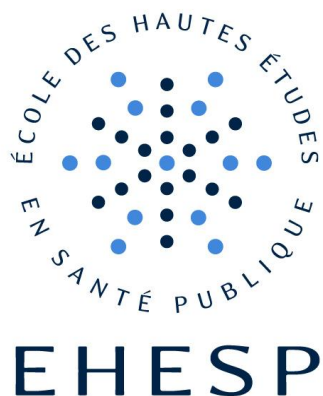




Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2012-2013**

Réduire les inégalités de santé :
comment une ONG peut-elle
contribuer à cette démarche ?

Fatima MAGANE
Juin 2013

Remerciements

Je dédie ce mémoire à mon père, récemment disparu, qui m'a toujours soutenu dans mes choix professionnels et avait un grand respect pour ceux qui étudient, lui-même n'ayant pas eu cette chance.

Je remercie mon père pour les valeurs qu'il m'a transmises dont l'amour du travail, de la générosité et du souci de ceux qui souffrent « en silence ».

Je remercie infiniment toutes les personnes qui m'ont accordées de leur temps pour répondre aux entretiens :

- Dr Elise LEBOURG, médecin généraliste à Asnières
- Dr Martine LALANDE, médecin généraliste à Gennevilliers
- Dr Nadja PILLON, médecin généraliste à Gennevilliers
- Melle Christelle GUILBERT, infirmière libérale à Asnières
- Dr Aline SEIF, médecin coordinateur de l'ARÈS 92 et Christine CHANDEMERLE, directrice administrative de l'ARÈS 92
- Jean-Luc RAGNATELA, assistant socio-éducatif et Jehanne CHAMAK, assistante sociale du CCAS d'Asnières
- Hélène CECCATO, animatrice responsable au Secours Catholique, délégation des Hauts-de-Seine, pour le réseau « migrants »
- Aliénor VIDAL, animatrice responsable au Secours Catholique, délégation des Hauts-de-Seine, pour le réseau « errance »
- Dr Guy LESSIEUX, médecin responsable de la Solidarité et du Samu social médicalisé de l'Ordre de Malte France pour le département des Hauts-de-Seine.

Sommaire

Introduction.....	1
1 L'environnement du travail	5
1.1 Présentation de PU-AMI : une ONG humanitaire	5
1.1.1 Son organisation, l'équipe internationale et nationale.....	5
1.1.2 Ses missions	6
1.1.3 Utilisation des fonds	9
1.2 La Mission France de PU-AMI :	10
1.2.1 Le contexte des Roms.....	10
1.2.2 Ses activités de médiation sanitaire et l'équipe.....	11
1.2.3 Ma position au sein de l'équipe de la Mission France	14
2 Le sujet traité : travail demandé pour le stage.....	14
2.1 Le choix et les objectifs	14
2.1.1 La genèse du choix et les objectifs.....	14
2.1.2 Le cahier des charges.....	16
2.1.3 L'intérêt professionnel.....	17
2.2 La méthodologie	18
2.2.1 La démarche adoptée	18
2.2.2 Les limites de la recherche	20
3 Analyse qualitative des données recueillies au cours des entretiens.....	21
3.1 Contexte régional et départemental.....	21
3.2 Les organismes et acteurs impliqués localement auprès des populations précaires	26
3.3 Synthèse des données recueillies auprès des acteurs de terrain	28
3.4 Les freins à l'accès aux soins et à la prévention.....	31
3.4.1 La couverture sociale et l'ouverture de droit	31
3.4.2 Des inégalités territoriales	34
3.4.3 Le logement : un problème qui demeure, contribuant aux inégalités de santé	37
3.5 Les besoins identifiés en termes de prévention des personnes en situation de précarité..	40
3.6 Les PMI des Hauts-de-Seine.....	43
3.7 Les problématiques de santé mentale des personnes en situation de précarité.....	45
3.8 Les propositions d'amélioration pour faciliter l'accès aux soins des plus précaires	47
3.9 Les politiques publiques en faveur de la lutte contre les inégalités sociales de santé.....	50
4 Des propositions d'actions en termes de pilotage et d'actions en Santé Publique	54
2ième Partie.....	59

Analyse réflexive de la mission	59
1. Analyse réflexive sur l'ensemble du stage	61
1.1. Le déroulé de la mission chez PU-AMI	61
1.2. Une « fusion inédite entre deux associations ».....	63
1.3. La « culture d'entreprise » chez PU-AMI.....	65
2. Analyse de la commande et de son évolution, les représentations.....	67
3. La mission exploratoire s'inscrit dans une action en santé publique.....	69
3.1. Son intérêt	69
3.2. Ses limites	71
4 Les compétences acquises au cours de la mission.....	71
5 Mise en perspective du travail réalisé à la fois sur le plan santé publique et sur le plan personnel	73
5.1 Réflexions sur les inégalités sociales de santé.....	73
5.2 Quelles perspectives pour notre société dans la réduction des inégalités de santé	77
Conclusion.....	85
Bibliographie	87
Liste des annexes	3
NOTE D'OBSERVATION	56

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation Adulte Handicapé
AME	Aide Médicale d'Etat
ARès 92	Association Réseau de Soins dans les Hauts-de-Seine
ASV	Atelier Santé Ville
CAAR	Comité d'Aide Aux Réfugiés
CAFDA	Comité d'Aide aux Familles Demandeurs d'Asile
CASF	Code de l'Action Sociale et Familiale
CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNRS	Centre Nationale de la Recherche Scientifique
CG	Conseil général
CISS	Collectif Inter associatif Sur la Santé
COMEDE	Comité Médical pour les Exilés
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMU	Couverture Médicale Universelle
CMU-C	Couverture Médicale Universelle Complémentaire
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREDOC	Centre d'études et de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie
CRS	Conférence Régionale de la Santé
CSP	Code de la Santé Publique
CUCS	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DREES	Direction de la Recherche en Etude Economique et Sanitaire
DA	Demandeur d'Asile
DRIHL	Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement
FNATH	Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés
HPST	Hôpital Patient Santé Et Territoire (Loi)
IAU-IDF	Institut d'Aménagement et d'Urbanisme Ile-de-France

IDH	Indice de Développement Humain
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
ISS	Inégalité Sociale de Santé
LHSS	Lit Halte Soins Santé
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PDS	Permanence De Soins
PIB	Produit Intérieur Brut
PLS	Programme Local de Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
OFPRA	Office Français de protection des Réfugiés et Apatrides
ONPES	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PPASP	Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique
PU-AMI	Première Urgence – Aide Médicale Internationale
RSA	Revenu de Solidarité Active
SIAO	Système Intégré d'Accueil et d'Orientation
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
UNAF	Union Nationale des Associations Familiales
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humain
ZUS	Zone Urbaine Sensible

Introduction

Pour achever notre formation en Master 2 PPASP, un stage professionnel avec la rédaction d'un mémoire nous est demandé. Le thème choisi porte sur les inégalités de santé en France. Vaste sujet que sont ces inégalités de santé car elles sont en lien avec les inégalités sociales, les inégalités territoriales et tout ce qui touche à la pauvreté, précarité et l'exclusion. De nombreuses recherches se sont attachées à identifier les facteurs de ces inégalités. Nous ne nous attarderons pas à toutes les citer, mais certaines peuvent nous donner quelques pistes de réflexion.

