



Hôpitaux de Lyon

appassra  
Association pour l'Accès aux Soins de Santé  
Régionaux



# 6<sup>ème</sup> journée régionale des PASS\*

\* Permanences d'Accès aux Soins de Santé

## Les PASS : Accès au droit commun ?

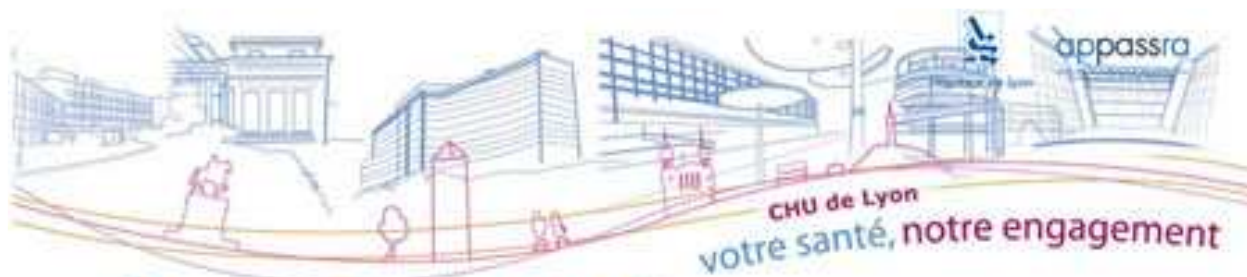
mardi 10 mai 2011

HCL - Lyon



Hospices Civils de Lyon  
Institut de Formation en Soins Infirmiers Esquirol  
5, avenue Esquirol - 69003, Lyon

Hospices Civils de Lyon



## 6<sup>ème</sup> journée régionale des PASS\*

à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers Esquirol 5, avenue Esquirol - 69003

# Les PASS : Accès au droit commun ?

\* Permanences d'accès aux soins de santé

mardi 10 mai 2011

HCL - Lyon

### → Pré-programme

8h30 | 9h **Accueil des participants**

9h | 9h20 **Ouverture de la journée**  
Bruno BARRAL, Direction Générale des HCL,  
Elisabeth RIVOLLIER, Présidente APPASSRA

9h20 | 9h45 **PAJH des HCL**  
Isabelle SCHLIENGER, Médecin  
Aurore ROBERT, Assistante Sociale

9h45 | 10h15 **M.R.I.E. (Mission Régionale d'Information  
sur l'Exclusion en région Rhône-Alpes)**  
= Autour des réflexions engagées sur l'accès aux droits  
et aux soins en Rhône-Alpes =

10h30 | 12h **Ateliers : Difficultés et leviers pour  
l'accès aux soins dans le droit commun :**  
Atelier 1 : Suivi des grossesses  
Atelier 2 : Soins dentaires et ophtalmologie  
Atelier 3 : Soins psychiatriques  
Atelier 4 : Suivi de médecine générale

12h | 13h30 **Pause déjeuner**

13h30 | 15h **Ateliers : Idem matin**

15h15 | 15h30 **Enquête PAJH-CPAM  
sur la région Rhône-Alpes**

15h30 | 16h30 = **Les PAJH : droit commun ou  
discrimination positive ?** =  
Catherine PERROTIN,  
Maître de conférences, Philosophe  
Centre Interdisciplinaire d'Ethique  
Université Catholique de Lyon

16h30 | 17h **Clôture de la journée**  
Le directeur de l'ARS ou son représentant  
= sans réserve =

### Association des Professionnels des Permanences d'Accès aux Soins de Santé Rhône-Alpes

#### Buts de l'association :

- » Réunir les professionnels des Permanences d'accès aux soins de santé de la région Rhône-Alpes pour des échanges autour de leurs pratiques ;
- » Organiser des échanges d'informations :
  - Entre les professionnels des PASS
  - Entre les professionnels des PASS et d'autres intervenants sanitaires et sociaux impliqués dans le domaine de la précarité et de l'exclusion
  - Entre les professionnels et les usagers
- » Apporter une réflexion sur les objectifs et le développement des PASS ;
- » Faire connaître et reconnaître aux pouvoirs publics et institutions de santé publique de la région Rhône-Alpes les réalités et problématiques rencontrées sur le terrain ;
- » Aider à développer toute action allant dans le sens d'une amélioration de la santé des personnes en situation de grande précarité sociale.

Pour toute information, contactez l'APPASSRA |  
Site | <http://www.appassra.org/>

→ **Date limite d'inscription vendredi 22 avril 2011**

Nombre de places limité à 120  
Inscription par ordre d'arrivée



#### Pour votre itinéraire :

» **Depuis la gare de Lyon Part Dieu,**  
prendre la sortie Vivier Merle,  
prendre le Bus n°28 en direction de  
Laurent Bonnefoy.  
Descendre à l'arrêt -Ambroise Paré-

» **De la gare de Perrache,**  
prendre le Tramway T2  
en direction de St Priest Bel Air.  
Descendre à l'arrêt -Ambroise Paré-  
(Durée approximative du trajet :  
30mn).

Contact : Jean-Michel PEYRACHE  
Tél. : 04 72 11 52 93 / Fax : 04 72 11 52 68  
Email : [jean-michel.peyrache@chu-lyon.fr](mailto:jean-michel.peyrache@chu-lyon.fr)

Hospices Civils de Lyon



association des professionnels des permanences  
d'accès aux soins de santé rhône-alpes

**6e journée régionale Rhône-Alpes des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)  
Le 10 mai 2011 à Lyon**

En ouverture de la journée, Élisabeth Rivollier,  
Présidente de l'association des professionnels des PASS Rhône-Alpes (APPASSRA)

Bienvenue à tous.

En novembre 2009 à Bourg-en-Bresse, dans ce temps d'introduction nous avons fait le point sur ce qu'il y avait eu de nouveau et constructif depuis notre dernière rencontre ; les résultats de l'enquête nationale et régionale sur les PASS en 2009, avaient été un point fort.

Mai 2011 : quoi de neuf au cours des 18 mois derniers mois pour l'existence des PASS, leur organisation, leur gestion, leur évolution ? La mise en place des ARS est à elle seule un événement majeur pour les missions sanitaires ; en Rhône-Alpes les PASS restent une préoccupation de notre tutelle. Cependant le gel des MIGAC, maintenu, suscite beaucoup d'inquiétude.

Les inégalités sociales restent d'actualité. J'ai choisi pour cette introduction de vous commenter le numéro du Bulletin épidémiologique hebdomadaire, paru en mars, leur est consacré et qui apparaît comme un signe des temps (1). [Ce bulletin fait autorité, il est édité par l'Invs (Institut de veille sanitaire) institut placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé.]

Ce numéro nous nourrit à son tour, une fois de plus, de données d'observation sur les inégalités sociales de santé en France. Un seul article présente un programme de réduction de ces inégalités et son évaluation, à propos de la lutte contre l'obésité de l'enfant ; lutte ayant fait l'objet d'un programme national et des campagnes de prévention entre 2001 et 2005. Chez les enfants de 5-6 ans, le surpoids a baissé ; l'objectif de santé publique a donc été atteint. Cependant la baisse de la surcharge en poids a été plus marquée dans les milieux favorisés, l'article pointe là un creusement des inégalités sociales. En effet, nous savons qu'il ne suffit pas d'informer les personnes pour qu'elles aient un comportement favorable à la santé, faut-il encore qu'elles puissent intégrer de nouvelles pratiques à leur quotidien, qu'elles en aient les moyens. Nombre de personnes sont ainsi exclues des dynamiques de changement.

Ce creusement des inégalités est typique d'un processus déjà connu aboutissant à l'exclusion ; c'est une illustration quasi pédagogique : l'obésité est en elle-même un désavantage social dont on se sort plus difficilement si l'on souffre d'exclusion. Comment sortir du cercle vicieux ? De l'exclusion qui exclut, comme de la précarité qui précarise ?



Lutter contre ces phénomènes, c'est exactement l'esprit des lois de du 31 juillet 1998, celle qui a fondé les PASS, et celle du 9 août 2004. Les actions à entreprendre pour lutter contre l'exclusion intéressaient - intéressent - plusieurs dimensions tant sont multifactorielles les causes de l'exclusion.

Ce même numéro évoque la prochaine loi de santé publique ; le Haut Conseil de la Santé Publique en décembre 2009 a émit un rapport avec des propositions. Rien de nouveau dans ses recommandations qui restent très générales. Dans les lois de 1998 et 2004, déjà l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constituait un objectif prioritaire de la politique de santé. Les avancées objectives mériteraient d'abord un état des lieux avant qu'une nouvelle loi vienne s'empiler sur les précédentes, au risque de les effondrer.

Tout aurait été mis en oeuvre ? Si tel était le cas, sur le terrain des PASS le paysage des professionnels serait différent. Actuellement en Rhône-Alpes la moitié des petites PASS (celles ayant un financement de moins de 42 000 € par an), n'ont sur le terrain qu'un professionnel au plus à mitemps, alors qu'elles devraient disposer d'un temps plein de travailleur social.

Pour cette journée, le thème *PASS et accès au droit commun* a été retenu, car l'intégration des personnes dans le système habituel de soins est au coeur des missions PASS ; pour mener à bien cette intégration, une vigilance particulière nous est nécessaire afin d'éviter un effet paradoxal pressenti par les fondateurs : celui de créer un filière spécifique pour les pauvres, venant renforcer l'exclusion des personnes précaires. D'où l'importance du sujet d'aujourd'hui. Les ateliers de cette journée sont basés sur les grands secteurs de cette orientation : soins de médecine générale, soins psychiatriques, suivis de grossesse, soins dentaires et ophtalmologiques.

Merci à la PASS des hospices civils de Lyon, en particulier à Isabelle Schlienger, Aurore Robert, Thierry Mentigny, Jean-Michel Peyrache, et Bruno Barral. Depuis un an ils préparent cette journée dans une coordination sans faille et avec une synchronisation impeccable avec l'association.

Je tiens à saluer aujourd'hui les responsables administratifs de chacun de nos établissements hospitaliers ; en acceptant et en reconnaissant nos temps d'échanges et de construction au sein de l'APPASSRA, ils nous permettent de prolonger notre engagement pour la mission d'intérêt général que représentent les PASS. Au nom de l'association, je leur exprime ici toute notre gratitude. Nous sommes heureux de leur participation, ils sont eux aussi des professionnels des PASS.

(1) Institut de veille sanitaire - Bulletin épidémiologique hebdomadaire 8 mars 2011/ n° 8-9 -

Numéro thématique - Inégalités sociales de santé -

[http://www.invs.sante.fr/beh/2011/08\\_09/index.htm](http://www.invs.sante.fr/beh/2011/08_09/index.htm)



*Hôpitaux de Lyon*

**6<sup>ème</sup> Journée Régionale des PASS Rhône-Alpes**

**Accueil par Bruno BARRAL, représentant le Directeur Général des HCL**

Bonjour à tous,

Directeur Délégué, présidant le Comité de Pilotage de la PASS des HCL, je voudrais tout d'abord excuser M. MOINARD, Directeur Général des HCL, retenu par d'autres obligations.

Avec l'équipe qui a organisé cette rencontre, j'ai en effet souhaité que les HCL accueillent cette année cette Journée régionale, organisée par une Association qui fédère depuis 10 ans le réseau des PASS de la région, ce qui constitue une situation assez exceptionnelle en France. Il me semble en effet que ces échanges tous les 18 mois sont bien nécessaires dans un contexte où l'accès aux soins des plus pauvres rencontre de plus en plus d'obstacles. Je voudrais tout d'abord remercier vivement les organisateurs de cette manifestation qui rencontre un plein succès si on s'en tient au nombre d'inscrits et aux refus qu'il a fallu adresser ces derniers jours.

Au nom du Directeur Général, je voudrais souhaiter la bienvenue :

- Aux représentants des PASS de la région,
- Aux associations partenaires qui travaillent avec nous à l'accès à la santé des plus pauvres, dans le Grand Lyon et au-delà,
- Aux représentants de l'ARS qui participent à notre journée.

Dans cette démarche de santé publique, je voudrais faire quelques observations en qualité de directeur d'hôpital.

Nous vivons dans un contexte financier de plus en plus contraint. Même si un travail de modélisation des crédits de Missions d'Intérêt Général a été mené au plan régional, les hôpitaux constatent souvent une diminution ou un gel de ces crédits hors T2A. En tout état de cause, ils n'augmenteront pas, alors que les besoins augmentent souvent.

Les PASS ont un rôle très important d'accueil et de prise en charge des populations précaires, mais tout autant de sensibilisation et de formation des personnels des services hospitaliers avec lesquels elles travaillent.

Les HCL, qui constituent un CHU, ne doivent pas se limiter à une prise en charge de recours et de haute technicité. Pour leur besoin de proximité, les HCL sont appelés à soigner à la PASS, aux urgences et ailleurs, des personnes très pauvres qui ne sont pas capables de faire appel à la médecine libérale.


- ❖ Aux HCL, la nouvelle implantation à l'Hôpital Edouard Herriot au sein d'un espace regroupant les activités de santé publique, renforce le positionnement de la structure. Le développement de ses moyens en 2011 lui permettra de se dégager de la permanence quotidienne pour constituer un réseau interne avec les services hospitaliers et les assistantes sociales qui y travaillent.
- ❖ Au sein de la Direction Générale, on m'a aussi demandé d'animer le Comité de Pilotage de la PASS qui associe les associations partenaires externes, mais aussi une représentante des usagers. Les associations nous stimulent, nous obligent à être plus ouverts aux personnes sans droits potentiels qui se présentent à la PASS.

\* \* \*

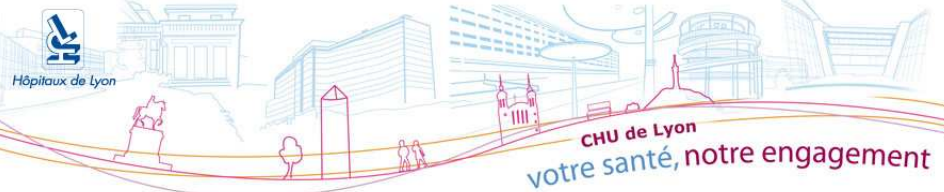
Je voudrais enfin conclure mon propos en insistant sur le fait que nous avons la chance en Rhône-Alpes de disposer de la Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion (MRIE), un observatoire régional de la pauvreté reconnu par les institutions et les associations. Son rapport de l'an dernier sur la santé a présenté un état des lieux des initiatives foisonnantes en matière d'accès à la santé des plus pauvres. La MRIE interviendra ce matin sur ce sujet, mais je vous invite dès à présent à lire ce document.

