j'aimerais monter cette expérience avec des usagers de drogue actifs. Comment avez-vous argumenté du côté du soin ?

Eric de Kérimel : nous n'avons rien argumenté. Les financements sont venus après le début du projet. Nous avons bénéficié de la Fondation Abbé Pierre qui nous soutient dans des projets à risques. Cela devrait exister depuis longtemps en matière de toxicomanie. Cela existe ailleurs avec la Strada en Allemagne. Je vous invite à le faire.

Laurent Weber psychologue à HAS. Les Prytanes c'est un lieu de vie. C'est la dimension collective qui est le moteur du soin, de la réparation du bien-être... La difficulté aux Prytanes, cela a été de faire montre de souplesse quant aux règles qui régissent la vie de ce lieu. Dans les foyers, il y en a beaucoup. Aux Prytanes, il y en a le moins possible. Les consommations ont au moins toutes été divisées par deux, sans jamais d'invitation à s'arrêter, sans que l'alcool soit au centre de nos discussions.

Eric de Kérimel : Le plus compliqué, c'est la rupture avec des modèles qui sont très prégnants. Il faut se décaler. Tout ce qui va être demandé c'est de cadrer, alors qu'il faut faire l'inverse. Quand il a été question d'ouvrir les Prytanes, un lieu pour neuf grands errants alcooliques avec un seul professionnel, tout le monde a crié au fou. Mais ces personnes, lorsqu'elles ont consommé de l'alcool en excès, comme nous, elles n'ont pas besoin d'un éducateur près d'elles. Il faut réintroduire des choses qui n'ont rien à voir avec du travail social ou du soin et pourtant justement de faire ça, ça va créer du soin, du travail social, ... Il n'y a jamais eu de gros incidents. Le plus compliqué c'est de trouver des professionnels, trouver des grands errants sympathiques, cela n'est pas difficile...

★ ★ ★

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

Conclusion de la journée : Docteur Gérard Coruble, responsable de la Mission Recherche et développement en santé publique, Direction de la Santé Publique et Environnementale

Je tiens tout d'abord à remercier très sincèrement l'ensemble des intervenants qui ont accepté de s'exprimer dans cette journée qui prend place à la fois dans le cadre du PRAPS et dans les travaux de la mission recherche et développement en santé publique ; elle a constitué pour nous un important moment d'échanges, de partage d'expériences et de perspectives d'évolution.

Il a fallu se limiter, pendant cette journée, à quelques exemples d'actions parmi un foisonnement d'expériences et d'initiatives qui, pour la plupart, s'inscrivent bien dans cette perspective humaniste qui a été le fil rouge des interventions que nous avons entendues et qu'a bien posée le Dr Claire George en faisant état de cette tension entre la logique financière de l'hôpital et celle qu'elle percevait, comme soignante, dans une approche plus globale.

Nous avons choisi deux champs, les PASS et la santé des personnes sans abri et, si les évaluations de cette journée nous y invitent, nous souhaiterions poursuivre ce type de démarche avec d'autres sujets ayant trait globalement à l'accès à la prévention et aux soins pour les plus démunis.

Il faut bien resituer les travaux qui vous ont été présentés dans une perspective plus large, celle de la réduction des inégalités sociales de santé à l'égard desquelles il faut à la fois répondre aux difficultés des personnes les plus vulnérables mais aussi travailler sur la machine à produire des exclusions et donc agir très en amont dès la grossesse et pendant la petite enfance. Les programmes visant à développer les compétences psycho-sociales très tôt dans l'enfance ou les compétences parentales apparaissent ainsi très efficaces à long terme.

Il faut donc bien agir sur deux fronts avec des politiques universelles de cet ordre, avec une intensité accrue pour les familles les plus vulnérables et des actions qui répondent aux besoins des plus démunis, qui sont victimes des effets des inégalités sociales de santé.

★ ★ ★

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

ANNEXE : Liste des participants**172 participants**

[Non participants : 65 personnes excusées et 46 personnes sur liste d'attente]