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont une réalité qui interroge depuis quelques années les autorités publiques ainsi que les professionnels du champ médical, social et associatif. Des mesures et des actions ont été mises en œuvre afin de réduire ces inégalités, mais force est de constater que la tâche est ardue et qu'il n'est pas aussi facile d'atteindre cet objectif compte-tenu de l'évolution économique dans un contexte de crise dans notre société et au niveau mondial.

À âge et à sexe égal, l'existence et l'importance des problèmes de santé sont d'abord liées à la position sociale et au niveau d'études. Tous les indicateurs, que ce soit l'état général de santé déclaré, la mortalité, la mortalité prématurée, l'espérance de vie, la morbidité déclarée ou mesurée ou le recours aux soins, font apparaître un gradient selon la catégorie professionnelle ou le niveau d'études. On observe une diminution graduelle du risque tout au long de la hiérarchie sociale sans aucun effet de seuil. Ce phénomène est connu sous le terme de « gradient social de santé ». Ce sont souvent les mêmes populations, les moins favorisées (faible revenu, peu diplômées), qui cumulent les expositions aux différents facteurs de risque pour la santé, que ce soit dans l'environnement professionnel (exposition au travail physiquement pénible, au travail de nuit, aux produits toxiques, etc.) ou dans l'environnement familial (pollutions affectant le logement comme le bruit, la mauvaise qualité de l'air ou de l'eau, etc.). Ce sont elles aussi qui ont le plus souvent les comportements défavorables à la santé (notamment en matière de nutrition, d'activité physique, de prévention, etc.). Par ailleurs, quand les données régionales ou

départementales existent, on constate des différences territoriales sensibles en matière de mortalité comme de morbidité pour de nombreux problèmes de santé.

Ce mémoire va tenter d'aller au cœur de certaines facettes de ces ISS au travers d'une mission exploratoire pour le compte d'une ONG humanitaire et montrer pourquoi elles persistent encore à ce jour.

Dans une première partie, une description de l'ONG avec son fonctionnement et ses missions seront présentés, ainsi que la mission exploratoire détaillée avec la méthodologie, les limites et l'objectif principal. Enfin, une analyse sur les résultats de l'enquête sur le terrain lié à la mission exploratoire nous amènera vers les propositions et préconisations en termes de réduction des inégalités de santé sur le territoire défini.

La seconde partie portera sur une analyse personnelle du travail demandé sur les inégalités de santé avec une réflexion sur ce sujet. Nous terminerons cette partie sur les perspectives envisagées sur cette question.

Nous conclurons ce travail de recherche par des questionnements sur les perspectives des inégalités de santé en France.

1ière PARTIE

Le travail réalisé au cours du stage : Une mission exploratoire sur les inégalités de santé en Ile-de- France

1 L'environnement du travail

1.1 Présentation de PU-AMI : une ONG humanitaire

1.1.1 Son organisation, l'équipe internationale et nationale

PU-AMI, Première Urgence – Aide Médicale Internationale, est une ONG humanitaire née de la fusion en avril 2011 de deux ONG françaises fortes de nombreuses années d'expériences complémentaires : Première Urgence (PU) et Aide Médicale Internationale (AMI).

Première Urgence a été créée en 1992, durant le siège de Sarajevo, est intervenue dans plus de 38 pays dans des situations d'urgence et de sortie de crise, auprès des populations victimes de conflits et catastrophes naturelles, à travers des actions de distribution, réhabilitation et relance économique.

Aide Médicale Internationale a été créée en 1979 en Afghanistan, est intervenue dans plus de 28 pays afin de rétablir l'accès aux soins des populations exclues de tout système de santé par la mise en œuvre de programmes médicaux avec le souci permanent de formation des acteurs de santé locaux.

Le statut de PU-AMI est celui d'organisation non gouvernementale de solidarité internationale à but non lucratif, apolitique et laïque.

Ses principes sont l'impartialité, la non-discrimination, le respect des communautés, la transparence et l'indépendance.

Son objectif est d'apporter une réponse globale à l'ensemble des besoins fondamentaux des populations victimes de crises humanitaires dans l'urgence jusqu'à leur permettre de retrouver autonomie et dignité.

L'organigramme PU- AMI est un reflet de sa structure, dans le sens qu'il présente trois éléments essentiels :

- le mode de division principal des activités (fonctions, processus techniques, projets ou programmes) ;
- le nombre de niveaux hiérarchiques ;
- le nombre de personnes rattachées au même responsable.

Cet organigramme représente plusieurs niveaux hiérarchiques et plusieurs fonctions. Chaque poste a un profil avec les tâches et les responsabilités bien définies.

Les postes sont regroupées en cinq départements :

- **Le département de développement opérationnel et urgence** qui est en charge de la veille humanitaire, des réponses aux urgences, et des ouvertures et développement des missions.
- **Le département de la logistique** qui est en support aux opérations. Il est chargé de fournir les moyens humains et matériels à toutes les missions.
- **Le département des ressources humaines** qui est chargé de fournir aux missions les ressources humaines adéquates. Il s'agit plus précisément de recruter les expatriés, de les préparer au départ et de suivre leurs parcours
- **Le département de la communication et de la collecte de fonds** qui est chargé de la communication interne et externe, c'est-à-dire faire connaître PU-AMI auprès du grand public et collecter des fonds privés en recherchant des partenaires privés.
- **Le département des finances** qui est chargé de vérifier la bonne utilisation des fonds, de repartir une stratégie par mission, de veiller à la bonne mise en œuvre des programmes, d'assurer le suivi et le « reporting » aux bailleurs.

La mise en place de ces départements est le fruit d'un processus d'intégration de deux types d'interventions que PU et AMI maîtrisaient avant leur fusion, à savoir, l'urgence et le développement. Cette manière d'organiser le travail permet de valoriser les années d'expériences acquises par chacune d'elle et de répondre de façon plus efficiente aux besoins des populations victimes de crise économique, sanitaire et politique.

1.1.2 Ses missions

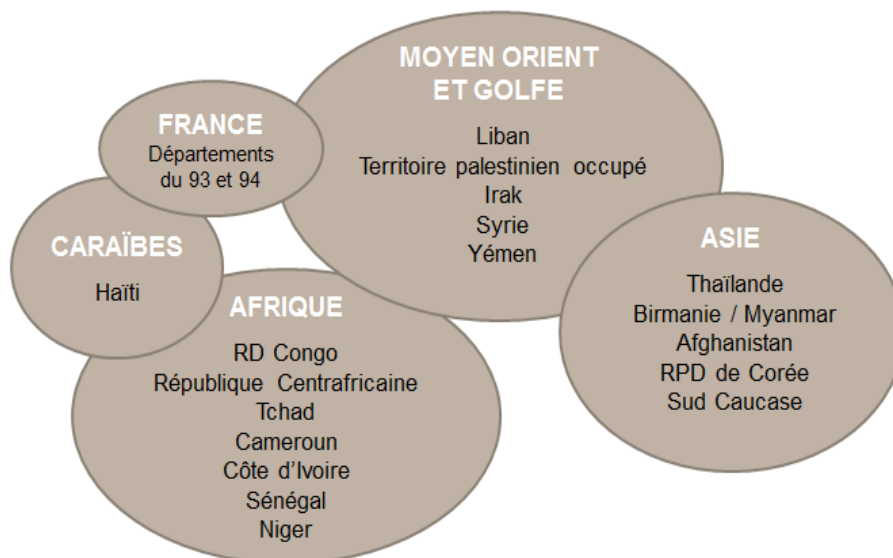
Ses 22 missions à l'étranger dans 19 pays, sont essentiellement situées en Afrique, Asie, Moyen-Orient et Golfe, dans les Caraïbes (Haïti) et plus récemment en France.