La présence ce jour de représentants de l'ARS me paraît aussi un signe très encourageant pour votre Association au moment où s'élabore le programme régional de santé. Nul doute que votre Association sera appelée à apporter son expertise à la définition de ce qui sera la suite des PRAPS...

Bonne journée de travail et d'échanges à tous les participants.




Hôpitaux de Lyon




CHU de Lyon  
votre santé, notre engagement

## La PASS de Hospices Civils de LYON


Aurore ROBERT      Isabelle SCHLIENGER  
Jean-Michel PEYRACHE



03/05/2011



Hôpitaux de Lyon



votre santé, notre engagement

## Présentation du dispositif

### Personnes qui ont des droits potentiels

- ✓ Les soins sont **immédiatement accessibles**.
- ✓ Population concernée:
  - ✓ Patients non assurés sociaux ou en attente de CMU + mutuelle ou n'ayant pas de couverture complémentaire
  - ✓ Patients étrangers en situation irrégulière > 3 mois ou en attente d'AME
  - ✓ Personnes ayant des droits mais dont les conditions d'existence (sans logement, langue) ou les difficultés psychiques ne permettent pas l'accès au circuit de droit commun

Direction Générale

03/05/2011

2



## Présentation du dispositif

### Personnes non assurables

(visa de tourisme, titre de séjour dans un autre pays de l'UE)

- ✓ Elles peuvent bénéficier d'une consultation de médecine générale et/ou de médicaments
- ✓ Possibilité de consultations gratuites pour déterminer la gravité et l'urgence
- ✓ Elles sont adressées en hospitalisation en cas d'urgence vitale immédiate
- ✓ Les examens complémentaires et les consultations de spécialités ne peuvent pas être pris en charge

Direction  
Générale

03/05/2011

3



## Circuit du patient

### Consultation combinée médicale et sociale

- ✓ **Accueil administratif**
  - ✓ Identité du patient
  - ✓ Lien avec le bureau des admissions
- ✓ **Consultation Assistante sociale**
  - ✓ Évaluation de la situation sociale
  - ✓ Demande d'ouverture des droits : AME, CMU...
  - ✓ Informations et orientations vers les partenaires concernés par les problématiques sociales
- ✓ **Consultation médicale (6 demi-journées par semaine)**
  - ✓ Soins immédiats
  - ✓ Programmation des soins ultérieurs
  - ✓ Examens complémentaires
  - ✓ Délivrance des médicaments immédiate
- ✓ **Suivi médical et social jusqu'à l'obtention d'une couverture médicale**

Direction  
Générale

12/09/2011

4





## Consultation orientation

- ✓ **Le patient est invité à revenir avec sa feuille d'ouverture de droits**
- ✓ **On fait le bilan des soins réalisés et ceux encore à programmer**
- ✓ **Accès à la pharmacie d'officine**
- ✓ **Accès à la médecine libérale, aux structures hors HCL**
- ✓ **Recherche d'un médecin traitant proche du domicile**
- ✓ **Accès aux centres liés à CPAM et organismes mutualistes**

Direction  
Générale

12/09/2011

5

### **Modalités de fonctionnement** *Activité sociale et médicale* *Projet de fonctionnement futur*

12/09/2011



## Évolution 2010 : regroupement des 2 PASS des HCL sur le site d'Édouard Herriot

- ✓ 1 assistante sociale à la consultation PASS
- ✓ 0.5 assistante sociale aux urgences
- ✓ 0.1 cadre de santé
- ✓ 1 agent administratif
- ✓ 6 consultations médicales par 4 médecins attachés
- ✓ 0.1 coordination

### Activité sociale

Direction Générale  
12/09/2011

8

## Activité sociale – Population accueillie

près de 1100 personnes

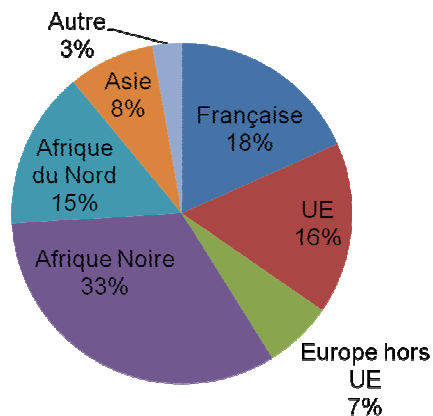
- ✓ Adressées pour les 2/3 par les associations ou services sociaux et 1/3 arrivées par le « bouche à oreille ».
- ✓ Nationalité étrangère à plus de 80 %, dont 16 % de l'UE. La majorité du continent africain.
- ✓ Plutôt féminine (62 %)
- ✓ Pour la plupart âgés de 20 à 50 ans (76%)
- ✓ Près de 900 personnes sans ressources
- ✓ Plus de 1000 personnes sans logement ou logement précaire (stat 2009)

Direction  
Générale

12/09/2011

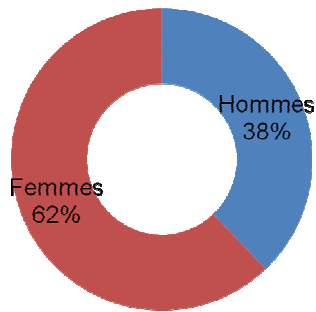
9

## Origine géographique en 2010



## Répartition des sexes en 2010

### Répartition Hommes / Femmes

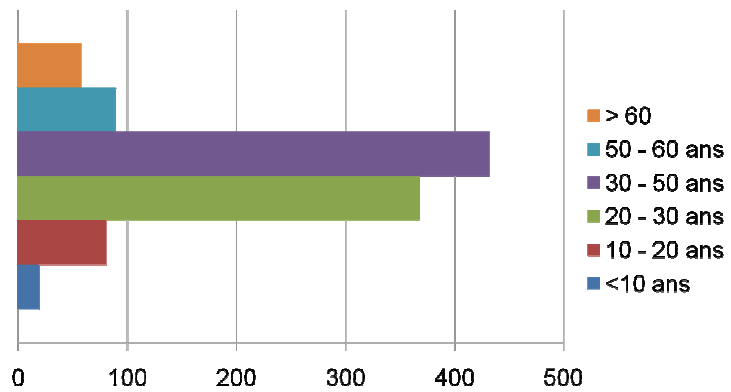


Direction Générale

12/09/2011

11

## Agés en 2010



Direction Générale

12/09/2011

12





## Activité Sociale – Problématiques

### Problématiques associées à un défaut de couverture médicale

- ✓ **l'absence de revenus** -> orientation vers les M.D.R ou C.C.A.S.; accueils de jour, associations humanitaires ou caritatives (aide alimentaire, vestiaires... )
- ✓ **le manque d'hébergement durable** -> travail avec le 115, les foyers d'hébergement d'urgence ; les lits halte soins santé....
- ✓ **défaut de titre de séjour** -> informations si possibilités et orientations sur partenaires spécialisés (FORUM REFUGIES, CIMADE)

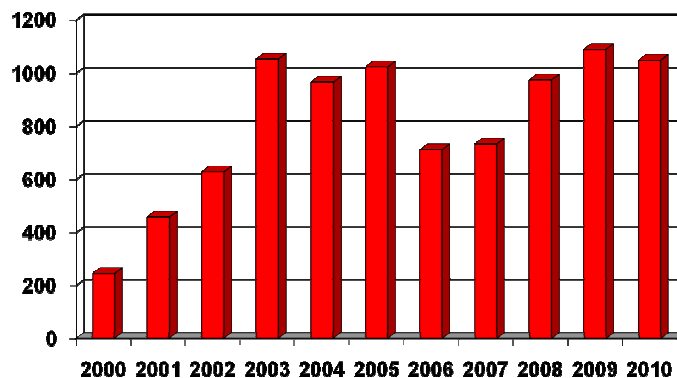
Direction  
Générale

12/09/2011

13



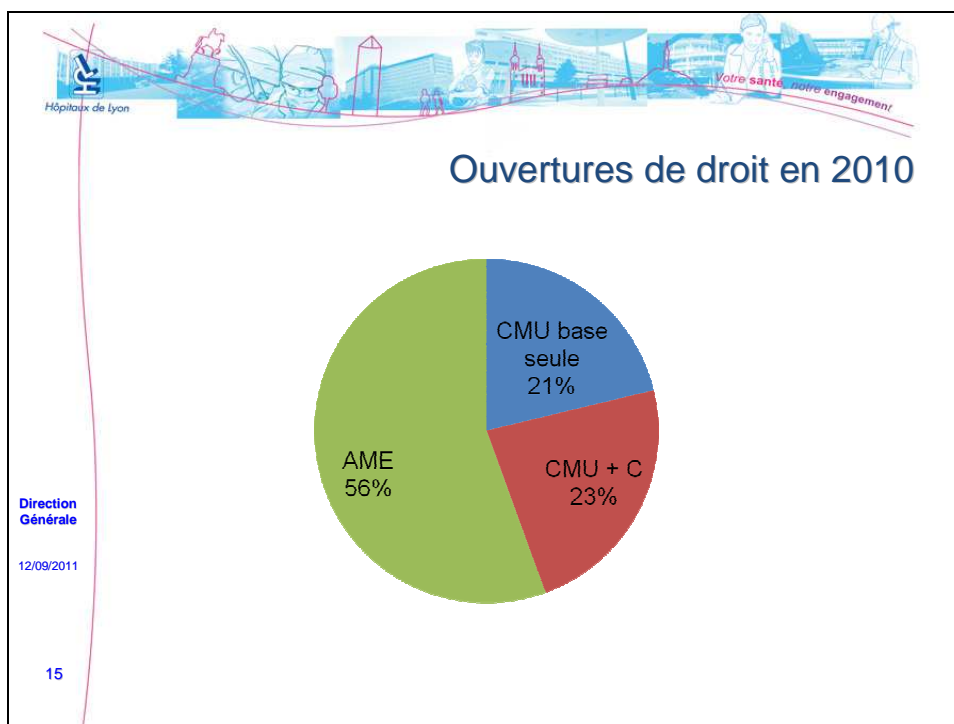
## Nombre de dossiers constitués




Direction  
Générale

12/09/2011

14



- Hôpitaux de Lyon
- Votre santé, notre engagement
- ## Activité Sociale – Partenariat
- ✓ **Comité de pilotage P.A.S.S.**
  - ✓ **Liens réguliers sur les situations des consultants avec les partenaires principaux : Médecins du Monde, Forum Réfugiés, Maisons du Rhône, le 115, C.P.A.M ...**
  - ✓ **Rencontres avec les partenaires au cours de groupes de travail ou lors de présentations de la P.A.S.S. sur place et relations plus structurées avec la CPAM**
  - ✓ **Avec les services des H.C.L : C.P.E.F, C.I.V.G, Urgences Médicales et Dentaires, Pharmacie Hospitalière, Assistantes Sociales des autres services et Bureau des Admissions de l'hôpital**
- Direction Générale
- 12/09/2011
- 16



Hôpitaux de Lyon

## Évolution de l'activité sociale

- ✓ **Activité se maintient** alors que depuis début janvier 2010, ouverture d'une nouvelle P.A.S.S à l'hôpital du Vinatier
- ✓ Demandes d'AME toujours majoritaires depuis 5 ans
- ✓ Important travail d'orientation pour inscrire les femmes dans un service de maternité
- ✓ Recherche d'hébergement de plus en plus difficile
- ✓ Travail de réseau qui progresse en interne et externe

Direction Générale  
12/09/2011

17



Hôpitaux de Lyon

CHU de Lyon  
votre santé, notre engagement

## Activité médicale



12/09/2011



Hôpitaux de Lyon

## Activité Médicale

- ✓ 2000 consultations médicales par an
- ✓ 63 % des patients ne pratiquent pas la langue française
- ✓ 70 % des consultations donnent lieu à une prescription médicamenteuse
- ✓ 25 % donnent lieu à une prescription de laboratoire
- ✓ 45 % donnent lieu à un envoi vers un spécialiste