ABASSI SONIA	PASS APHM
AKIL AMINA	CHS MONTFAVET LHSS
AKOKA STEPHANE	Fondation Patronage St Pierre / ACTES
ALLEM HAFIDA	CG13 CIDAG CIDDIST Joliette
ALLINE MARTINE	CHRS JANE PANNIER
ANSART YOCHAN	ACCUEIL DE JOUR
BABE SABINE	MEDECINS DU MONDE Nice CASO
BALIQUE HUBERT	APHM
BARON CATHERINE	PASS CHI ALPES SUD
BASTARD MEHDI	PASS CH CONCEPTION
BASTIEN FLAMAIN BENEDICTE	CH TOULON LA SEYNE
BAUDIER PHILIPPE	CHS MONTFAVET EQUIPE SANTE PRECARITE
BEDRANI Zahia	ARS DSPE
BENCHAYA CAROLINE	PASS CH GRASSE
BERNARD JACQUES	CG13 Pôle insertion Istres
BERTRAND JULIE	DROS CAF
BLANCO PATRICK	PASS RIMBAUD
BLANES DE CANECAUDE JOCELYNE	ARS SG
BOUDJEMA SALIMA	CH MONTPERRIN
BRACQ INGRID	PASS APHM
BRIANTAIS NADEGE	VILLE NICE CCAS
BROUT SYLVIE	PASS CH AIX PERTUIS
BRUN GUILLAUME	SAMU SOCIAL TOULON
CANIGIANI CHRISTIANE	CH LA CIOTAT
CARATTI MICHEL	Fondation Patronage St Pierre / ACTES
CARTAILLE GENEVIEVE	APHM
CASTERA BENEDICTE	CH MARTIGUES
CHARLES JEAN CHRISTOPHE	DROS CAF
CHEVALLIER Caroline	CHICAS GAP
CHRETIEN VINCENT	PASS CH MONTPERRIN
CHRISMENT NELLY	ARS DDPRS
CIURRAR LUCIEN	HAS
CLEMENT LAURENCE	ARS DOS
COGNET FABIENNE	CH SALON
COQUANTIF CAROLE	APHM
CORNET MARTINE	PASS PSY ET
CORUBLE GERARD	ARS DSPE
CREPEL LAURE	CH LA CIOTAT
CURRAULT MARLENE	LE MANIER
DAGUZAN ALEXANDRE	APHM
DALMASSO JEROMINE	Alcool assistance 06
DEGANS MARC	Alcool assistance 83
DEGUET JEAN PIERRE	PROMO SOINS TOULON MEDECIN
DELANNAY SEVERINE	CH AVIGNON
DEPREZ MARIE HELENE	APHM
DEVALLE CAROLE	PASS RIMBAUD
DIA ABDOU ISSA	MEDECINS DU MONDE Nice
DIETLIN AMELIE	CG 13
DOMINE HAKIMA	PASS CHI CAVAILLON
DUCOURTIOUX CAROLINE	PASS CHI ALPES SUD
DUFRESNE STEPHANIE	CH SALON
DUMONT CELINE	SPES
DURAND HELENE	VILLE NICE CCAS
ESCOBAR VIOLETTE	ARS DT 13
FANO MATTEO	Centre Norbert Elias UMR 8562
FARNARIER CYRIL	Centre Norbert Elias UMR 8562
FASSANARO BRIGITTE	DDCS 13
FAURE-VINCENT BEATRICE	CHRS/CHSS JANE PANIER
FEBVREL DIDIER	VILLE MARSEILLE Santé publique
FENART MARIE LOUISE	INTER SECOURS NICE
FOKS CHRISTINE	CG 13
FORGET NICOLE	CH BRIGNOLES
GARCIA CHRISTINE	VILLE AIX CCAS
GARCIA ORNELLA	SAMU SOCIAL TOULON
GEFFROY CHRISTOPHE	VILLE LA CIOTAT CCAS
GEORGES CLAIRE	APHP
GIELY DANIELE	CHRS CROIX ROUGE AIX