Pour PU-AMI, il s'agit de couvrir les besoins fondamentaux des victimes mises en péril, marginalisées ou exclues par les effets de catastrophes naturelles, de guerres et de situations d'effondrement économique, en apportant une réponse intégrée reposant sur la complémentarité des expertises techniques, médicales et non médicales et en intervenant en situation d'urgence jusqu'à la sortie de crise et vers le retour à l'autonomie des populations aidées.

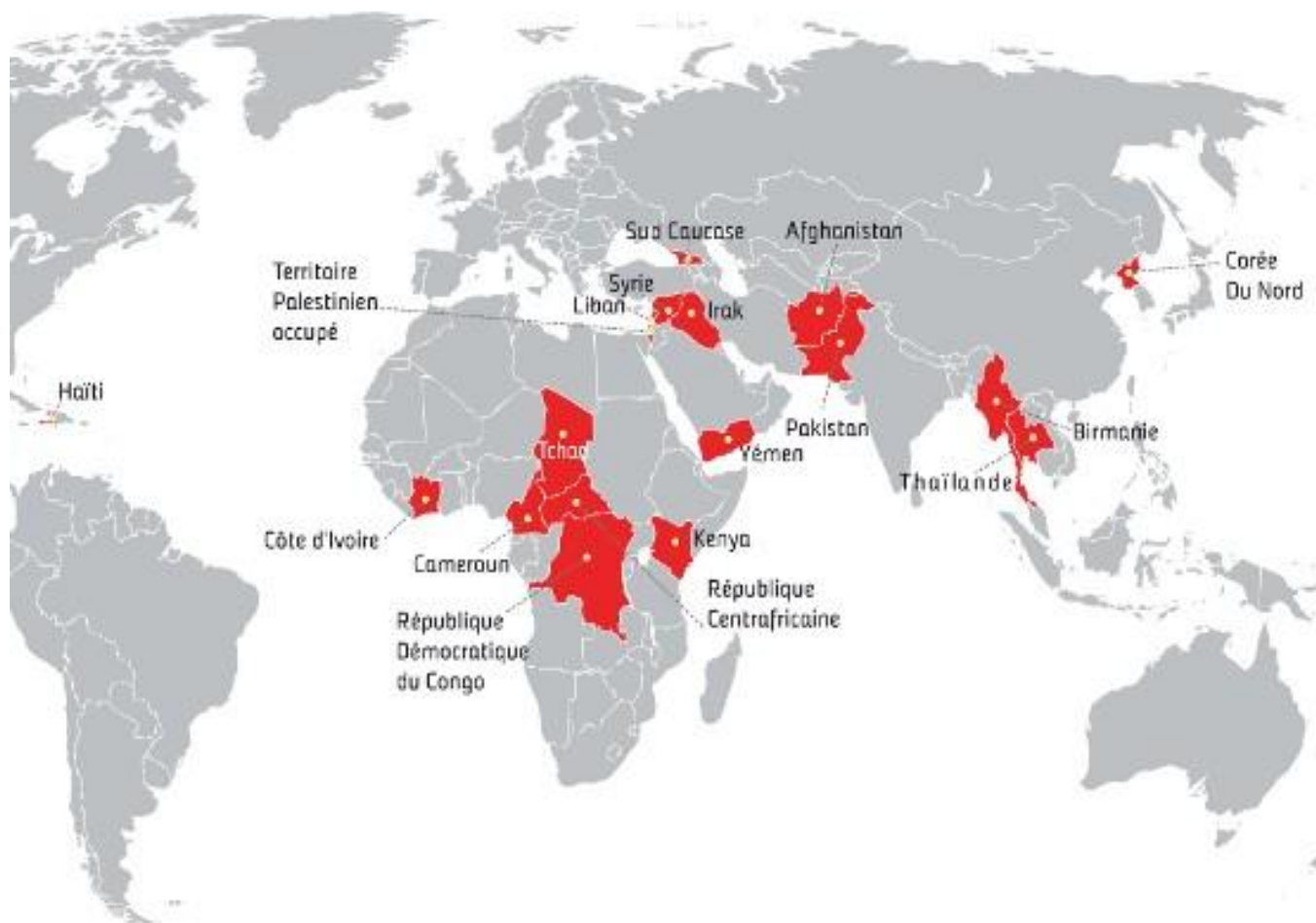
Elle intervient dans différents domaines tels que :

- la santé dans des programmes VIH/Sida, tuberculose, choléra, la formation médicale et la santé communautaire,
- la nutrition dans la prévention et le traitement de la malnutrition,
- la sécurité alimentaire avec la distribution alimentaire, la relance agricole et le soutien à l'élevage,
- la réhabilitation et construction de camps, de routes, de centres de santé et écoles, aide à la réinstallation,
- l'assainissement et l'hygiène,
- la relance économique avec la distribution de kits professionnels, la formation et des activités génératrices de revenus.

Schéma 1 : les zones d'intervention de PU-AMI (source : PU-AMI).



Le cadre d'interventions de PU-AMI à l'étranger vu sur un planisphère :



L'union des deux structures, PU et AMI, à faibles fonds propres, a contribué au rétablissement rapide de l'équilibre des comptes, puis l'augmentation du niveau des fonds propres par les moyens suivants :

- l'accroissement de l'activité sur les missions en cours,
- le développement de nouvelles missions,
- l'augmentation du financement du siège par les projets,
- l'augmentation des dons non affectés,

- l'amélioration de l'état des fonds propres (grâce aux opérations immobilières nécessaires au rapprochement, entre autre la vente des sièges et l'achat d'un nouveau siège, ce qui permettrait de réaliser des plus-values).
- la diversification de l'origine de leurs ressources, avec sous-jacent, la baisse de la dépendance à la Commission Européenne (retombées très favorables, notamment avec une dépendance à l'Union Européenne inférieure à 50% et des possibilités de solliciter de nouveaux partenaires privés tels que les Fondations)¹.

1.1.3 Utilisation des fonds

93% des ressources sont dédiées aux programmes humanitaires mis en œuvre par l'ONG. En 2011, 35,8 millions d'euros ont été affectés aux 22 missions opérationnelles dans les 19 pays.