Direction Générale

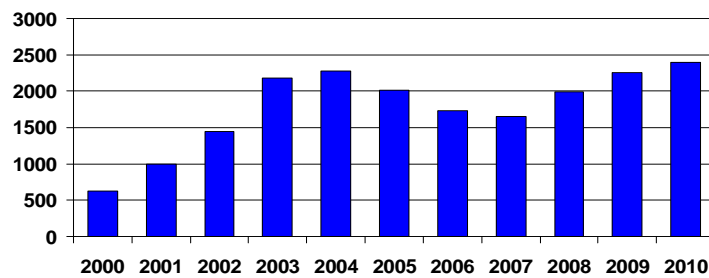
12/09/2011

19

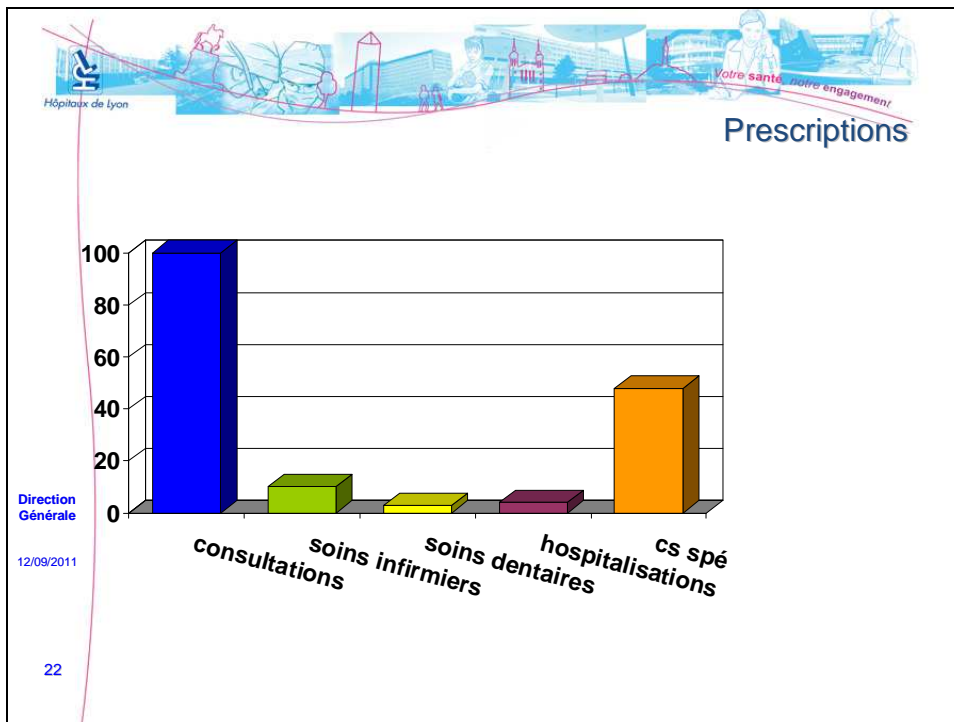
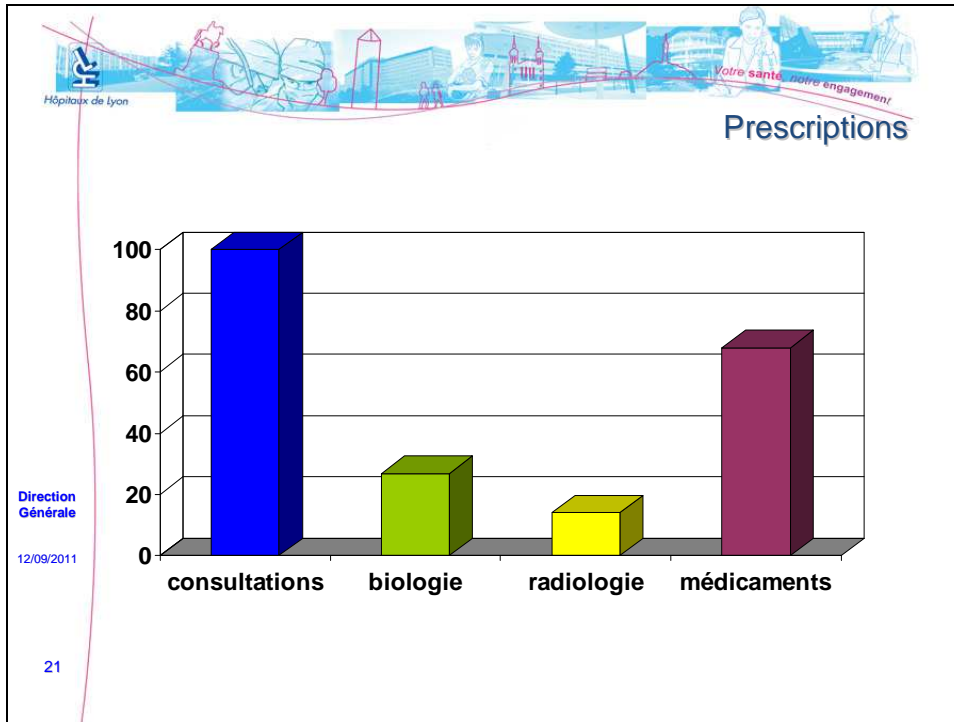


Hôpitaux de Lyon

## ACTIVITE ANNUELLE consultations médicales







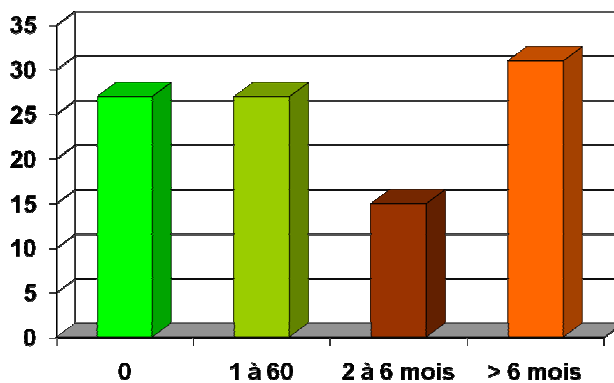
### Durée dans le dispositif

% des consultations enquête PASS Hôtel-Dieu octobre 2006

Direction Générale

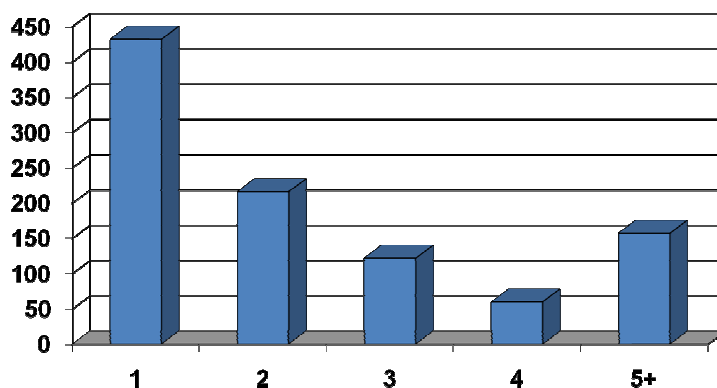
12/09/2011

23



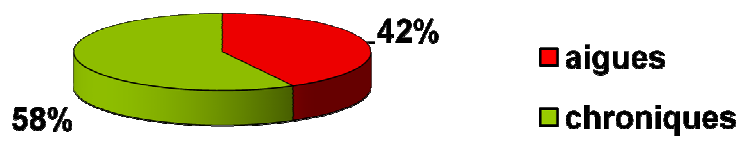
### Nombre de venue par patient en 2010

moyenne 2.9



## Répartition entre pathologies aiguës et chroniques

Thèse Sophie PAILHES Nouveaux patients 2006



Direction Générale

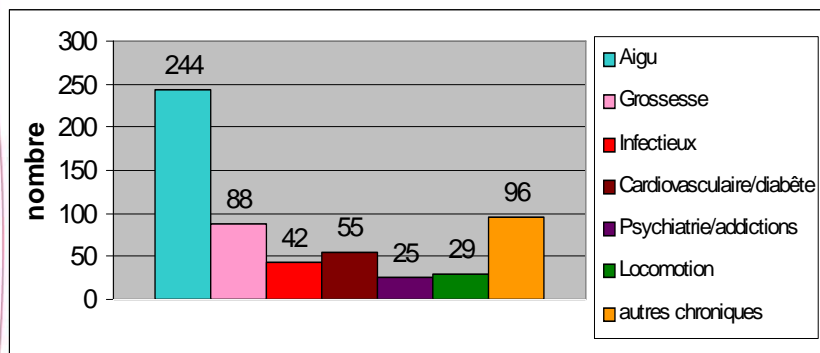
12/09/2011

25

## Motifs de venue lors de la première consultation

Thèse Sophie PAILHES

Nouveaux patients 2006



Direction Générale

12/09/2011

26



## Dépistage et prévention

Thèse 2003 Laure Souton sur dépistage VIH-VHB-VHC

- ✓ **Sur 1500 patients suivis, 220 ont été testés :**
- ✓ **VIH + 40 patients, soit 2.6 %**
- ✓ **VHB+ 18 patients, soit 1.2%**
- ✓ **VHC+ 42 patients, soit 2.8%**

Direction  
Générale

12/09/2011

27



## Activité médicale

- ✓ **Médecine générale « ordinaire »**
- ✓ **Beaucoup en langue étrangère : allemand, anglais, italien, arménien ou avec un proche qui traduit**
- ✓ **Orientation dans le circuit de droit commun**
- ✓ **Mais plus difficile si problème de langue, de logement ou si pathologies chroniques doubles**

Direction  
Générale

12/09/2011

28



Hôpitaux de Lyon

CHU de Lyon  
votre santé, notre engagement

**Modalités de fonctionnement**  
**Activité sociale et médicale**  
**Projet de fonctionnement**

12/09/2011

Hôpitaux de Lyon

votre santé, notre engagement

## Missions

- ✓ Poursuivre la consultation médico-sociale de première ligne avec les patients
- ✓ Favoriser davantage la prise en charge dans l'ensemble des établissements des HCL des personnes dont la situation requiert une expertise concernant la précarité

→ travail de « liaison précarité » avec les professionnels



## Budget PASS HCL

- ✓ Renforcement de l'équipe
  - ✓ 2.5 assistantes sociales
  - ✓ 0.5 infirmière
  - ✓ 1.2 agent administratif
  - ✓ 0.5 agent du bureau des entrées
  - ✓ 11 vacations médicales
- ✓ Délivrance de médicaments
- ✓ Soins hospitalisations et examens de plateaux techniques
  - ✓ pour des patients sans droits potentiels,
  - ✓ ne pouvant bénéficier de la procédure d'urgence,
  - ✓ atteints de pathologies graves
  - ✓ et ne pouvant attendre le délai de 3 mois



## L'infirmière de liaison

- ✓ Orientation des patients vers les soins:
  - ✓ information, prise de rdv, accompagnement
  - ✓ Consultations d'orientation vers les soins de droit commun après obtention de l'assurance maladie
- ✓ Liaison avec les professionnels
  - ✓ Sur HEH auprès des cadres de santé, à propos d'un patient ou en amont
  - ✓ Sur les HCL conseils par téléphone et déplacement à la demande
  - ✓ Partenaires sociaux, associations, institutions et soignants
- ✓ Actions de sensibilisation auprès des professionnels du soin et sociaux en formation continue et initiale



## Les assistantes sociales

### Renforcer

- ✓ Le lien avec la consultation de médecine générale
- ✓ Avec les urgences
- ✓ La collaboration avec les bureaux des entrées pour les patients hospitalisés ou consultants de spécialités
- ✓ Le suivi des demandes avec la CPAM

### Développer

- ✓ L'expertise et le conseil auprès des assistantes sociales des HCL en lien avec la précarité
- ✓ Le travail avec les partenaires
- ✓ Les actions de sensibilisation et formation pour les personnels administratifs et médicaux



## Conclusion

- ✓ Consultation couplée médico-sociale
- ✓ Accès à l'ensemble du plateau technique des HCL
- ✓ Délivrance des traitements
- ✓ Travail avec les partenaires, dont les autres PASS
- ✓ Améliorer : maternité, pédiatrie, travail de liaison

## 6<sup>ème</sup> journée régionale des PASS Les PASS : accès au droit commun ?

« Autour des réflexions engagées sur l'accès  
aux droits et aux soins en Rhône-Alpes »

Flora PERRIER et Claire HAUVILLER

Intervention à partir du Dossier annuel de la MRIE

Mai 2011

1



## La Mission régionale d'information sur l'exclusion Rhône-Alpes

*« Informer, ce n'est pas seulement apporter des éléments d'information,  
mais c'est doter celle-ci de repères, d'une structure et d'un sens. »*

*(Charte de la MRIE - 28 juin 2001)*

2



## La MRIE en deux mots ...

Association (loi 1901), la MRIE créée en 1992, conjugue

- UNE VOLONTE** ■ *Lutter contre l'exclusion économique et sociale*
- UNE CONVICTION** ■ *Travailler dans le temps en coopération avec tous*
- UN OBJECTIF** ■ *Créer un lieu de partage et de débat, créateur de projet et de sens*
- DES VALEURS** ■ *Reconnaître la dignité de la personne, avoir un accès égal aux droits fondamentaux, vivre dans une société où chacun trouve sa place*

Financement : Etat – Conseil Régional – Départements

Partenaires : multiples (citoyens, pouvoirs publics, partenaires sociaux, experts, associations)

3

Observer, **comprendre**

Mobiliser, **analyser**

Un espace de réflexion partagée

Sensibiliser, **accompagner**

Communiquer, **interpeller**

4

**DOSSI  
ER  
ANNUE  
L 2011**

Cette année, 6 parties :

- Subsister
- Habiter
- Etre en bonne santé
- Travailler
- Grandir
- Participer

5



**Partie III  
ETRE EN BONNE SANTE**



6



## Accès aux droits, un passage incontournable pour sa santé (1/2)

**mrje**  
Mouvement Régional  
d'Informations sur l'Éducation  
Rhône-Alpes

- La nécessité d'une simplification des dispositifs
- Comment rendre l'information plus accessible ?

*« Les dispositifs (notamment les modalités de remboursements des frais de santé) sont de plus en plus complexes et incompréhensibles pour le public mais aussi pour les professionnels »*

Réunion avec des professionnels de CPAM ou services sociaux de CARSAT

7



## Accès aux droits, un passage incontournable pour sa santé (2/2)

**mrje**  
Mouvement Régional  
d'Informations sur l'Éducation  
Rhône-Alpes

- Accompagnement physique, accessibilité des droits ... Des professionnels qui se démènent

*« Cette question de l'accès aux droits est un problème. Il y a de la connaissance : celui qui n'a pas de problèmes financiers, n'a pas de problème de santé car il peut payer. Mais celui qui n'a pas d'argent doit être hypercompétent, il faut poser tout le temps des questions. Il faut être hyper-intelligent et être tout le temps en situation de demandeur alors que c'est un droit. »*

Fédération des Centres Sociaux Rhône-Alpes et Secours Catholique - Carrefour des Savoirs

8



## Un accès aux droits mis à mal pour les étrangers (1/2)

- Un rapport ignoré
- 30€ pour pouvoir bénéficier de l'AME, un nouveau recul de l'accès aux droits et donc aux soins

*« Au début, cela va être du bricolage, cela reste un gros point d'interrogation, un vrai souci ».*

F Pinon MdM Grenoble



## Un accès aux droits mis à mal pour les étrangers (2/2)

- Une réforme qui se rajoute à des conditions d'accès déjà réduites

*« les CPAM ne remplissent pas les dossiers avec les gens, elles les leur distribuent, ce qui pose de gros problème car les personnes ont des difficultés à les remplir ce qui entraîne des retards dans l'accès aux droits et un risque de renoncement. Les petits détails qui font qu'il n'y a pas d'obtention de droits se multiplient »*

Isabel Marble - Médecins du Monde

⇒ **Des droits spécifiques et limités**



## Des freins administratifs et financiers à une « bonne santé » (1/4)

- Des pratiques de dépassements d'honoraires qui se développent
- Une augmentation du « reste à charge »

*« les bénéficiaires en sont rarement prévenus et se retrouvent donc devant le fait accompli ».*

Réunion à Aix les Bains

11



## Des freins administratifs et financiers à une « bonne santé » (2/4)

- « Non, le cabinet n'accepte pas les bénéficiaires de la CMU »



Rôle du conciliateur de la CPAM

⇒ Des freins pour accéder aux dispositifs de droits commun

*« Chez mon dentiste, il y a un panneau qui indique que les clients bénéficiant de la CMU ne sont pas acceptés ».*

Fédération des Centres Sociaux Rhône-Alpes et Secours Catholique - Carrefour des Savoirs

12





## Des freins administratifs et financiers à une « bonne santé » (3/4)

- Des dispositifs pour pallier aux difficultés

⇒ Accéder au droit commun cela permet  
« d'être comme tout le monde »

13



## Des freins administratifs et financiers à une « bonne santé » (4/4)

- Des enjeux financiers qui limitent l'action des structures et des professionnels

⇒ Des dispositifs spécifiques aux populations en situation de précarité en souffrance

« Les difficultés de financement des postes et les restrictions en personnel rendent l'action plus difficile ».