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

GILLINO AGNES	MEDECINS DU MONDE Nice
GOUABEAU NANCY	ARS DSPE
GRASSINEAU DOMINIQUE	PASS MEDICO SOCIALE RIMBAUD APMH
GRAY CATHERINE	PROMO SOINS TOULON
GRIMAUD CHRISTOPHE	PASS CH DIGNE
GRIMAUD GERALDINE	APORS
GUERIN FREDERIQUE	HAS
GUILBARD MARIE HELENE	VILLE MARSEILLE CCAS
HAEZEBROUCK	MEDECINS DU MONDE Marseille
HAUTION CHANTAL	CH TOULON LA SEYNE
INCARDONA MARILYN	VILLE MARSEILLE CCAS
JACONTINO CHRISTINE	SOLENSI SANBA
JEANNOT ROSELYNE	ACCUEIL SANTE 04
KAMMERCOENTE GEORGES	FONDATION ST JEAN DE DIEU
KERIMEL ERIC	HAS
KINDREBEOGO SYLVIE	PASS RIMBAUD
KLYSZ MAILYS	LE TIPI
KPODAR OMAR	HOTEL AGGLOMERATION MARTIGUES ASV
KULLING GABRIEL	ARS DOS
LABAUME CENDRINE	MEDECINS DU MONDE Marseille
LAFERRERE MAEVA	APHM
LAPORTE REMI	APHM
LARDET VALERIE	HOPTITAL LA SEYNE PASS
LATOURTE EMMANUELLE	HAS
LAURAY ODILE	VILLE MARSEILLE CCAS
LE GOUIC MATTHIEU	CPAM 13
LE PORS JEAN CLAUDE	CPAM 83
LELAURAIN SOLVEGE	ASSAB
LEMARCHAND JEAN MICHEL	CH EDOUARD TOULOUSE EMLPP
LEONI JEANNE	CHITS STE MUSSE TOULON
LEVY JOACHIM	NOUVELLE AUBE
LEYDET LUDOVIC	LES PETITS FRERES DES PAUVRES
L'HERAFF DELHIA	
LOQUET LUDOVIQUE	ARS DSPE
MAGNAUDET CATHERINE	ADOMA
MAGNONI CARLOTTA	Centre Norbert Elias UMR 8562
MALAVAL ISABELLE	MEDECINS DU MONDE Marseille
MANSET JESSY	CH AIX
MANSOUR ZEINA	CRES
MARCEL EMILIE	CODES 06
MARCHAND JULIE	ADAR/ADOMA
MARION MARJORIE	ACCUEIL SANTE 04
MARTIN HELENE	LE TIPI
MARTIN MARINE	HAS
MARTINEZ PATRICK	CHU NICE
MAS MARILENE	PASS PSY ET
MEKKI OURDINE	CH MARTIGUES
MICHEL HELENE	SOLENSI
MIROGLIO NICOLE	ARS DSPE
MOISSONNIER BRIGITTE	ARS DSPE
MOLAS GALI NATHALIE	ARS DT 13
MONAGHEDDU MARIE ANGE	APHM
MOUSSA SAID	PASS APMH
MOUTET ALAIN	MEDECINS DU MONDE Marseille
ORTS SANDRINE	VILLE MARSEILLE CCAS
PADOVANI PATRICK	VILLE MARSEILLE ADJT MAIRE
PARIS GUILLAUME	UDAF 04
PAULI VIRGINIE	CH IMBERT Arles
PAVILLON BERTRAND	CHITS STE MUSSE TOULON
PELLEGRINI HELENE	CH AUBAGNE
PERNOT CELIA	PASS CH AIX
PERRAIS ANNE GAELLE	DADD PACA
PESCE FLORENCE	CH MONTPERRIN
PETIT SABINE	VILLE AUBAGNE ASV
PETKOV TIHOMIR	MUTUALITE FRANCAISE SAMU SOCIAL
PIERROT-GUMBS VALERIE	PASS régionale CHU NICE
POINSOT PIERRE	PROMO SOINS TOULON
POIROT VALERIE	APHM IDE
QUIOT CHRISTINE	VILLE ARLES CCAS ACCUEIL D'URGENCE
RAIDIN SCHHICKELE GENEVIEVE	ARS DT 13
REY CHARLOTTE	CH THENIERS PUGET
REYRE LAETITIA	PASS APMH
RICCIARDI CLAIRE	PLANNING FAMILIAL 13
RICHAUD OLIVIER	HAS Vaucluse
SALLE JULIEN	PASS CONCEPTION ET COMEDE
SAMBUC ROLAND	APHM

L'accès aux soins des personnes les plus démunies en PACA

SCHNEIDER SOLANGE	ARS DT 83
SCHWARTZ MURIEL	PASS régionale APHM
SEJOURNE ALINE	PASS RIMBAUD
SERRES ANNE MARIE	PROMO SOINS TOULON
SIAME LINDA	CH CANNES
SUZZONI-CHANSEL ANGELINE	CG 13
TANGUY MARTINE	CH GRASSE SERVICE SOCIAL
TANTI HARDOUIN NICOLAS	
TARDIEUX PIERRE MARIE	PASS CH NICE
TOOGOOD CHRISTINE	CH HYERES
VAILLANT LAURENCE	PASS PSY ET
VALLOIS ELISE	PASS COMEDE
VASSILIEFF YVAN	VILLE ARLES CCAS ACCUEIL D'URGENCE
VERNAY VAISSE CHANTAL	CG 13
VEROLA ANNE	PASS CH NICE
VOLPI MAGALI	CH HYERES
WEBER LAURENT	HAS Marseille
WITTEWER SOPHIE	RHESO
ZERELLI VIRGINIE	PASS CH ANTIBES

+ 10 PERSONNES n'ayant pas signé

Contact

Mission recherche et développement en santé publique

Direction de la santé publique et environnementale

Agence Régionale de Santé PACA

132, boulevard de Paris

13331 Marseille cedex 03

Docteur Gérard Coruble

Madame Nicole Miroglio

04 13 55 82 97

ARS-PACA-MISSION@ars.sante.fr

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

132, boulevard de Paris - 13003 Marseille

Adresse postale : CS 50039 - 13331 Marseille cedex 03

Standard : 04 13 55 80 10