Les budgets d'aide les plus importants sont alloués aux missions en Afghanistan, Haïti, Pakistan, République Centrafricaine et dans la province de l'Equateur en République Démocratique du Congo (RDC). Ces cinq missions représentent à elles seules 47,5% du volume d'aide.

Par ailleurs, 244 000 euros ont été consacrés à la réalisation de 16 missions exploratoires ou d'évaluations. Ces dernières ont pour objectif d'analyser les besoins humanitaires sur un terrain donné et les capacités de réponses de l'ONG.

Les coûts de fonctionnement du siège de l'association s'élèvent à 2,5 millions d'euros et représentent 6,5% des dépenses totales (entre 2010 et 2011).

Le premier poste de dépenses est celui du personnel salarié avec un total de 2,13 millions d'euros pour 43 salariés en 2011 et représente 85% des frais de fonctionnement. Les frais généraux représentent 12,3% des frais du siège.

Les ressources financières de PU-AMI ont deux origines principales : les fonds publics et les fonds privés.

Les premiers se déclinent d'une part en fonds institutionnels dont le montant à s'élève à 36,6 millions d'euros en 2011 (contre 38,7 millions d'euros en 2010), ce montant inclut les dons en nature issus du Programme Alimentaire Mondial des Nations Unies, qui passent de

¹ Synthèse du rapport de l'Assemblée Générale de AMI, 2010

7,2 millions d'euros en 2010 à 2,7 millions d'euros en 2011. D'autre part, 39,8% des fonds sont issus de l'Union Européenne, 30% des agences des Nations Unies (hors dons en nature), 17,2% de la coopération américaine et 4,1% de l'Etat français.

Les fonds privés correspondent à des ressources issues de fonds institutionnels privés, des ressources propres et des produits financiers et exceptionnels. Le total des fonds privés institutionnels récoltés en 2011 auprès des fondations, des entreprises et autres associations s'élève à 1,7 millions d'euros soit 4,5% des ressources globales. Les fonds collectés auprès du public représentent 0,5% des ressources de PU-AMI (soit 236 000 euros)²

1.2 La Mission France de PU-AMI :

En mai 2012, PU-AMI a repris le programme de médiation sanitaire du Comité d'Aide Médicale (CAM), auprès des populations rroms dans le département de Seine Saint-Denis. Pour des raisons financières, le CAM a dû arrêter toutes ces activités et dissoudre l'association.

PU-AMI a, dès lors, mis en place la Mission France ayant pour objectif la médiation sanitaire en faveur des femmes et des enfants rroms défavorisés afin de garantir leur droit à la santé et de favoriser leur accès aux soins dans le département de Seine-Saint-Denis (93) et en étendant rapidement ses actions dans le département du Val de Marne (94).

Cette intervention est subventionnée par l'ARS Ile-de-France.

1.2.1 Le contexte des Rroms

L'adhésion de la Roumanie et de la Bulgarie à l'Union Européenne en 2006 a permis aux ressortissants de ces deux pays de pouvoir bénéficier du « droit de circuler ou de séjourner librement sur le territoire des États membres ». Cependant, une directive européenne a restreint cette liberté, conditionnant le séjour de plus de trois mois à la preuve de ressources suffisantes afin de ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale de l'État membre d'accueil. Citoyens européens, les ressortissants roumains et bulgares n'ont pas les mêmes droits, ni le même statut juridique que les autres ressortissants de l'Union Européenne.

² Source : rapport financier 2011 de PU-AMI

Aujourd'hui, les estimations placent entre 10 000 et 15 000 le nombre de Roms migrants en France, la plupart de nationalité roumaine et dans une moindre mesure bulgare. Cette population doit faire face aux expulsions et procédures d'éloignement du territoire ainsi qu'à des conditions de vie très précaires favorisant la propagation des maladies infectieuses.

Depuis sa création en 2000, le collectif national Romeurope, a alerté les pouvoirs publics sur la nécessité d'une meilleure prise en compte des difficultés d'accès aux soins des populations roms vivant en France.

Les populations Roms d'Ile de France, en particulier les femmes et les enfants ont des difficultés d'accès aux soins et ne sont pas informées des possibilités d'aide qui leur sont offertes. Les familles roms vivent ainsi dans des conditions très précaires : sans eau, sans électricité ou avec des branchements sauvages, dans des baraquements de fortune et sans ramassage des ordures, ce qui engendre un environnement propice au développement des nuisibles, aux maladies épidémiques (notamment la tuberculose, un réel tabou) et à leur propagation.

La Mission France de PU-AMI s'inscrit pleinement dans le cadre du premier axe d'intervention de l'ARS, dans la mesure où il vise à réduire des inégalités sociales et territoriales de santé. Il permet en effet d'améliorer l'accès aux soins préventifs et curatifs des familles roms résidant en Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne en situation de grande précarité. Par ailleurs, la médiation sanitaire permet de ne pas se substituer aux obligations de l'Etat mais également de ne pas dupliquer l'intervention des services de santé étatiques. De plus, l'action s'inscrit également dans le cadre du plan de tuberculose mis en place par le Conseil Général du département de Seine-Saint-Denis.

D'autre part, la couverture de l'ensemble des terrains, indépendamment de leur évacuation, permet de s'inscrire dans une approche de veille sanitaire sur les populations Roms, en particulier du Val de Marne.

1.2.2 Ses activités de médiation sanitaire et l'équipe

L'équipe en charge de ce projet est composée d'une coordinatrice, d'une infirmière et d'un médiateur roumanophone. Elle a différentes activités à son actif telles que :

- la facilitation de l'accès à la santé des populations rroms, en particulier les femmes et les enfants,
- l'orientation et l'accompagnement vers et au sein des structures de santé,
- l'interprétariat lors de consultations médicales ou traduction de tous documents médicaux,
- l'information et sensibilisation à des thématiques de santé (système de soins français, protection materno-infantile, méthodes contraceptives, etc.),
- la contribution à la diminution de la tuberculose dans la population rroms,
- l'organisation de campagnes d'information et de dépistage de la tuberculose,
- le suivi des patients sous traitement.

Ces activités se déroulent sur les terrains où sont « basées » les populations rroms, le plus souvent ce sont des squats et des bidonvilles, situés en dehors des agglomérations urbaines franciliennes.

Depuis début février 2013, PU-AMI bénéficie d'une convention de partenariat avec l'hôpital Delafontaine dans le département de Seine Saint-Denis. En effet, PU-AMI a souhaité répondre à l'appel de cet hôpital de mettre en place des permanences de médiation pour les patients rroms, pour améliorer leur accueil, leur communication et leur prise en charge. L'objectif étant d'assurer des actions de médiation sanitaire par le biais de permanences (deux fois par semaine) avec le médiateur roumanophone afin d'orienter, accompagner et conseiller les personnes (patients, consultants et familles) d'origine rroms auprès des professionnels de santé et du social (avec la PASS) de l'hôpital en fonction des demandes et de leurs besoins.