Participants réunion sur Aix

14



## Parmi les plus pauvres, les « oubliés »

- Statuts administratifs précaires : demandeur d'asile, débouté, « étranger malade »,
- Pour les Roms, « un no man's land »

⇒ Le droit commun inaccessible et inadapté à ces populations

15



## Un manque cruel de possibilités de prises en charge dans le secteur « psy »

- Le lieu repère
- Quels relais ?
- La mobilisation des professionnels permet la mise en place d'initiatives

⇒ Le droit commun saturé ...

16



## Accueillir, écouter, accompagner (1/3)

mrje  
Maison Rhône-Alpes  
Carrefour des Savoirs

- Se donner du temps pour accueillir et écouter : des conditions qui ne sont pas dans l'air du temps
- Provoquer la rencontre, accompagner physiquement les personnes

« certains services de santé sont éloignés. Cela rend difficile notre possibilité d'aller vers eux. Surtout quand on n'a pas de voiture ou quelqu'un qui puisse nous accompagner. C'est particulièrement vrai pour ceux d'entre nous qui vivent en milieu rural, mais aussi en ville quand les centres de soins vont s'installer en périphérie ».

Fédération des Centres Sociaux Rhône-Alpes et Secours Catholique - Carrefour des Savoirs

17



## Accueillir, écouter, accompagner (2/3)

mrje  
Maison Rhône-Alpes  
Carrefour des Savoirs

- Prendre le temps de se connaître et de se comprendre
- Accompagner les personnes dans une démarche de réflexion collective

18



## Accueillir, écouter, accompagner (3/3)

**mrie**  
Mouvement Régional  
d'Information sur l'Éducation

- Des fonctions essentielles ...

⇒ ... le droit commun est-il en mesure de les garantir ?

*« si les gens sont respectés, ils nous respecteront. Au cabinet, nous n'avons pas plus de rendez-vous ratés par les personnes les plus précaires que par les autres. Si l'accueil est respectueux, les personnes vont au bout de leurs soins et préviennent si elles ne peuvent pas venir ».*

Une professionnelle de cabinet dentaire

19



## Poursuivre la réflexion ...

**mrie**  
Mouvement Régional  
d'Information sur l'Éducation

- Droit commun ou droit spécifique : une réponse au cas par cas
- Constat d'un droit commun qui s'éloigne des + fragiles
- Les PASS, un lieu « carrefour » vers le droit commun

20

## Merci pour votre attention

Vous pouvez télécharger nos Dossiers annuels  
gratuitement sur : [www.mrie.org](http://www.mrie.org)

Le Dossier annuel 2011 sera présenté le **16 juin**  
prochain à Lyon.

6e journée régionale Rhône-Alpes des Permanences d'accès aux soins de santé  
(PASS)  
Le 10 mai 2011 à Lyon

ATELIERS

DIFFICULTES ET LEVIERS POUR L'ACCES AUX SOINS DANS LE DROIT COMMUN

Permettre l'expression sur les difficultés qui sont de l'ordre :

- De l'accès aux droits,
- Du contexte de vie des Personnes,
- Du contexte institutionnel hospitalier et des outils des professionnels.

Pour arriver à faire émerger :

- Les leviers sur lesquels on peut agir.

Les ateliers doivent permettre de repérer et pointer au plus vite les difficultés sur lesquelles, à notre niveau nous pouvons agir en pratique pour prendre plus de temps sur les leviers qui nous apparaissent des points d'appui pour avancer dans la dynamique du droit commun et faire si possible des propositions pour mieux agir sur ce point.

Il s'agit aussi de faire ressortir les actions menées dans nos hôpitaux à partager déjà entre nous et à faire remonter si besoin à l'ARS, à la CPAM....

Les ateliers sont constitués pour permettre de prendre en compte la répartition par département pour favoriser les échanges et les poursuivre éventuellement au delà de cette journée.

- Atelier 1 : Difficultés et leviers dans le suivi de grossesse
- Atelier 2 : Difficultés et leviers en soins dentaires et ophtalmologie
- Atelier 3 : difficultés et leviers en soins psychiatriques
- Atelier 4 Difficultés et leviers en soins en médecine générale



## ATELIER 1A : « SUIVIS DE GROSSESSE »

Elisabeth RIVOLLIER, Médecin, PASS CHU St Etienne  
Aurore ROBERT, Assistante sociale, PASS Hospices Civils de Lyon

### 1) Les suivis de grossesse tardifs :

Difficultés pour obtenir un suivi de grossesse pour des patientes qui se présentent dans les lieux de soins au 2<sup>ème</sup> voire au 3<sup>ème</sup> trimestre de leur grossesse, et ce quelle que soit leur situation sociale. *(N.B les patientes qui ont une couverture médicale peuvent se faire suivre par un gynécologue en libéral et aller dans une clinique privée où des rendez vous tardifs sont possibles et où les dépassements d'honoraires sont fréquents).*

Dans cette situation soit un rendez vous pré accouchement est obtenu, soit elles se présenteront en urgence à la maternité la plus proche de leur lieu de domicile au moment de l'accouchement.

Seule possibilité : prise en charge possibles si grossesses pathologiques ou morts foétales dans les antécédents.

Ces problèmes de suivis sont dus à une augmentation des accouchements, sans qu'il y ait proportionnellement plus de moyens humains. De plus, la fermeture des petites maternités entraînent un engorgement des grands centres hospitaliers (et particulièrement des maternités de niveau 1 : Certaines petites cliniques menacent de fermer chaque année, faute d'un nombre suffisant d'accouchements. Ces maternités sont cependant susceptibles de recevoir ces patientes lorsque aucun rendez-vous n'est possible à « la maternité de la PASS », soit qu'elles appliquent aussi le dispositif PASS, soit qu'elles prennent le relais une fois l'assurance maladie en place. Mais ce type de relais reste limité souvent à cause d'un manque de proximité.

La question se pose alors d'un défaut de prise en charge dû à ces difficultés de prises de rendez vous chez des patientes qui souffrent de difficultés financières ; de compréhension culturelle et de barrière de la langue ; d'isolement ; .....

Concernant les difficultés d'obtention d'échographie morphologique, est rappelé l'arrêt Perruche et la responsabilité médico-légale du praticien et donc de la possibilité qu'il a de refuser cet examen.

### 2) Les mineures enceintes (en augmentation selon l'HFME : Hôpital Femme Mère Enfant de Lyon) :

Les jeunes filles en décrochage scolaire obtiennent une reconnaissance sociale du fait de leur grossesse. Des I.V.G précoces autour de 14-15 ans sont également relevées. Les accouchements sous X seraient aussi plus nombreux. Plus aussi de situations de pathologies de la grossesse chez des jeunes femmes d'origine Rom. Les actions préventives dans l'Education Nationale à destination des élèves sont laissées au libre arbitre des professionnels (I.D.E et A.S), postes où beaucoup de turn-over.

### 3) Question des ouvertures de droit et des délivrances de traitement :

Les AME au titre de la maternité protègent généralement les patientes qui n'ont pas de couverture médicale, sauf sur certaines régions où la CPAM ne les prend pas

en charge (exemple de celle d'Argenteuil) ou encore qui refusent la rétroactivité à la date d'hospitalisation.

Témoignage d'une pharmacienne de l'hôpital de THONON qui parle de contrôles et de comptes à rendre sur des dépenses très onéreuses et indique que les délivrances de traitements dans leur hôpital ne sont que de 15 jours, le temps d'ouvrir les droits pour la personne. Mais nous relevons des délais de traitement des demandes de couvertures médicales, trop longs dans les CPAM auxquels s'ajoutent les 30 euros pour obtenir la carte AME. Un levier possible pour les patientes enceintes et porteuses d'un VIH et qui ne sont pas assurables est le passage en hôpital de jour pour bénéficier d'une AME pour soins urgents et la délivrance de traitement en conséquence. Cependant ce genre de pratique est très contrôlé et peut faire l'objet de redressements avec des amendes.

#### **4) Des sorties de maternité parfois difficiles :**

Des professionnels comme le Réseau Rue Hôpital de Lyon représenté par son I.D.E relèvent des sorties de maternité compliquées avec des patientes qui n'ont aucune solution d'hébergement ; pas d'ordonnance pour un traitement ou une contraception ; pas de rendez vous de retour de couches ; des sorties de maternité précoces ; etc.....

#### **5) Les pistes possibles de réflexion :**

La PASS de Saint Etienne communique très facilement avec les médecins obstétriciens de l'hôpital pour décider en concertation les conduites à tenir en cas de problème médical, avec les sages femmes PMI en cas de situations d'isolement ou de désarroi maternel. A la PASS de Grenoble est envisagée une PASS périnatale car les femmes sous visa touriste sont suivies à J-24 et ils suivent aussi les post césariennes.

La PASS de Chambéry, quant à elle, travaille beaucoup avec les sages femmes de PMI (qui ne peuvent réaliser d'échographies et qui ne disposent pas de monitorings).

Nota bene : les échographies jusqu'à 24 S.A sont valables pour la datation de grossesse.

Dans les C.P.E.F les femmes peuvent être suivies jusqu'au 7<sup>ème</sup> mois de grossesse et être revues après la maternité pour la question de la contraception.

Le travail au sein d'un réseau pluri disciplinaire avec des professionnels sensibilisés à la précarité favorise une prise en charge optimale. De plus les accompagnements physiques lors des consultations ou des sorties de maternité permettent une meilleure prise en charge des patientes.

Le service social hospitalier n'est pas toujours informé des patientes en difficulté Les partenaires médico-sociaux doivent donc signaler le plus tôt possible ces situations, de façon à pouvoir mieux intervenir pour ces patientes (et non quand elles sont en salle d'accouchement !).

Pointer les dérives quand elles existent et faire remonter, par courrier, à la direction des centres hospitaliers en question.

Dans la région s'appuyer sur le réseau de périnatalité Aurore : [www.aurore-perinat.org](http://www.aurore-perinat.org)

Le réseau AURORE s'articule autour du C.H.U de LYON. Le Réseau AURORE (Association des Utilisateurs du Réseau Obstétrico-pédiatrique REgional) regroupe un ensemble d'établissements publics et privés en RHONE-ALPES, ainsi que des professionnels de santé libéraux et de PMI ayant pour objectifs communs de fournir des soins de qualité aux femmes enceintes et aux nouveaux nés, et des associations de parents ou de professionnels.

**La région RHONE-ALPES comporte 3 autres réseaux de périnatalité :**

- autour de SAINT-ETIENNE : Réseau HELENA
- autour de GRENOBLE : Réseau ALPES-ISERE
- autour de CHAMBERY : Réseau des DEUX SAVOIE

## ATELIER 2A « SOINS DENTAIRES ET OPHTALMOLOGIQUES »

Bruno DE GOER, Médecin, PASS Chambéry  
Vincent BOURGIN, Assistant Social, PASS CHU St Etienne

Nous partons du constat que l'offre de soins dans ces disciplines varie selon les départements. Des réponses locales existent :

### **LYON :**

L'école de soins dentaires permet d'assurer les urgences pour l'ensemble de la population quelque soit la situation des personnes au regard de l'assurance maladie (lien avec le dispositif PASS pour les personnes sans assurance).

Association France Humanitaire offre également une réponse en termes de soins dentaires (partenariat avec l'école dentaire) et de soins ophtalmologiques (jusqu'à la réalisation de lunettes).

### **CHAMBERY :**

Une Association de dentistes permet de proposer des soins 2 fois par semaine (70 dentistes environ adhèrent à cette association, mais seulement quelques uns effectuent les permanences : ce peut aussi être parfois une bonne conscience).

### **ANNECY :**

Un projet est en cours pour essayer de créer une association pour répondre à la problématique des soins dentaires pour les non-assurés sociaux.

### **SAINT-ETIENNE :**

La PASS propose dans ces locaux des soins dentaires à raison de deux vacations hebdomadaires. Un projet d'extension est en cours avec des financements ARS.

### **GRENOBLE :**

Aucune offre n'est possible, ni sur le CHU ni dans le secteur associatif.

Le groupe souligne ensuite que les soins dans ces deux domaines se heurtent à plusieurs difficultés. Ces difficultés ne sont pas forcément propres aux personnes vivant en situation de précarité, mais elles sont renforcées par les phénomènes d'exclusion.

- Offre de soins insuffisants.
- Délais de consultations très importants.
- Refus de soins lorsque l'on est titulaire de la CMU. (Discrimination, méconnaissance de la loi, préjugée à l'égard des personnes précaires...).
- Les bénéficiaires de l'AME sont limités de fait dans l'accès au droit commun (aucune prise en charge des prothèses dentaires ou ophtalmologiques).

Leviers d'actions pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins :

Le groupe note qu'il existe donc des initiatives locales pour aider à l'accès aux soins dentaires et ophtalmologiques, mais toujours dans des dispositifs spécifiques.