L'intervention proposée permet d'assurer un suivi coordonné des populations malgré la forte mobilité forcée. En effet, les femmes et les enfants sont un public particulièrement touché, soit par les maladies infantiles à facteur épidémique (rougeole, varicelle, etc.) soit en raison des nombreuses grossesses des femmes, parfois très jeunes, générant ainsi un nombre important de grossesses à risque également aggravé par des conditions de vie précaires, ainsi que l'absence d'hygiène et la méconnaissance des possibilités d'accès au suivi de grossesse et à son importance.

L'accès à l'AME, bien souvent conditionné par l'obtention d'une domiciliation, de plus en plus compliquée à obtenir, est rendu d'autant plus difficile par une mobilité forcée incessante (évacuations des terrains) et la perte des documents de santé.

La mobilité forcée subie par les populations Roms rend d'autant plus complexe le suivi médical, que ce soit pour les maladies chroniques ou traitements en cours, mais également pour le suivi des grossesses, ainsi que pour la prévention des maladies (le déplacement des personnes entraîne des recompositions des groupes, ce qui facilite la propagation des maladies épidémiques). En effet, les populations habituées à se rendre dans un centre de PMI ou dans un hôpital, sont soudainement dans l'obligation de se délocaliser et le souci de retrouver un terrain met à mal tout le travail de suivi médical ainsi que la prise en compte de leur santé.

Enfin, l'absence d'AME pour une forte majorité de ces populations entraîne une impossibilité de les insérer dans un système de droit commun préventif. Ces dernières ne pouvant avoir accès à des consultations courantes, sont systématiquement obligées d'attendre l'aggravation de leur situation pour pouvoir justifier de se rendre aux urgences des hôpitaux où ils seront sûrs d'être reçus. Cette démarche est à la fois coûteuse pour l'Etat et met à mal la santé des populations Roms.

La connaissance par le médiateur sanitaire de PU-AMI du public roms d'une part et des lieux de vie de celui-ci d'autre part, constitue un atout pour ce partenariat et un réel bénéfice en termes d'accès aux soins pour les patients roms qui fréquentent cet hôpital en Seine Saint-Denis. Les patients roms sont très régulièrement confrontés aux difficultés linguistiques et administrativo-politiques. Ils arrivent à l'hôpital démunis, de manière tardive par rapport aux besoins médicaux et sans couverture sociale. La présence du médiateur sanitaire-interprète les rassure et la communication adaptée qui s'établit entre le personnel soignant et le patient, à travers l'intervention médiatrice, permet une prise en compte plus précoce de l'état de santé du patient et une meilleure adhésion de ce dernier aux soins.

1.2.3 Ma position au sein de l'équipe de la Mission France

J'ai intégré l'équipe de la Mission France, dans leurs bureaux, afin d'être au plus près de leurs activités quotidiennes. Parallèlement, j'effectuais mes recherches concernant les inégalités de santé en poursuivant les objectifs de la mission exploratoire.

En qualité de stagiaire, ma position dans l'ONG était bien plus que cela. Dans le quotidien, j'ai été considérée comme une professionnelle, chargée de mission sur une commande bien précise. Aussi, toute latitude m'a été donnée de travailler en autonomie, en faisant part de mes avancées chaque fois que nécessaire. Des « points bilan » ont été respectés afin de décider les orientations à prendre en fonction des synthèses que je restituais.

Par ailleurs, je pouvais participer aux réflexions et actions destinées à la mission pour les Roms en apportant ma contribution dans des échanges informels autour des outils utilisés, des tableaux de bord et la rédaction de demande de renouvellement de financement de l'ARS.

Le suivi et l'évolution du programme de médiation sanitaire pour les populations Roms ont été riches d'enseignement personnel et professionnel car avant ce stage, je n'avais qu'une vague idée (reçue ?) des Roms vivant en France.

2 Le sujet traité : travail demandé pour le stage

Le travail demandé par PU-AMI est une mission exploratoire sur les inégalités de santé en France en identifiant les possibilités d'une éventuelle intervention de l'ONG en France autour de la question de la précarité et de l'accès aux soins.

2.1 Le choix et les objectifs

2.1.1 La genèse du choix et les objectifs

L'accès aux soins et à la prévention fait partie des déterminants sociaux de la santé. Si le niveau de leur contribution dans l'amélioration de la santé de la population est discuté, il n'en reste pas moins que cet accès pour tous est une mesure d'équité sociale.

L'accès aux trois types de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) joue également un rôle déterminant dans la réduction des inégalités sociales de santé.

Les études disponibles font apparaître un lien étroit entre, d'une part, revenu et couverture sociale et, d'autre part, couverture complémentaire et consommation de soins. Les plus pauvres ont moins accès aux soins spécialisés, aux soins dentaires et d'optique, mais plus fréquemment recours aux soins hospitaliers et infirmiers. Par ailleurs, ce sont les personnes vivant dans des ménages d'ouvriers non qualifiés et d'agriculteurs qui recourent le moins aux spécialistes et aux dentistes.

Les travaux de la CNAMTS et de la DREES montrent que, si les bénéficiaires de la CMU et de la CMU-C ont des dépenses de santé plus élevées que les autres bénéficiaires de l'assurance maladie, c'est leur moins bon état de santé qui en est responsable.

De même, les migrants en situation irrégulière ont des difficultés d'accès effectif au système de soins ou aux différentes formes de protection sociale, malgré le dispositif de l'Aide médicale d'État et la prise en charge des soins urgents.

Le projet proposé dans le cadre de cette action de recherche s'inscrit dans la continuité d'un programme qui a été mené en faveur des populations roms de Seine-Saint-Denis depuis mai 2012. Le projet d'« Amélioration de la prise en charge médico-sociale des enfants roms et de leurs parents, vivant dans des bidonvilles et squats de Seine-Saint-Denis (93) et du Val-de-Marne (94) » est essentiellement basé sur des activités de médiation sanitaire, avec pour zones d'intervention, ces deux départements. PU-AMI a pu mettre en place un travail de qualité de médiation sanitaire sur 10 sites de regroupement de Roms sur l'ensemble de ces départements. L'équipe travaille sur l'accompagnement des familles roms vers l'accès effectif à la santé, que ce soit lors des visites dans les squats et bidonvilles, ou encore lors des permanences de médiation à l'hôpital Delafontaine en Seine Saint-Denis.

Forte de cette expérience dans le domaine de l'amélioration de l'accès à la santé pour des populations précaires et vulnérables de pays « en crise », PU-AMI a souhaité étendre sa Mission France auprès d'autres populations en situation de précarité n'ayant pas accès aux soins et à la prévention.

Ainsi, dès février 2013, PU-AMI a entrepris une mission exploratoire sur les inégalités de santé dans un premier temps au niveau des différentes régions de France et plus localement dans le nord du département des Hauts de Seine 92, en ciblant la recherche sur les

inégalités de santé liées aux inégalités sociales dans un contexte de précarité et de difficulté d'accès aux soins et à la prévention.

Dans son rapport d'activités de 2011 le Secours Catholique des Hauts-de-Seine a mis en évidence que le «principal trait du département est l'inégale répartition des richesses. Le revenu mensuel par habitant y est le plus élevé de France et dans un même temps l'écart des revenus entre habitants est le deuxième plus important. Les Hauts-de-Seine sont marqués par de grandes inégalités et un risque de ghettoïsation. »³

PU-AMI étant située sur Asnières, elle se sent d'autant plus impliquée au regard de ses expériences et compétences acquises auprès des populations en grande précarité que ce soit en France ou à l'étranger, afin d'aider les populations les plus précaires et vulnérables vers un accès aux soins et à la prévention, sans chercher à se substituer au droit commun.

L'objectif général pour PU-AMI est de garantir l'accès effectif à la prévention et aux soins sur l'ensemble de la zone identifiée en facilitant le recours au droit commun des personnes vulnérables, comme pour tout usager du système de santé français.

Les objectifs de la mission exploratoire sont d'une part de repérer les problématiques liées à l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité, de vulnérabilité ou d'exclusion et d'autre part de proposer des actions adaptées aux besoins de ces populations précaires.

2.1.2 Le cahier des charges

Dans le cadre de la Mission France, PU-AMI se propose sur l'année 2013 de stabiliser son intervention sur 2013 et solidifier les bases déjà mises en place en 2012 sur l'intervention déjà en cours. En effet, l'objectif principal est de conserver l'intervention de médiation sanitaire auprès des populations Roms en Ile-de-France dans les deux départements du Val de Marne (94) et de la Seine Saint Denis (93).

D'autre part, l'association souhaite ouvrir des perspectives de développement à partir du deuxième semestre 2013 avec une évaluation en Ile-de-France ou en province (département du Nord par exemple) afin de développer des interventions visant à

³ Source : rapport d'activité du Secours catholique, délégation Hauts-de-Seine, 2011

réduire les inégalités de santé et dans le département des Hauts-de-Seine (92) auprès de populations démunies ou en situation de grande précarité.

Aussi, la commande relative au travail demandé par l'ONG est une mission exploratoire afin de réaliser une recherche concernant la faisabilité d'une intervention visant à lutter contre les inégalités de santé et formuler des recommandations d'intervention.

Les résultats attendus de cette mission sont une recherche à réaliser en Ile-de-France principalement (et en province si c'est possible en termes de temps et de moyens) sur les inégalités de santé et sur les besoins en intervention et des recommandations d'intervention formulées dans un rapport rédigé.

Les principales activités planifiées autour de la recherche sur les inégalités de santé sont :

- L'élaboration d'une méthodologie d'enquête sur les inégalités de santé dans les zones prioritaires par PU-AMI ;
- La recherche documentaire et rencontres avec des intervenants pour la réalisation d'un état des lieux des inégalités de santé en France : politiques publiques de lutte contre les inégalités de santé, actions mises en œuvre, solutions envisagées ;
- L'analyse des informations collectées ;
- La recherche documentaire et de terrain sur les inégalités constatées et les besoins prioritaires identifiés dans les zones d'intervention prioritaires ;
- La rédaction d'un rapport rassemblant l'ensemble des informations collectées et des recommandations d'interventions pour PU-AMI.

2.1.3 L'intérêt professionnel

Mon projet professionnel étant orienté vers la santé publique au niveau international, mon choix s'est donc tourné vers une ONG, PU-AMI, travaillant essentiellement sur des missions humanitaires à l'étranger avec une Mission France, ciblée autour de la médiation sanitaire auprès des populations roms en région parisienne.

Cette organisation avait un autre projet en suspens, celui de mettre en œuvre une mission exploratoire en France sur les inégalités de santé, en vue d'une autre intervention humanitaire en France. Ce projet a été l'objet de la commande de l'ONG pour le travail demandé durant mon stage professionnel.

Le terrain de recherche montre toutes les problématiques liées aux difficultés d'accès aux soins et à la prévention, et la méthodologie requise dans cette démarche s'appuie sur les outils utilisés à l'international (comme par exemple les formats spécifiques développés pour les missions exploratoires).

Ce travail a été particulièrement intéressant car il m'a permis d'acquérir une expérience à la fois au niveau national qu'international dans cette recherche sur le thème des inégalités de santé.

D'autre part, étant professionnel de santé à la base, ce travail m'a permis de mettre mes expériences professionnelles et mes compétences en lien avec ma mission et m'a ouvert des possibilités dans ma future position professionnelle en qualité de chargé de mission dans le domaine de la santé publique à l'international.

2.2 La méthodologie

2.2.1 La démarche adoptée

L'élaboration de la méthodologie d'enquête s'est déclinée selon trois étapes.

La première a consisté en une recherche documentaire sur les inégalités de santé en France, avec des données chiffrées tant au niveau national que régional. Un travail important pour identifier quelques-unes des spécificités de chaque région en termes d'inégalités sociales, de précarité, pauvreté. La recherche a été principalement effectuée sur la base des données des Observatoires Régionaux de Santé. Toutes les régions ont été passées en revues excepté la Corse et les Dom Tom.

Une présentation de cette recherche aux responsables de la Mission France a été réalisée. Il a fallu ensuite prioriser les zones d'enquête sur le terrain.

Au départ, il avait été convenu que cela se fasse sur deux régions : Ile-de-France et Nord Pas-de-Calais, mais très vite le projet a été abandonné faute de temps et de moyens. Une

seule zone a été retenue : le nord du département des Hauts-de-Seine (92) dont Asnières et Gennevilliers font partie.

L'ONG étant située sur Asnières, elle se sent d'autant plus impliquée au regard de ses expériences et compétences acquises auprès des populations en grande précarité que ce soit en France ou à l'étranger.

Ensuite, un recensement sur les dispositifs et des acteurs de terrain travaillant auprès ou pour les populations en situation de précarité a été réalisé, pour le nord du département des Hauts-de-Seine afin d'élaborer une liste de contacts pour des entretiens semi-directifs.

La seconde étape a concerné l'exploration sur le terrain de ces inégalités de santé sous la forme d'enquête auprès des acteurs de terrain, professionnels des champs associatif, social et sanitaire, recensés au préalable autour de la zone prédéfinie c'est-à-dire le nord des Hauts-de-Seine.

Une série d'entretiens ont pu être réalisés sur une période d'avril-mai 2013, les questions portaient autour des problématiques rencontrées auprès de ces populations précaires, et défavorisées concernant l'accès aux soins et les besoins en termes de prévention (cf. les annexes correspondant aux grilles d'entretien).

Les acteurs interrogés dans un entretien face-à-face sont les suivants :

- Un médecin généraliste à Asnières
- Deux médecins généralistes à Gennevilliers
- Une infirmière libérale à Asnières
- Deux représentants du CCAS d'Asnières en charge du centre d'hébergement d'urgence (CHU) « Le Havre ».
- La directrice administrative et le médecin coordinateur du réseau de santé ARÈS 92.
- Les représentants du Secours Catholique (délégation du 92) du réseau « migrants » et du réseau « errance ».
- Le médecin responsable des actions de solidarité et du Samu social médicalisé de l'Ordre de Malte France du département des Hauts-de-Seine.

Au terme de ces entretiens, un bilan des données qualitatives collectées a été dressé afin de déterminer les différentes problématiques existantes à ce jour concernant les difficultés et

les freins à l'accès aux soins ainsi que les besoins des personnes en situation de précarité en termes de prévention sur les communes du nord du département des Hauts-de-Seine.