Au-delà de la recherche de ces dispositifs spécifiques de soins (développement de PASS dentaires, sollicitation du secteur associatif, mise en place de réseaux de praticiens sensibilisés à l'accueil des publics précaires...), il existe des pistes à explorer. Le groupe en a retenu deux :

- La sensibilisation des professionnels afin de lutter contre la discrimination et les préjugés, en essayant de participer à la formation initiale et continue du personnel soignant en général et des médecins en particulier.
- Prendre part à des instances de réflexion et de diagnostic tel que les ateliers santé ville (échelon local) ou la Commission pour la promotion de l'égalité des chances et la citoyenneté (échelon départemental)

## ATELIER 2B « SOINS DENTAIRES ET OPHTALMOLOGIQUES »

Béatrice BOUCHARD, Assistante Sociale, PASS Centre Hospitalier de Chambéry  
Elodie PICARD, Assistante Sociale, PASS Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse -  
Hôpital Fleyriat

Difficultés d'accès aux soins	Contexte des personnes	Contexte institutionnel	Leviers d'action
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de droits</li> <li>- Dépassement honoraires non pris en charge et chers</li> <li>- Manque de prévention</li> <li>- Difficultés de continuer les soins</li> <li>- Epuisement face à la lenteur/ complexité de l'ouverture des droits</li> <li>- Soins particuliers mis de côté par les personnes</li> <li>- Situation aiguë / urgente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RDV non honorés</li> <li>- Soins « lourds » avec suivi difficile une fois l'aigu dépassé</li> <li>- Demande ponctuelle liée à une crise</li> <li>- Autre pathologie ou problème comme frein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de professionnels</li> <li>- Délai RDV longs</li> <li>- Refus de soins</li> <li>- Manque de liens entre association et professionnels</li> <li>- Pas de convention ou protocolisation</li> <li>- Professionnels non formés ou non volontaires</li> <li>- Manque de moyens financiers (service spécialisé)</li> <li>- Problème entre professionnels et CPAM (remboursement)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Association France Humanitaire pour le dentaire et ophtalmologie</li> <li>- Association lunette sans frontière</li> <li>- Médecin du monde (Grenoble en particulier)</li> <li>- Centre de soins dentaires CPAM pour les assurés sociaux</li> <li>- Créneaux spécifiques en milieu hospitalier</li> <li>- Budget spécifique Hôpital comme la PASS de St Étienne</li> <li>- Action auprès des différents conseils de l'ordre</li> <li>-Lien APPASSRA, professionnels dentaires, ophtalmologiques, centre de soins, CPAM et association</li> <li>- Lever les a priori par rapport au public</li> <li>- Valorisation des professionnels (aide, remboursement...)</li> <li>- Aides spécifiques via le dispositif RSA et via la CPAM</li> </ul>



### ATELIER 3A : « SOINS PSYCHIATRIQUES »

Elisabeth PIEGAY, Assistante Sociale Réseau Social Rue Hôpital, CH St Joseph St Luc

Durant l'échange autour de la question des soins psychiatriques, au delà des difficultés rencontrés par l'ensemble des professionnels pour permettre la prise en charge « psychiatrique » du public en précarité, il semble intéressant de mettre en lumière des constats et d'essayer d'en tirer des réflexions et des pistes de travail pour l'avenir.

Le public en situation de précarité est composé de personnes ayant en commun d'être en souffrance du coté du lien social, souffrance qui peut se manifester de différentes manières :

- Réclusion, auto exclusion.
- Passages à l'acte violents, agressions entre voisins ou intra familiales.
- Refus de l'aide, attaque du lien proposé par le travailleur social ou par tout autre aidant.
- Incurie, conduites à risque etc.

Qu'il y ait ou non derrière une pathologie mentale, cette souffrance du lien social nécessite une réponse qui passe souvent par une prise en charge sociale dans un premier temps. L'accès au soin psychique et/ou au soin psychiatrique se fait en lien « à » (quelqu'un) et ce passeur est souvent le travailleur social.

La responsabilité de devoir adapter notre pratique pour offrir une possibilité de rencontre avec ce public vulnérable doit être porté collectivement par les acteurs du réseau. Cela implique de pouvoir être souple, adaptable, en permanence dans le souci de ce lien fragile, de bricoler entre nous, dans le réseau, que l'on soit travailleur social, psychologue, infirmier, médecin ou autre professionnel de l'aide.

La problématique des pathologies dites « addictives » qui touchent de plus en plus de personnes a aussi été abordée à plusieurs reprises.

Les notions de fragilités et dépendances marquent cette population.

Comment accompagner aux soins sans enfermer la personne dans sa pathologie et sans la réduire à cette dernière ?

Il semble là aussi nécessaire de reconnaître notre « impuissance », notre fragilité et de proposer des chemins multiples pouvant entraîner la personne du coté du soin, d'un prendre soin de soi, d'un mieux être.

Cela nécessite de mixer, avec doigté, soin social, soin psychique et soin psychiatrique au rythme de la personne et en acceptant de traverser ensemble des moments difficiles et déstabilisants pour notre pratique et pour nous même.

La question de « se faire confiance » paraît centrale dans ce travail.

Se faire confiance, accepter de se faire manipuler, utiliser, dans le réseau, par les partenaires et le public, est indispensable pour accompagner ces personnes aux soins. Sans cette confiance absolue et inébranlable, il semble bien difficile de sortir de la souffrance liée à la rupture du lien, des liens dont nous submergent ces personnes précaires.

### ATELIER 3C : « SOINS PSYCHIATRIQUES »

Bruno DE GOER, Médecin, PASS Chambéry

Serge PAYS, Assistant Social, PASS CH Intercommunal Albertville Moûtiers

Les personnes présentes à l'atelier ont listé les difficultés d'accès aux soins liées aux lois, aux personnes et à leur environnement, aux professionnels et institutions.

Il en ressort :

1) Peu de citations sur la question des lois en dehors de l'aggravation des difficultés pour les titres de séjour pour soins

#### 2) Obstacles liés aux personnes et à leur environnement

- Grande discussion sur les difficultés liées à la langue : incompréhension des mots et contexte culturel. Parmi les leviers, les services d'interprétariat sont très utiles pour les symptômes comme ISM, ou forum réfugiés et Médecins du Monde qui auraient quelques budgets d'interprétariat. Le groupe exprime qu'il convient de rechercher des budgets d'interprétariat puisque la prise en charge psychique impose de pouvoir bien communiquer. Certaines PASS utilisent une liste des agents parlant une langue étrangère dans leur hôpital.
- Les représentations de la psychiatrie avec peu de demandes
- La difficulté de tenir les rendez-vous
- L'incompréhension de la complexité d'accès aux services de psychiatrie
- Les déboutés du droit d'asile et les conséquences psychologiques et sociales
- Les priorités des personnes autour des titres de séjour et de l'hébergement

Tous ces éléments montrent l'importance de l'accompagnement.

Il est également notifié que la dimension sociale peut cacher le trouble psychique, et que le médecin est parfois représenté dans une dimension de toute puissance.

#### 3) Obstacles liés aux professionnels et institutions :

- La méconnaissance par les professionnels des moyens de prise en charge
- La réaction des professionnels avec leur propre culture : la dimension ethno-psychiatrique est inconnue. La formation est un levier.
- Les professionnels ne vont pas assez vers les personnes, les CMP ne se déplaçant plus. Néanmoins, il existe des équipes mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) qui permettent le déplacement et qui rappellent ceux qui ne viennent pas aux rendez-vous
- Le turn-over des professionnels
- L'absence de soutien des équipes des professionnels. Néanmoins, certains participants notent que les EMPP, ou certaines structures type Interface, font de l'aide aux aidants

- Il existe parfois des conventions entre les centres hospitaliers généraux et les centres hospitaliers spécialisés, la psychiatrie de liaison peut également être une aide.
- Importance d'expliquer aux personnes le fonctionnement des services et les exigences à respecter, parfois refuser certaines demandes (avec respect).
- Difficultés liées aux SDF qui sont hors secteur.
- En Savoie, l'EMPP travaille en lien direct avec les secteurs puisque les professionnels sont à mi-temps sur l'EMPP, à mi-temps dans un secteur
- On note un certain nombre d'entrées dans les soins psychiques par le biais des HDT. Néanmoins, les personnes présentes notent que les levées d'HDT sont de plus en plus rapides : il convient de discuter avec le Psychiatre de l'ensemble du contexte. La diminution du nombre de lits en Psychiatrie est un obstacle.
- Nécessité de se réunir pour trouver des solutions communes, par exemple les conseils locaux de santé mentale. Il existe dans le cadre du RSA des Psychologues du Conseil Général, dans l'Ain et en Savoie des accompagnateurs santé des bénéficiaires du RSA.
- Parmi d'autres leviers, nécessité d'humilité et de patience, de créer du lien, de la connaissance entre les uns et les autres.
- L'accès à la Psychiatrie libérale n'a quasiment pas été abordé, certains exprimant les difficultés d'accès, notamment en raison de l'accès aux droits, des délais de prise en charge, de la langue, du manque de libéraux.

Au total, de façon transversale, sur les obstacles liés aux personnes et à l'environnement, aux professionnels et institutions, il est noté l'importance d'avoir du temps de contact et d'accompagnement.

### ATELIER 3D : « SOINS PSYCHIATRIQUES »

Vincent BOURGIN, Assistant Social, PASS CHU St Etienne

Pascale LACROIX CORMIER, Médecin Réseau Social Rue Hôpital, CH St Joseph St Luc

Diversité du public de l'atelier : Une inspectrice de l'ARS ; 1 médiateur santé ; 7 assistantes sociales dont 2 cadres et 1 stagiaire ; une coordinatrice de soins ; 2 internes en MG ; 2 médecins dont 1 bénévole ; 2 psychologues ; 1 Infirmière ; 1 sage femme

Ont été abordés :

#### 1) Le contexte institutionnel :

- Existence d'une PASS psychiatrique au CHS du VINATIER permettant d'accueillir les patients en souffrance psychique et leur donner accès à un plateau technique et à des consultations de médecine générale et psychiatriques.
- Cependant, l'offre de soins reste réduite pour traiter la souffrance psychique des patients en précarité, souffrance qui répond à une clinique bien spécifique.
- Autres outils à disposition :  
Equipe mobile psychiatrie-précarité avec IDE et médecin (Interface SDF)  
Centre de santé ESSOR de Forum Réfugiés  
Centre psychanalytique de consultations et de traitement CPCT sur Lyon 69007  
Les participants notent le délai d'attente très important vers des consultations spécialisées (hospitalières ou en CMP)

#### 2) Le contexte de vie des personnes :

Les freins à la prise en charge sont essentiellement liés à :

- La stigmatisation des personnes (SDF, migrants, notions d'isolement, d'oisiveté abordées). Blocages bien souvent liés à des représentations des soignants mais aussi des patients
- La barrière de la langue avec le coût pour l'interprétariat de services comme l'Inter-Service Migrants (ISM)

#### 3) L'accès aux droits/Accès aux soins :

Nécessité de passerelle vers les CMP : réduire les délais de prise en charge.

En psychiatrie, l'offre de soins pour une prise en charge satisfaisante est réduite : hospitalisation des situations de crise mais plus des situations plus chroniques, la fermeture des lits en psychiatrie est un début de réponse...

## **ATELIER 4 : « SOINS EN MEDECINE GENERALE »**

Serge PAYS, Assistant Social, PASS CH Intercommunal Albertville Moûtiers  
Pascale LACROIX CORMIER, Médecin Réseau Social Rue Hôpital, CH St Joseph St Luc

### **1) Diversité du public de l'atelier :**

Une inspectrice à l'ARS ; 5 assistantes sociales, 6 infirmiers ou stagiaires ; 6 médecins ou internes en médecine générale ; 2 psychologues ; un accueillant ; une conseillère PASS ; 2 cadres de santé ; une coordinatrice de soins

### **2) Freins à la prise en charge des patients en précarité en médecine générale :**

- Barrière de la langue, interprétariat,
- Temps dévolu à la consultation (14 min en moyenne en MG) trop court pour permettre une bonne prise en charge médico-psycho-sociale,
- Complexité des démarches administratives pour l'accès aux droits (CMU, AME),
- Délai pour obtenir des droits effectifs,
- Importance de l'accompagnement physique,
- Manque de MG dans certaines villes,
- Problème du passage de relais aux MG.

Il est soulevé par les participants de l'atelier, que l'importance de la relation instaurée entre les patients et les intervenants de la PASS est un frein à quitter la PASS.

### **3) Outils, leviers pour améliorer cette prise en charge en MG :**

- Procédure pour accès plus facile à l'interprétariat,
- Livret d'information sur les droits pour les MG (exemple : livret POPS à Grenoble),
- Travail avec Ordre des médecins (formation des MG),
- ARS : fiche santé-social,
  
- CPAM (possibilité de sur-cotation de la consultation), Contexte de vie
- 
- Tutelles...

## ATELIER 4A : « SOINS EN MEDECINE GENERALE »

Cécile RUBIN, Assistante Sociale, PASS CHRA Annecy

Béatrice BOUCHARD, Assistante Sociale, PASS Centre Hospitalier de Chambéry

### 1) Expression des difficultés qui sont de l'ordre de l'accès aux droits :

- Les questions de difficultés de traduction qui sont la plupart du temps non budgétées,
- Complexité des dossiers d'AME qui se confirme et s'amplifie,
- Les dépassements d'honoraires notamment en libéral,
- L'accès au séjour, à la régularité du séjour, en insistant sur les questions de difficultés d'accompagnement de l'ordre des soins psychologiques en tous cas de prise en charge de la souffrance, notamment concernant les déboutés du droit d'asile.

### 2) Les difficultés liées au contexte de vie de la personne :

- Avec là encore des éléments concernant les difficultés de la langue,
- « La non demande » des personnes,
- Des difficultés relatives aux notions de « perdu de vue » ou des personnes qui ont eu un suivi et qui disparaissent ensuite,
- On note aussi des difficultés relatives à la notion de temps,
- Difficulté de mettre en lien des personnes qui sont en « non droit » et aussi des personnes qui sont non hébergées,
- Non demandes qui peuvent être liées à d'autres éléments que le barrage de la langue même si le barrage de la langue est un élément important.

### 3) Troisième groupe de difficultés, celles relatives au contexte institutionnel :

- Dans ce groupe là on va noter des difficultés relatives à l'investissement des professionnels qui vont être différents en fonction des personnes,
- Investissement qui va être différent aussi au niveau médical : médecin de la PASS, un médecin généraliste, un médecin spécialiste,
- Les CMP présents dans le groupe insistent sur un manque de moyens importants. Nous notons aussi un manque important de spécialistes notamment au niveau de la psychiatrie, manque de médecins formés à l'éthno- psychiatrie par exemple,
- Sont notées aussi les difficultés relatives à la pénurie médicale dans certains lieux où effectivement on est en manque de médecins,
- Difficultés aussi pour l'orientation des personnes, pour les prises de rendez-vous, d'accompagnement,
- Enfin, un recours aux urgences qui reste un recours important, une difficulté d'agir en prévention et des personnes qui s'adressent au médical uniquement dans un contexte d'urgence.



#### 4) Les leviers :

Face à l'ensemble de cette expression des difficultés des personnes présentes dans ce groupe, nous arrivons à faire émerger des leviers qui vont permettre un recours au droit commun même si il est quand même noté que pour certains patients le recours au droit commun va quand même être difficile.