Ce bilan a été présenté aux responsables de la Mission France fin mai 2013. Une proposition écrite finalisée du projet d'intervention doit être rendue avant la fin juin afin de la présenter aux autorités publiques de santé dont l'ARS Ile-de-France, le CG du 92, les mairies Asnières et de Gennevilliers. Elle servira de support à la négociation pour obtenir un financement pour ce projet qui pourrait être mis en œuvre dès l'automne prochain ou au plus tard début de l'année 2014.

2.2.2 Les limites de la recherche

Les limites de la recherche se situent principalement au niveau du temps et des moyens financiers car l'ONG aurait souhaité faire ce même travail de recherche sur les inégalités de santé dans la région du Nord connue pour être une des régions les plus touchée par cette problématique avec la région PACA et Corse.

Par ailleurs, pour la recherche dans le département 92, les entretiens se sont limités sur deux communes Asnières et Gennevilliers, auprès de professionnels travaillant auprès des personnes en situation de précarité.

Il aurait été intéressant d'avoir les points de vue d'autres acteurs comme celui des élus, des professionnels travaillant dans les institutions publiques (Mairie, Conseil général, ARS) ainsi que des usagers soumis à ces difficultés d'accessibilité aux soins et au droit commun.

De même, il aurait été intéressant de compléter ces recherches sur d'autres communes du département des Hauts-de-Seine (Courbevoie, Colombes, Villeneuve-la-Garenne, Nanterre), connues pour avoir des populations vivant en situation de précarité et ayant des difficultés d'accès aux soins et à la prévention.

3 Analyse qualitative des données recueillies au cours des entretiens

3.1 Contexte régional et départemental

Contexte régional :

Avec 11 746 000 habitants au 1er janvier 2010 (INSEE), soit 19 % de la population française, l'Ile-de-France est au rang des plus grandes régions au plan mondial. Particulièrement dynamique, elle représente 22,6 % du PIB français. Elle est le premier bassin d'emploi européen avec 5,5 millions d'actifs en 2007 et une population jeune (56,5% de la population a moins de 40 ans).

L'Ile-de-France est la région où l'espérance de vie est la plus élevée et où l'écart entre les espérances de vie féminine et masculine est le plus faible. L'espérance de vie atteint 79 ans chez les hommes et 84,9 ans chez les femmes en 2007. Les indicateurs témoignent ainsi d'une mortalité générale toutes causes confondues moins importante qu'au niveau national (avec un taux de mortalité brut de 7 pour 1000 contre 9 pour 1000 en France).

Malgré cette situation plutôt avantageuse, l'Ile-de-France présente certaines spécificités préoccupantes, notamment une mortalité prématurée et une mortalité infantile qui restent trop élevées. En outre, la région est fortement touchée par des pathologies telles que l'épidémie de VIH, ou l'importance des problèmes de saturnisme, de tuberculose et de toxicomanie (Source : ORS Ile-de-France).

Bien que les indicateurs sanitaires (natalité, espérance de vie, mortalité...), démographiques et socioéconomiques soient globalement plutôt positifs, la très grande diversité de la région Ile-de-France, tant au niveau de sa population que de son tissu urbain, se traduit par des conditions sanitaires et sociales inégales. Ainsi par exemple, on vit en moyenne deux ans plus vieux dans les Hauts-de-Seine qu'en Seine- Saint-Denis.

Il en est de même concernant la démographie des professions de santé. Alors qu'au regard de son poids démographique la région est surreprésentée sur la quasi totalité des professions médicales et non médicales (à l'exception des infirmiers et des sages-femmes), la répartition de ces ressources est caractérisée par une très forte disparité.

Paris présente des densités de professionnels particulièrement élevées, les Hauts-de- Seine des densités de professionnels au moins équivalentes aux moyennes nationales et les

départements de Grande Couronne des densités de professionnels inférieures aux moyennes nationales.⁴

Contexte départemental :

De même que pour l'Ile-de-France, les Hauts-de-Seine présentent de grandes disparités sanitaires, démographiques et socioéconomiques. Ainsi, alors que l'indice de développement humain (IDH2 dépendant de l'indice de santé, d'éducation et de revenus) du département est supérieur à celui de la région et de la France (respectivement 0,63 contre 0,57 et 0,51), d'importants écarts sont observés entre les villes alto séquanaises (de 0,29 pour la valeur la plus basse à 0,7 pour la valeur la plus haute).

Le taux de mortalité infantile pour 1000 naissances illustre également bien ces inégalités : alors qu'il est dans le 92 légèrement inférieur au taux francilien (3,5 contre 3,9), il existe de fortes disparités entre les villes (de 2 pour la valeur la plus basse à 5,2 pour la valeur la plus haute). Comme dernier exemple, nous pouvons évoquer le risque de saturnisme départemental qui est supérieur à la moyenne francilienne (17% contre 15,5%) mais qui se révèle là encore très contrasté au niveau infra-départemental (10,8% pour la valeur la plus basse à 25,8% pour la valeur la plus haute).

Le constat est identique pour la démographie des professionnels de santé. Alors que les Hauts-de-Seine présentent une densité de médecins généralistes inférieure au niveau francilien (83,5 professionnels pour 100 000 habitants contre 92,5), de très fortes disparités apparaissent lorsque l'on étudie cette densité par commune (de 54 pour la valeur la plus faible à plus de 113 pour la valeur la plus haute)⁵.

Profil socio-sanitaire des Hauts-de-Seine (92)

- Population totale en 2006 :
1.536.096 dont : moins de 20 ans : 24,8 %,
Et 75 ans et plus : 7,0 %, dont vivant seuls : 44,5 %
- Part des étrangers en 2006 : 11,5 % (moyenne régionale : 12,4 %)

⁴ Source : Contrat local de santé de la ville de Gennevilliers, janvier 2012.

⁵ Idem

- Naissances vivantes en 2008 : 25.217
 - Dont mères âgées de moins de 20 ans : 0,8%
 - Dont mères âgées de 35 ans et plus : 29,4 %

- Indice conjoncturel de fécondité en 2007 : 1,96 enfant par femme
- Familles monoparentales en 2006 : 16,3 %

- Professions et catégories sociales en 2006 :
 - Part des cadres : 35,8 %
 - Part des ouvriers : 9,9 %
 - Personnes de 15 ans et plus jamais scolarisées ou scolarisées jusqu'en primaire ou jusqu'au collège sans diplôme en 2006 : 9,9 %

- Chômage parmi les actifs en 2010 : 7,7 %

- Revenu fiscal médian par unité de consommation en 2007 : 23.671 € (moyenne régionale : 20.575 €)
 - Ménages dont au moins 75 % des ressources viennent des prestations des Caisses d'allocations familiales en 2008 : 4,8 % (moyenne régionale : 6,1 %)
 - Enfants de moins de 20 ans vivant dans un ménage à bas revenus (moins de 903 euros par unité de consommation) en 2006 : 15,0 %

- Bénéficiaires de la CMU-C en 2009 : 4,0 %

- Nombre de bénéficiaires (assurés et ayants droits) de l'AME en 2008 : 8.814

- Part des habitants vivant dans des Zones urbaines sensibles (ZUS) en 2006 : 10,8 % (moyenne régionale : 11,0 %) ⁶.