- Un levier important qui est la notion de temps consacré à ces personnes qui sont en situation de grande précarité,
- Evidemment on la bien vu, la nécessité de budgéter l'interprétariat,
- l'importance reconnue du travail de médiation et d'interface entre les différents professionnels, les professionnels des PASS, les professionnels des hôpitaux, les professionnels du droit commun à l'extérieur,
- La création de PASS qui tournent autour de la question de l'accompagnement psychologique ou psychiatrique : on voit que les trois PASS en région qui concernent ces accompagnements de personnes en souffrance psychique sont des leviers très importants,
- Le lien qui peut être créé et qui est très important quand il peut être fait avec les CMP, avec des personnes qui sont identifiées CMP, avec peut-être des protocolisations, avec aussi un renforcement des CMP,
- aussi le lien qui peut être fait avec la psychiatrie libérale par le médecin traitant. Ceci concerne des personnes qui ont déjà réglé un certain nombre de questions d'accès aux droits puisqu'ils sont déjà en lien avec un médecin traitant,
- évidemment l'importance capitale du travail en réseau et en inter partenariat,
- On voit aussi que la coordination par des infirmiers qui peuvent être des infirmiers d'Interface ou des infirmiers des structures comme les structures ADOMA sont un levier très important. Pour répondre aux difficultés liées à la non demande au déni, l'importance de la notion de médiation, ces médiateurs qui sont souvent des infirmiers et ce levier qui peut être très intéressant notamment on a l'exemple dans ce groupe d'une convention avec des hôpitaux psy ou de l'expérience d'intermèdes de la région lyonnaise,
- Enfin, l'importance quand on parle de travail en réseau de se rapprocher de certaines structures existantes comme le conseil général avec les outils qui ont pu être mis en place au niveau du financement du RSA et parfois des financements de médecins ou d'infirmiers ou de d'expériences comme des financements d'aides aux aidants,
- On insistera aussi dans tous ces leviers sur l'importance de l'accompagnement physique et du travail pédagogique qui peut être mis en place avec une place essentielle à la notion de confiance et de travail en relais.

#### **En conclusion**

Nous avons noté plus de difficultés liées à la personne ou de l'ordre de l'institutionnel et contrairement à ce qu'on aurait pu penser des difficultés moins importantes liées à l'accès aux droits.

Au niveau des leviers une importance capitale dans la notion de « aller vers » et donc dans la notion d'antenne qu'elle soit PASS psy ou qu'elle soit professionnels

de la médiation, notion importante du temps qui va être réservé à la personne et du temps réservé à la coordination pour répondre notamment aux questions de difficultés liées à la personne, de langue de déni etc. ...

Par contre, quand il s'agit de répondre aux difficultés liées au contexte institutionnel on voit que les PASS ont moins de moyens.

*On voit effectivement que c'est un fondamental des PASS de dire qu'elles ne sont qu'un passage : de nombreuses expériences nous montrent qu'il y a des leviers possibles mais le droit commun est parfois particulièrement inaccessible pour certains publics qui vont faire des aller retours réguliers.*

## ATELIER 4B : « SOINS EN MEDECINE GENERALE »

Bernard MONTIER, Assistant Social, PASS CHU de Grenoble  
Isabelle SCHLIENGER, Médecin Coordinateur, PASS des Hospices Civils de Lyon

### Quelques exemples :

A Die, du fait de l'isolement géographique, un partenariat entre la PASS et la médecine de ville s'est bien développé. Les professionnels se connaissent physiquement. Les échanges de bons procédés se font dans les deux sens, la collaboration est étroite car les patients sont les mêmes.

A Saint-Luc Saint Joseph à Lyon on a des situations d'urgence sociale qui durent 20 ans. On constate une augmentation des problèmes liés au diabète et aux addictions.

A Bourgoin-Jallieu, il existe 2 PASS psychiatriques et somatiques sans médecin, avec une AS aux urgences. Certaines situations sont lourdes au niveau somatique. La prise en charge est facilitée en milieu rural par le réseau individuel des voisins, et de la mairie.

A Annemasse : problème de consultations répétées. Les AS n'ont pas d'interlocuteur suffisant à la CPAM. Les traitements de dossiers sont anonymisés et hétérogènes

### Soins dentaires :

A Annecy des dentistes libéraux, 10 à 15 volontaires, font une consultation bénévole.

A Chambéry 7 à 8 dentistes assurent une journée hebdomadaire, soutenus par 70 confrères. Quelques libéraux font 1 ou 2 prothèse gratuite

A Vaulx en Velin un cabinet spécialisé CMUC, pratique la relance pour les RDV Mais quelques centres dentaires CPAM ont refusé des patients incapables de remplir le questionnaire médical ou sans MT

L'atelier a relevé de nombreuses difficultés, mais nous avons aussi souligné des leviers possibles

#### 1. Accès aux droits :

Absence de droits

Délais pour l'accès aux droits

CMU de base sans mutuelle

Quémander

Complexification des dossiers CMU et AME, demande de pièces abusives. Un pan de la société a perdu pied avec le circuit administratif.

Partenariat avec la CPAM

## **2 Contexte de vie :**

On est dans l'urgence sociale chronique, dans une problématique de survie  
Avec des pathologies chroniques  
Lieu de vie instable  
Crainte de s patients difficiles  
Langue française non maîtrisée  
Habitudes culturelles d'aller dans les dispensaires  
Refaire le lien avec l'ancien médecin traitant par l'accompagnement  
Présenter le MT de manière positive

## **3 Contexte institutionnel :**

Pas de médecin généraliste à l'hôpital en dehors des PASS  
Pas assez de médecins en ville (démographie). Comment en trouver  
Dimension de la ville : l'orientation est plus difficile dans les grandes  
Complexité des dispositifs  
Energie et temps nécessaire pour réussir l'orientation. Ca prend du temps de faire des relais  
Travailler en réseau.  
Se connaître physiquement  
Préparer l'orientation, anticiper les relais : lorsque les droits sont ouverts, faire une venue pour l'orientation Proposition de liste, quelquefois téléphoner pour un RDV Ecouter le scénario du patient. Avoir un panel de réponses différentes, à la carte.  
Faire un courrier de liaison au MT  
Réinterroger les partenaires périodiquement  
Le chef de service des urgences est le chef de service de la PASS  
Avoir un COPIL de la PASS  
Harmoniser les pratiques des CPAM

## **4 Prendre soin des professionnels :**

Le MG est seul, craint de l'isolement  
Ne pas surcharger toujours les mêmes  
Réinterroger les pratiques périodiquement  
Accompagner ni trop peu ni trop (assistanat): engagement personnel dans un lien qui est professionnels  
Travailler en binôme avec des regards différents, de professions différentes  
Pratiquer la supervision  
Ou quand on n'a pas de psy pratiquer l'Intervision : échanges et discussion de cas entre deux services  
Formation professionnelle sur l'importance du droit

## ATELIER 4C : « MEDECINE GENERALE »

Elisabeth RIVOLLIER, Médecin, PASS CHU St Etienne  
Aurore ROBERT, Assistante sociale, PASS Hospices Civils de Lyon

### 1) Difficultés d'Accès au Droit Commun pour les patients les plus précaires :

- Surtout si troubles du comportement des patients,
- La Santé n'est pas la préoccupation première de personnes qui ont d'autres besoins primaires à couvrir (abri ; nourriture...),
- Les I.D.E des foyers ADOMA témoignent du refus des médecins d'intervenir au domicile des patients, surtout pour un premier rendez vous. Ils préfèrent les ausculter au cabinet médical, même si ces patients ne peuvent se déplacer. Dans le cadre des ouvertures de droits (couvertures médicales ; A.D.P.A...), ces I.D.E ne peuvent se substituer aux travailleurs sociaux avec lesquels la collaboration n'est pas toujours aisée, selon les secteurs,
- Interventions médicales pour ces patients non en préventif, mais en curatif, suite à une complication nécessitant une prise en charge à l'hôpital (du fait des difficultés d'accès),
- Les médecins des PASS ont besoin d'interlocuteurs autres que collègues de la PASS ou de Médecins du Monde, en cas de difficultés. Problème de la question du temps et des moyens humains qui manquent pour raccrocher un patient aux soins,
- Dans la salle d'attente de médecins en libéral, le regard des Autres peut être cruel, tout comme les praticiens qui refusent d'accueillir des patients qui ont une CMU ou une AME,
- Un acte médical gratuit, pour s'éviter de la paperasse administrative ne s'inscrit pas dans un parcours de soins et n'est pas respectueux du travail en amont des professionnels du droit des patients à être considéré comme tout un chacun.

### 2) Les leviers possibles pour faciliter l'accès au droit commun :

- L'orientation des patients suscite un travail de proximité et de médiation. L'accès au Droit Commun est un leurre si il ne s'appuie pas sur un travail de proximité,
- Utilisation du réseau existant, avec des médecins parlant plusieurs langues tout en veillant à répartir les patients les plus précaires sur plusieurs médecins. Ex du Réseau INTERMED qui s'appuie sur des rencontres pour se développer. Travail de médiation +++ vers l'accès aux soins et vers le circuit de droit commun,
- Passage de relais en contactant les praticiens devant et avec le patient, afin de s'assurer qu'il sera bien reçu. Question aussi du dossier médical où à la PASS de Grenoble, les patients repartent avec leur dossier dans une enveloppe qu'ils doivent transmettre à leur médecin traitant. Constat dans cette PASS : 20% des patients ont eu un relais vers la médecine générale,
- Collaboration efficace avec certaines pharmacies qui peuvent par exemple permettre la délivrance de morphine jour par jour, avec des pharmaciens s'exprimant en plusieurs langues,

- En formant les internes sur ce public, par le biais de stages dans les PASS et par de la sensibilisation par les professionnels des PASS dans le cadre du travail de liaison.



**LES PASS : DROIT COMMUN OU DISCRIMINATION POSITIVE ?**

**Catherine PERROTIN** : Maître de conférences, Philosophe, Centre Interdisciplinaire d'Éthique, Université Catholique de Lyon

Abordons la question en nous référant aux trois missions prioritaires des PASS :  
**Accueillir, Soigner et Orienter**

**En préambule**

Cinq remarques suggérées par les débats de la journée :

- Lien fort entre la place de l'accueil, l'écoute, l'accompagnement et la question du temps, du « manque de temps », générateur de tensions.
- Diversité des pratiques, inventivité des professionnels, foisonnement d'idées... Création d'un contexte favorable pour provoquer la rencontre, avec astuce et adaptation aux besoins perçus.
- Respect des patients : « Si les gens se sentent respectés, ça se passe bien » ... « Ce qui soigne, c'est le respect ». Le soin du sujet commence par cette considération.
- Posture éthique des professionnels : « Rien de ce qui est humain ne m'est étranger ». Cette parole de Terence amène à opter pour un choix de non-indifférence, résistance à l'écrasement avec ceux que vous recevez, choix professionnel quasi « militant »: informer, guider, favoriser la souplesse relationnelle et institutionnelle pour faire face à la singularité des situations. Vous êtes là pour faire valoir les droits qui existent quand les gens ne peuvent pas le faire eux-mêmes.
- La loi de 1998 oui, mais on se heurte à des limites. Quelle santé est possible sans logement ni revenus ? Vous vous sentez requis aussi par ces autres dimensions mais elles ne relèvent pas directement de vos compétences. Cela interroge la qualité des liens créés avec d'autres institutions aux compétences complémentaires pour pouvoir effectivement passer des relais et que soit poursuivi le processus d'accompagnement.

Plutôt que de mettre en opposition le « droit commun » et la « discrimination positive » comme s'il nous fallait choisir de façon exclusive l'un ou l'autre, l'enjeu est de construire l'articulation entre ces deux notions dans une temporalité progressive. La discrimination positive, justifiée à court et moyen termes, doit ouvrir à long terme sur le droit commun. La discrimination positive est une étape vers l'horizon du droit commun.

### Accueillir :

A la PASS, la technicité des compétences à mettre en œuvre prend d'abord appui sur l'accueil et la création de liens.

Dans des situations marquées par l'urgence des logiques de survie au quotidien, l'accueil offre un SAS. Il desserre l'étau de l'urgence et par là même commence à ré-humaniser les conditions de vie.

La PASS est là pour permettre une réouverture des droits et commencer les soins.

#### La discrimination positive :

La discrimination positive, action de distinguer les réalités les unes par rapport aux autres, est sous-tendue par un travail de discernement qui permet d'établir des séparations.

La discrimination, c'est l'action de séparer un groupe social d'un autre, en le traitant de manière spécifique au regard de critères préalablement établis. Il peut arriver que cette pratique aboutisse à traiter plus mal le groupe ainsi caractérisé et qu'il devienne objet de ségrégation. Le travail de discrimination n'est pas non plus sans risque de domination ou d'abus de pouvoir. Il peut connaître aussi l'écueil de la stigmatisation.

La discrimination positive, quant à elle, veut séparer pour traiter mieux, accorder une attention plus grande à la population accueillie en raison précisément de sa vulnérabilité. Respecter ces personnes amène à la mise en place de dispositifs spécifiques répondant au devoir de protection du plus vulnérable. Mais qui dit protection ne dit pas surprotection ! Bien que vulnérables, ces personnes sont aussi à reconnaître dans leur capacité d'auto-détermination.

A la PASS, la discrimination positive s'exerce de manière temporaire, en vue d'une intégration au dispositif de droit commun permettant de devenir un jour « comme les autres ».

La loi générale s'appliquera alors à tous sans discrimination, c'est-à-dire de façon égalitaire.

Dans cette attente, les personnels des PASS ont à affiner leur compréhension de la pauvreté pour ajuster leurs modes d'interventions.

#### Précarité et pauvreté :

Trois notions sont à articuler :

#### La notion de précarité :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de ré-assumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible ».

Joseph Wresinski, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, Paris, Journal officiel, 1987

*Le concept de handicap social :*

Il va plus loin que la précarité tout en l'incorporant. Il intègre les dimensions de la santé, des ressources, de l'insertion culturelle, des liens sociaux, du logement, du patrimoine.

*La mesure de la pauvreté par l'indice de la pauvreté multidimensionnelle (IPM) :*

L'Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI) de l'Université d'Oxford et le Bureau du Rapport sur le Développement humain du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) ont lancé en juillet 2010 une nouvelle mesure de la pauvreté présentant un tableau « multidimensionnel » des personnes vivant dans la pauvreté qui, selon ses créateurs, pourrait contribuer à cibler les ressources de développement de manière plus efficace. L'indice de pauvreté multidimensionnelle (IPM) remplace l'indice de pauvreté humaine (IPH), qui figurait dans les Rapports sur le développement humain depuis 1997.

Tout comme le développement, la pauvreté est multidimensionnelle – mais ceci est traditionnellement ignoré par les chiffres des gros titres. L'indice de pauvreté multidimensionnelle (IPM) complète les mesures basées sur le revenu en considérant les déprivations multiples et leur superposition. L'indice identifie les déprivations au travers des mêmes trois dimensions (santé, éducation, niveau de vie) que celles considérées par l'IPH et indique le nombre de gens qui sont pauvres (souffrant d'un nombre donné de déprivations) et le nombre de déprivations que les ménages pauvres rencontrent. Il peut être ventilé par région, ethnicité, et en d'autres groupes, ainsi que par dimension, ce qui en fait un outil approprié pour les décideurs.

3 dimensions (éducation, santé, niveau de vie) et 10 indicateurs (nutrition, mortalité infantile, années de scolarité, enfants inscrits, biens, sol, électricité, eau, toilettes, combustible de cuisine) permettent d'approcher de manière plus ajustée la pauvreté.

Précarité, handicap social et pauvreté mettent en évidence la complexité de ces situations dont les multiples facteurs sont interactifs. La construction de partenariats est indispensable pour développer une action concertée susceptible d'infléchir, aux différents niveaux nécessaires, les conditions défavorables de vie. Plutôt que de rêver à un monde sans pauvre - utopie qui aboutit souvent à la mise à l'écart des pauvres - il convient plutôt de s'intéresser ensemble à la réalité de ce monde là pour reconnaître leur place et humaniser la société par l'intégration de cette vulnérabilité. Nous n'avons pas le droit de mettre ou de laisser les pauvres à l'écart mais nous devons réfléchir avec eux à la manière de les associer aux décisions qui les concernent.

*Hospitalité :*

Il peut être utile de se rappeler que hospitalité et hostilité ont la même étymologie. Les deux termes viennent d'un même mot latin : « *hostis* », qui dérive de la même racine indoeuropéenne « *host* ». Dans un premier sens, le mot latin « *hostis* » désigne l'étranger. Comme l'étranger peut devenir un adversaire, le mot latin « *hostis* » dans un second sens va signifier ennemi, d'où les termes français d'hostile et d'hostilité. Mais l'étranger peut être reçu et accueilli. Le mot latin « *hostis* » connaît alors un dérivé, « *hospes* », qui a donné nos mots français d'hôte, d'hospice, d'hôpital, et d'hôtel.

Accorder l'hospitalité est au cœur de la tradition des métiers et des institutions de santé. Transformer l'hostilité des circonstances de la vie par le geste d'accueil qui redonne un cadre d'humanité pour l'épreuve à traverser, tel est le travail auquel contribuent depuis toujours ceux qui soignent. L'excellence de la médecine hospitalière dans ses développements de recherche et de thérapeutique participe de cette tradition. En mobilisant les compétences de tous, le souci des moyens et des techniques de prise en charge sans cesse à améliorer actualise cet héritage. Autrefois dédié à l'accueil des pauvres (dimension sociale forte, technicité des soins faible), l'hôpital est devenu le lieu de la plus haute performance (technicité forte, dimension sociale faible). Avec le développement de la science et de la biomédecine, les capacités d'intervention se sont démultipliées (précision des diagnostics, amélioration des thérapeutiques, rationalisation des procédures...). Aujourd'hui, nous assistons à un raccourcissement des durées de séjour dans un contexte de contraintes budgétaires importantes. Mais cette compression du temps nous amène à constater qu'il est plus aisé et plus rapide d'intervenir sur les corps pour les réparer que de soigner les malades le temps nécessaire au processus de leur stabilisation, voire de leur guérison. Dans ce contexte de tension, l'enjeu serait aujourd'hui de renouer le lien entre le médical et le social pour réinventer une action médico-sociale apte à faire face non seulement aux soucis causés par la maladie mais aussi aux conditions de vie, facteurs de risque aggravant pour la santé. Ici s'inscrivent les nombreux efforts pour développer les réseaux ville-hôpital et les relais nécessaires pour continuer les soins commencés.

**L'étranger : ennemi ou hôte ?** La question est toujours d'actualité.

L'hospitalité propose un geste d'accueil pour aller au-devant de l'étranger et par cette posture désamorcer l'hostilité potentielle de celui qu'on ne connaît pas. La notion d'étranger ne concerne pas seulement celui de l'autre nationalité mais aussi celui de l'autre quartier, de l'autre métier, de l'autre appartenance socio-culturelle... En un certain sens, nous sommes étrangers les uns aux autres, d'où la nécessité d'une hospitalité réciproque.

Il s'agit de trouver un ajustement entre le rejet de l'altérité (l'étranger est laissé dehors (rejet) ou intégré au point d'être nié dans sa différence (inclusion)) et le respect de l'altérité (l'étranger est accueilli dans le respect de sa différence).

Face à l'étranger qui est chez nous ou que nous sommes les uns pour les autres (même en étant de la même nationalité), trois attitudes sont observables, avec bien sûr des degrés et des nuances.

- L'étranger peut être quelqu'un qui nous laisse indifférent tant qu'il ne nous gêne pas. Sa présence peut même présenter des avantages. Il nous apporte, par exemple quand il est immigré, une main d'œuvre que nous n'avons pas. L'immigré comme le pays d'accueil y trouvent leur compte.

- L'étranger commence à être considéré comme ennemi quand il dérange trop, bouscule nos habitudes et paraît même prendre notre place. La crise économique met au premier rang de nos préoccupations le problème de l'immigration : l'immigré devient une menace pour la prospérité du pays et pour notre identité culturelle.

- L'étranger peut devenir l'hôte qu'on accueille, que l'on reconnaît comme sujet de droit et à qui l'on fait une place. Cela simplement parce qu'il est un homme.

Dans le temps de l'accueil, les premiers mots et gestes de l'hospitalité rassemblent les ingrédients pour que la confiance devienne possible.

L'hospitalité permet que soignant et soigné deviennent partenaires pour le soin.

Dans le temps de l'accueil, l'écoute est la première expérience d'hospitalité.

L'espace de l'accueil est celui de la disponibilité à l'inconnu, au neuf, à ce que nous ne connaissons pas par avance, disponibilité pour faire face à la précarité et tenir compte de la complexité.

Cela ne va pas sans tension ; à cet endroit-là, le positionnement professionnel n'est pas toujours suffisant et le soignant est sollicité dans son positionnement personnel de sujet, marqué par la finitude, ni tout-puissant, ni impuissant, ayant à assumer les écarts entre savoir et pouvoir (gare à l'usure), pouvoir et devoir (faire preuve de discernement et rester vigilant aux exceptions), vouloir et pouvoir (nous ne pouvons pas tout ce que nous voulons mais il nous reste à vouloir ce que nous pouvons). Il s'agit d'identifier ce qui est possible et de vouloir le mettre en œuvre ensemble, véritable enjeu des partenariats.

Dans l'écart entre dire et faire, il y a aussi à apprendre à faire ce que nous disons et dire ce que nous faisons. Même s'il n'y a jamais congruence parfaite, il nous revient de ne pas prendre notre parti des contradictions. Humains, nous avons à construire un ajustement qui nous permette de soutenir une cohérence.

L'exercice professionnel puise ses racines dans les motivations personnelles liées aux trajectoires de vie et se renouvelle par l'inventivité suscitée au fur et à mesure des situations rencontrées et collaborations initiées. La force des convictions mais parfois aussi la lassitude demandent de rendre possible l'explicitation des arguments des uns et des autres. Dans cette ouverture réciproque, le travail appelle à renouer les liens entre la théorie et la pratique pour relancer la capacité de réflexion de chacun et se donner la chance d'actions plus adaptées.

### **Soigner :**

Soigner, c'est accepter d'être témoin de la souffrance d'un autre. La question posée par cette expérience pour celui qui se rend proche n'est pas seulement un problème technique à résoudre ou un savoir à appliquer. La proximité de la souffrance de l'autre dérange et ce dérangement, nous allons avoir à l'habiter ensemble.

A la PASS, l'accueil est fait par deux personnes de métiers différents. C'est une chance que de pouvoir mettre à disposition une double compétence avec deux regards, deux façons d'écouter et d'interpréter. Au plus les situations sont complexes, au plus nous avons besoin de pouvoir prendre appui sur nos points de vue concertés.

« Rencontrer autrui, c'est être tenu en éveil par une énigme » (Emmanuel Levinas). Chaque rencontre est un évènement. Rencontrer l'autre ainsi c'est ne pas présumer par avance du sens de ses conduites mais avoir à le lui demander. L'espace du soin demande technicité et savoir mais aussi que le soignant se risque à mettre des mots sur la situation dont le patient le rend témoin.

Soigner c'est répondre à un besoin, c'est prendre soin de quelqu'un qui ne peut plus - momentanément ou définitivement - faire face seul à ses besoins. Le soignant supplée aux capacités défaillantes du patient en situation de précarité.

Avec la maladie, l'image de soi est attaquée. Le corps malade devient étranger, le sujet éprouve que son « chez-soi » n'est plus habitable. Être malade, c'est perdre son refuge, devenu soudain hostile.

La demande d'aide adressée au soignant ouvre à une relation asymétrique au sein de laquelle le risque de domination et le risque de soumission constituent deux écueils.

Mais, dans l'asymétrie des pouvoirs, l'enjeu de la relation est que chacun soit amené à se reconnaître l'égal de l'autre dans une dignité humaine commune.

Ouvrir des droits pour rendre les soins accessibles demande la mise en œuvre des principes de bienfaisance (faire du bien), de non malfaisance (au moins chercher à ne pas nuire), d'autonomie (recherche du consentement pour l'action de soin) et de justice (accès aux soins pour tous dans la société).

Aujourd'hui, culture d'hospitalité et culture de gestion ont à trouver les moyens de se conjuguer pour que l'esprit des soins ne soit pas négligé au motif des restrictions imposées par le réalisme des moyens.

«... La garantie d'un accès juste aux soins de qualité n'est pas en contradiction avec une rigueur économique. L'adaptation permanente de l'offre de soins aux besoins démographiques, aux modifications épidémiologiques, aux progrès technologiques justifient plus que dans n'importe quelle activité humaine des choix clairs, courageux, explicites aux yeux des citoyens, et en même temps susceptibles d'être sans cesse remis en question en gardant comme objectif central le service rendu aux plus vulnérables.

La question éthique posée par l'examen de la dimension économique du soin explore la tension entre l'autonomie et la solidarité, entre la liberté individuelle et le bien public. Cette tension ne peut recevoir de réponse que dans la recherche d'équité, c'est-à-dire dans la justice. »

Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, *Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier* (2007)

Trois modèles de référence peuvent caractériser la relation médecin / patient :

#### *Le modèle paternaliste*

« Dans le modèle paternaliste, le principe de bienfaisance légitime une protection du patient, affaibli par la maladie, la souffrance et l'ignorance. Celui qui sait et qui soigne a la responsabilité au sens propre (il répond) de se substituer au malade pour faire son bien ».

Le patient fait confiance à son médecin sans avoir à s'impliquer dans la décision qui le concerne.

#### *Le modèle autonomiste*

« Dans le modèle autonomiste le principe moral premier n'est pas de faire le bien du patient, mais de respecter sa liberté d'être qui prend lui-même les décisions qui le concernent, sous couvert d'une négociation contractuelle ». Le patient demande à partager le savoir, il veut comprendre ce qui lui arrive et entend décider pour lui-même.

Le Comité Consultatif National d'Éthique alerte quant à la transformation progressive de la relation thérapeutique en prestation de service qui comporte le risque d'une dérive judiciaire où la relation contractuelle entre service de santé et consommateurs de soins remplace la relation de confiance personnalisée (14). Les associations de malades (dont les patients SIDA) ont largement fait évoluer le premier modèle vers le second. Mais il faut aussi reconnaître que ce modèle autonomiste, qui convient bien à certains patients, ne convient pas à tous.

#### *Modèle consensualiste*

Un troisième modèle émerge qu'on pourrait qualifier avec S.Rameix de « paternalisme tempéré » ou d' « autonomie protégée ». Il tient compte de la vulnérabilité rencontrée en situation de maladie et reconnaît que l'autonomie des patients s'en trouve affectée sans cependant être annulée. On cherche alors l'ajustement favorable à la construction d'un consensus, en prenant en compte la culture de l'autre. La PASS se référerait plutôt à cette option.

#### **Orienter :**

Se poser la question de l'orientation, c'est prendre le temps régulièrement de se redire la visée que nous poursuivons.

« Appelons *visée éthique* la visée de la *vie bonne* avec et pour autrui dans des institutions justes » (Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, Seuil, 1990).

Accueillir et soigner sollicitent les compétences d'un métier articulé à d'autres. Ils se concrétisent par la mise en œuvre d'un lien interpersonnel qui n'est pas interchangeable mais il s'agit de croire que d'autres pourront à leur tour entrer en lien. La vulnérabilité de l'un appelle la vigilance des autres.

L'orientation ouvre à la dimension du collectif. Ce que nous construisons dans la relation interpersonnelle s'inscrit dans la médiation des institutions, qui ont à garantir le critère de Justice.

Le JE (estime de soi, sujet qui se reconnaît capable de pouvoir) s'articule au TU (capacité de sollicitude, démarche de reconnaissance réciproque) dans la référence au tiers, le IL( pôle de la règle) des institutions. L'orientation de l'institution doit être au service de la mutuelle promotion de personnes libres, responsables de leurs choix, au sein d'une même communauté d'appartenance.

L'enjeu de la PASS est que les gens puissent la quitter pour aller dans le monde commun mais le passage de la discrimination positive au droit commun ne peut se faire sans garanties de la part de la société. Il faut que la sécurité soit suffisante pour prendre le risque d'aller ailleurs. Pallier à l'incertitude de l'ailleurs demande des relais préparés par les professionnels. On peut aussi proposer de revoir ultérieurement le patient pour évaluer la pertinence de l'orientation faite.

De la part des patients les difficultés à accepter cette orientation peuvent être la force de l'habitude, la méconnaissance de leurs droits, l'incertitude devant l'avenir, la peur d'avoir à recommencer à tout expliquer et la crainte de ne pas être compris comme ils l'ont été ici...

De la part des professionnels, il peut y avoir aussi des résistances, des réticences, liées à la confiance faite, à l'attachement créé, à la crainte que d'autres collègues



ne fassent pas aussi bien... c'est un vrai travail que de passer de l'attachement relationnel nécessaire à la reconstruction des sujets, au détachement ... au bon moment pour que leur liberté se fortifie. A quel moment faire l'orientation ? C'est la responsabilité de discernement des professionnels que d'avoir à évaluer les possibilités des personnes sans standardiser les conduites.

Lieu d'accueil, d'ancrage, la PASS n'est pas un lieu de séjour et ne doit pas devenir un refuge où l'on s'installe. Il importe, dès le début de la prise en charge, de construire l'aval : dès l'accueil poser le cadre du caractère transitoire de ce lieu. Prendre le temps nécessaire pour se mettre d'accord sur le sens à donner à ce passage, préciser autant que faire se peut, les étapes de progression envisageables. Construire les stratégies d'alliances au sein de la PASS, et avec l'environnement en amont et en aval. Travail de coordination et volonté de coopération permettent d'inventer ensemble ce qui convient.

Accueillir, soigner et orienter demandent à être prolongés encore par deux types d'actions: **Former et témoigner.**

Tandis que la formation incombe aux professionnels, le témoignage revient plutôt aux ONG mais ces deux tâches sont complémentaires.

Les professionnels des PASS sont des spécialistes de la précarité que la société souvent ne veut pas voir. Il leur revient de « rendre visibles les invisibles » avec leurs compétences spécifiques. Leur expertise doit contribuer à développer une sensibilisation à la précarité auprès des autres professionnels non spécialistes, partager les informations, soutenir la capacité de chacun à apporter une réponse en évitant les écueils de la dramatisation et de la banalisation, réveiller en chacun vigilance et inventivité. Chacun a des capacités pour répondre plutôt que pour exclure. Et répondre peut être d'assurer soi-même l'action attendue mais aussi d'orienter à bon escient.

Ces métiers sont intéressants et difficiles. Pour les exercer durablement, il y faut un soutien, une supervision ou une analyse de la pratique afin de ne pas perdre ses repères et entretenir sa capacité de penser et d'élaborer. Conscients de leurs compétences et lucides sur leurs limites, les professionnels doivent aussi accepter de ne pas pouvoir tout compenser. D'autres actions seront nécessaires par d'autres, sur d'autres registres.

Ce que les professionnels des PASS connaissent par leurs métiers ne leur appartient pas. Il leur revient de faire comprendre à leurs institutions la complexité des questions rencontrées au fur et à mesure des personnes accueillies. A partir des situations individuelles, des questions collectives se dégagent qui demandent de se positionner au sein des institutions et vis-à-vis du corps social. Les dispositifs sont améliorables. Nous pouvons ensemble entrer dans une meilleure compréhension des liens entre éthique et politique pour habiter la cité.

*Notes prises à l'occasion de l'exposé de Catherine Perrotin et relues par elle.*



**6e journée régionale Rhône-Alpes des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)**

**Le 10 mai 2011 à Lyon**

**En clôture de la journée, DR Catherine LOMBARD**

**Médecin de Santé publique**

**Agence Régionale de Santé Rhône Alpes**

## **ARS / PRS et prise en compte des populations les plus démunies**

Je vous remercie de m'avoir associée à vos travaux et vous prie d'excuser Mr le directeur général de l'ARS et Mr VANDENBERGH directeur de la stratégie et des projets qui n'ont pu être présents aujourd'hui .

Je vous propose à l'issue de cette journée régionale de travail de l'APPASSRA de vous dire un mot de la dynamique engagée par l'ARS et ses partenaires autour du programme régional de santé en RA pour que vous puissiez voir comment va se situer la politique de santé que vous menez en direction des personnes les plus démunies au sein de cette réflexion pluri partenariale

Nous pourrons ensuite plus précisément voir ensemble comment les travaux à mener vont inclure les plus démunis à tous les stades de la réflexion de cette programmation

Je conclurai sur les pistes de travail que nous souhaiterions vous proposer.

### **I. Le PRS**

du fait de son large périmètre de compétences, l'ambition de l'ARS RA est d'articuler l'ensemble des démarches stratégiques en faveur de la santé au sein d'un **projet régional de santé PRS**.

L'ARS est l'outil opérationnel de la territorialisation de la politique nationale de santé

L'ampleur du domaine embrassé par l'ARS allant de la sécurité sanitaire (c'est à dire aux notions de risques pour la santé) au médico-social (c'est à dire à l'aide à lutter contre tous les facteurs de perte d'autonomie) doit permettre d'apporter

complémentarité et cohérence aux interventions qui tout au long de la vie des individus visent à protéger et améliorer la **santé et l'autonomie**

Le PRS aura- bien sur- à s'articuler avec d'autres stratégies définies par d'autres autorités publiques et d'autres partenaires sur le territoire afin de pouvoir agir sur les déterminants sociaux de santé et contribuer à la réduction des inégalités de santé

L'élaboration du PRS s'inscrit :

- **dans un cadre de politique nationale de santé en évolution :**

Les constats issus des travaux de révision de la Loi de Santé publique montre (France entière) :

- ✚ Une situation sanitaire favorable MAIS :
  - une mortalité prématurée élevée
  - une espérance de vie sans incapacité plus faible que dans d'autres pays comparables
- ✚ Des inégalités socio économiques importantes avec des disparités infra régionales (nous obligeant enfin à s'attaquer aux déterminants sociaux des inégalités de santé)

Notre politique nationale définit donc 3 finalités :

- Promouvoir l'égalité devant la santé en agissant sur les déterminants sociaux.
- Prévenir ou restaurer l'autonomie de chacun participation et adaptation des parcours)
- Renforcer la protection face aux mutations des enjeux sanitaires

- **dans un modèle de santé global**

L'ARS doit développer une réponse **globale** fondée sur les **progrès de la connaissance**, intersectorielle, prenant en compte les **déterminants de santé et compréhensible** par la population (partagée)

Le modèle global de santé repose sur l'idée que la santé d'un individu repose à la fois sur des caractéristiques qui lui sont propres et sur des facteurs exogènes et en particulier sur les déterminants sociaux et socio-économiques

Ce modèle pluridimensionnel est porteur d'une idée de cohérence entre la promotion de la santé, la prévention, les soins et les accompagnements médico-sociaux.( ce qui a fondé la mise en place des ARS)

La santé étant plurifactorielle, des approches intersectorielles sont indispensables : politiques de l'état (santé scolaire, environnement, santé au travail, sécurité routière...), collectivités territoriales (PMI, protection de l'enfance, action sociale des départements, politique de l'emploi)

et la loi a donc prévu que des **instances de démocratie sanitaire** réunissent ces différents acteurs et les usagers et leur représentants au sein de la CRSA et des

commissions des politiques publiques ( dont certains d'entre vous font peut être partie)

Structurellement ce Programme Régional de Santé comporte un volet stratégique (PSRS : stratégie, déterminations des priorités), 3 schémas régionaux d'organisation (des soins, du médico-social et de la prévention) et des programmes (ensemble d'actions traduisant les schémas avec calendrier et modes de financement) **obligatoires** (dont le PRAPS : programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies)

Envisageons comment ce PRAPS de 3ème ou même 4ème génération va s'inscrire dans cette architecture que nous venons de voir

## II. La politique en faveur des publics les plus démunis (2-1 Les fondements :

🚦 L'article L 1411-6 du CSP nous a rappelé que « l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de santé publique ..... »

**Faire face aux inégalités de santé qui touchent tout particulièrement les personnes les plus démunies est une priorité de santé publique.**

🚦 La loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions introduit dans le code de santé publique (CSP). L'article L.6112-6 qui prévoit la mise en place de permanences d'accès aux soins et de santé, par les établissements de santé/

*« visant à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ».*

🚦 L'article L1411-11 du CSP prévoit que le plan régional de santé publique (PRSP), comporte parmi ses programmes et actions, « *un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)* ».

🚦 La circulaire DGS/2007/430 du 7 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) de 3e génération (2008-2010) donne des recommandations pour l'élaboration des PRAPS de 3ème génération

🚦 CIRCULAIRE du 17 Décembre 1998 et RECOMMANDATIONS DHOS mai 1998 :

Décrivent les objectifs et les modalités d'organisation des PASS qui sont « des cellules de prise en charge médicosociale » qui doivent faciliter l'accès au système de santé aux personnes en situation précaire et assurer une prise en charge de qualité. Elles doivent mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion « afin d'offrir aux populations des lieux **VISIBLES** d'accueil, d'information, de prévention et de soins »)

**Enfin rappelons que les PRAPS ont été évalués en France** (ce qui est suffisamment rare pour être remarqué) ainsi que les PRSP.

Leur efficacité pour faciliter l'accès à la santé des plus précaires a été démontrée et la pertinence des dispositifs d'interface réaffirmée avec cependant 3 grandes insuffisances

- l'inadaptation ou la « résistance » de nos organisations tant du côté de la prévention que du soin à s'adapter aux besoins de cette population la plus fragile ou la plus éloignée du système de santé ce qui pourrait conduire à des dérives de type mise en place de « filières » plutôt que d'accès aux droit commun (ex : dépistage du cancer du sein chez les femmes précaires, accès retardé de PEC des grossesses, renoncement aux soins ...)

- la non atteinte des plus démunis qui ne fréquentaient pas ou peu des dispositifs préexistants en particulier les gens de la rue ce qui a donné lieu à une réflexion complémentaire et des propositions au gouvernement contenues dans le rapport des personnes sans toit

- Un saupoudrage des crédits sur des actions déjà « en carton » avec une insuffisance de suivi et d'évaluation des actions

## 2 -2 comment va se positionner cette politique de santé publique au sein du PRS ?

Comme j'ai tenté de vous le démontrer cette politique en faveur des personnes les plus démunies doit s'inscrire dans la transversalité qui va animer le PRS tout en défendant les spécificités des besoins de cette population, s'attacher à répondre aux points faibles que les évaluations ont démontré et enfin consolider ses moyens à partir d'une analyse des résultats de son action sur la population

Les outils à notre disposition sont :

- ✚ **Les 3 schémas (Soins, médico-social, prévention) doivent prendre en compte la problématique des populations les plus démunies et adapter leur offre : cette adaptation propose un ensemble d'actions qui seront retrouvées dans le PRAPS**

- ✚ Un programme obligatoire doit être décliné pour l'accès aux soins et à la santé des plus démunis : PRAPS

Un guide méthodologique vient d'être proposé pour sa rédaction (Mars 2011) Il renouvelle les recommandations de transversalité dans le développement des

dispositifs visant à accompagner et faciliter la cohérence du parcours de vie des publics les plus démunis

(Rappel des éléments clefs du PRAPS

➤ **Effectivité de l'accès aux droits**

➤ **Adaptation de l'accès aux soins :**

-de premier recours (MMG/MSP, et réponse à l'urgence /articulation avec la ville, soins au sein des structures médico-sociales)

- Adapter le développement des PASS aux besoins des populations en favorisant le développement des bonnes pratiques

-Evaluer l'adéquation entre la répartition des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et les besoins des territoires

➤ **Améliorer l'accès aux dispositifs de prévention et promotion de la santé**

Recours aux dépistages

Accès au sevrage tabagique

Développer des actions de proximité en matière d'alimentation et de développement de l'activité physique visant spécifiquement les populations défavorisées

Favoriser la mise en place de médiateurs en santé publique

Favoriser l'accès à l'interprétariat professionnel

➤ **Adapter l'offre d'accompagnement médico-social**

Développement des lits HSS et LAM (2009/2011)

Renforcement des places d'ACT (2007/2011) et développement d'hébergements adaptés aux besoins des personnes malades en situation de précarité .....

✚ De plus L'ARS RA a organisé son programme de travail pour l'année 2011 en mode transversal selon 5 axes dont un **axe santé précarité**

4 groupes travaillant en équipe projet au sein de l'agence réunissent des agents à la fois des DTD et du siège qui témoignent du travail développé sur le terrain et doivent faire des propositions d'actions pour : l'accès aux soins, l'accès aux médicaments, l'accès aux soins dentaires, la coordination entre soins psychiques et accompagnement social des publics sans toit (en coordination avec la DRJSCS et les DDCS PP)

C'est dans ce cadre de travail, que des rencontres ont été menées auprès de 13 PASS de la région RA avec votre collaboration .Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), instaurées dans les établissements de santé par la loi d'orientation de lutte contre les exclusions, représentent un outil efficace pour faciliter l'accès au système de santé et la prise en charge des personnes démunies. Les différentes enquêtes menées ont montré que ces permanences ont des modes d'organisation variés.

### III. Les perspectives de travail

Ce travail de synthèse sera bientôt accessible à l'ensemble de votre réseau

D'ores et déjà il convient de souligner **l'hétérogénéité de la population** dont nous parlons même au sein d'un dispositif comme celui des PASS

Les plus précaires et sans toit personnel sont peu ou pas appréhendés par les PASS

Ce constat est également fait également au niveau national

Nous avons aussi constaté une certaine **hétérogénéité dans les organisations** selon les choix des opérateurs mais aussi les bassins de populations et bien sur les moyens alloués

Ce travail nous amène à **dégager plusieurs pistes de travail en RA :**

1 comment améliorer l'accès aux droits et la concertation avec l'AM ?

2 comment améliorer les bonnes pratiques au sein des PASS et leur inscription dans le réseau partenarial : Faut il élargir l'enquête à toutes les PASS ? Aux PASS psychiatrie ??? Faut il favoriser les équipes qui vont vers ??? Convient-il avec l'appui d'APPASSRA de constituer un cahier des charges régional ????

3 Comment améliorer l'accès aux soins dentaires des populations précaires (groupe de travail se poursuit)

4 comment inscrire la santé des populations des plus démunies au sein des projets territoriaux de santé ?

5- De plus un travail d'harmonisation des moyens a été engagé en 2010 par l'ARS Rhône-Alpes au niveau des financements octroyés en Mission d'Intérêt Général (MIG).

Dans ce cadre, les moyens financiers (4 millions d'euros pour notre région) sont désormais octroyés en fonction du nombre de passages au service des urgences. Ainsi, plus il y a de passages, plus l'équipe PASS est étoffée.

Ce modèle de financement sera amélioré pour mieux prendre en compte les indicateurs de précarité.

Là encore un travail prospectif doit être mené avec votre appui : Nous avons donc un vaste chantier devant nous !!!!

Conscient que les PASS et les réseaux qu'elles ont développés interpellent notre institution en transversal là aussi, Mr le Directeur général de l'ARS a décidé de désigner en application de la circulaire du 11 janvier 2011 : un « référent cohésion sociale » pour veiller au lien de l'ARS avec les directions de cohésion sociale (DRJSCS ET DDCS PP) et autres partenaires intervenant dans ce champ en la personne de Mr VANDENBERGH

Plus particulièrement pour le chantier que nous vous proposons d'ouvrir, Mme la responsable du service de Prévention et Promotion de la santé : Dr LUMINET sera votre interlocuteur

Je vous remercie de votre attention et nous souhaite une efficace collaboration !!!