⁶ Source : ORS Ile-de-France, octobre 2010.

La carte ci-dessous du département des Hauts-de-Seine permet de situer les diverses communes dont il est fait mention dans les différentes parties de ce travail écrit.

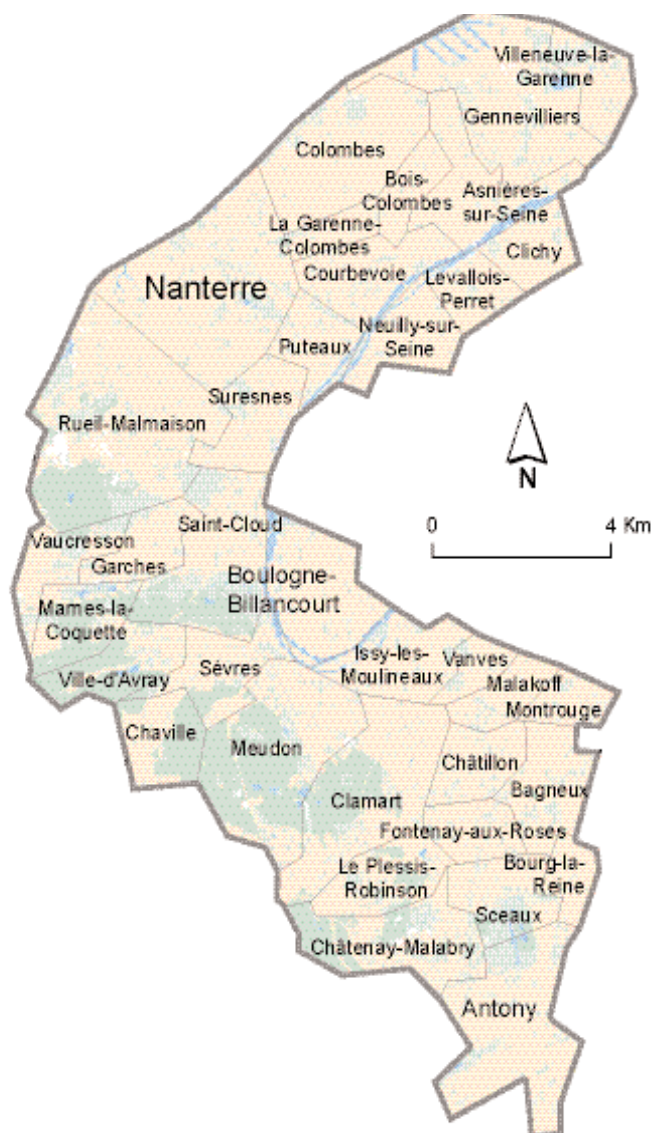
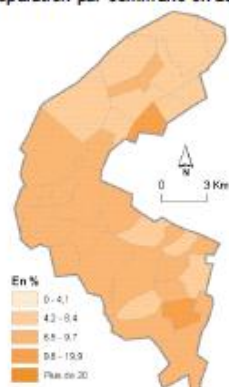


Schéma n°2 : carte géographique des Hauts-de-Seine avec ses communes
 (Source : Google map)

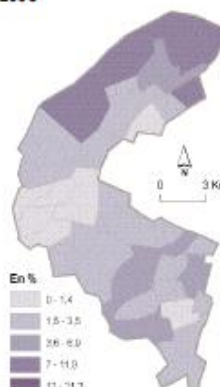
Disparités sociales et territoriales

Pourcentage de personnes âgées de 75 ans ou plus parmi la population par commune en 2007



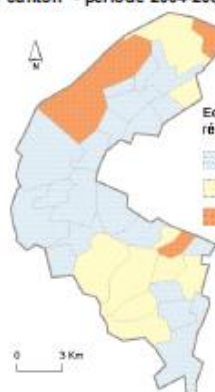
Source : Insee, recensement de la population

Part des bénéficiaires de la CMUC par commune au 31 décembre 2008

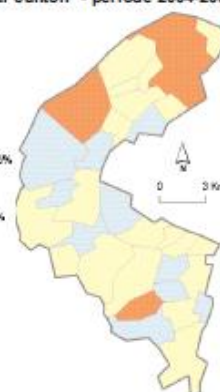


Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee

Niveau de mortalité prématurée (< 65 ans) chez les hommes par canton* - période 2004-2007



Niveau de mortalité prématurée (< 65 ans) chez les femmes par canton* - période 2004-2007



Ecart par rapport à la moyenne régionale (Test du Chi2)

- Sous-mortalité significative au seuil de 5%
- Ecart non significatif au seuil de 5%
- Sur-mortalité significative au seuil de 5%

Schéma n° 3 : Disparités sociales et territoriales dans le département des Hauts-de-Seine (ORS Ile-de-France, octobre 2010)

Sources : Inserm CepiDc, Insee, exploitation ORS Ile-de-France

Au regard des quatre cartes ci-dessus, on s'aperçoit des disparités significatives sur les différentes communes du département des Hauts-de-Seine. En effet, au niveau la boucle nord du département, on peut noter que le nombre de bénéficiaires de la CMU-C est bien plus important, la mortalité prématurée plus marquée (femmes et hommes), et que le nord a une population beaucoup plus jeune (le pourcentage des personnes âgées de plus de 75 ans est plus important dans le centre et le sud du département).

3.2 Les organismes et acteurs impliqués localement auprès des populations précaires

Dans le nord du département des Hauts de Seine, les différents acteurs interrogés interviennent au niveau de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

- a) Les professionnels de santé : les trois médecins généralistes interrogés pratiquent le tiers-payant pour tous les patients ayant des difficultés de prise en charge financière et acceptent sans distinction toutes les personnes ayant la CMU, CMU-C et AME. De même, le cabinet infirmier dont l'infirmière interrogée fait partie accepte tous les patients avec la CMU et l'AME.

- b) L'ARèS 92, le réseau de santé pour l'accès aux soins :
 - Le réseau de santé ARèS 92 s'adresse à des personnes ayant une difficulté d'accès aux soins, voire une exclusion du système de soins et/ou une situation clinique nécessitant une prise en charge multi-partenariale.
 - Le réseau couvre les 10 communes de la boucle Nord des Hauts-de-Seine (Asnières, Bois-Colombes, Clichy, Colombes, Courbevoie, Gennevilliers, La Garenne-Colombes, Levallois-Perret, Nanterre et Villeneuve la Garenne ce qui correspond au territoire de santé 92 (hormis Neuilly)).
 - Il regroupe des professionnels des champs sanitaires et sociaux, mais également des établissements hospitaliers, des centres de soins, des associations.

- c) Le Secours Catholique, délégation départementale du 92 réseau « migrants » et réseau « errance » :
 - Il accompagne toutes les personnes en difficulté (familles, demandeurs d'emploi ou de logement, personnes sans domicile, migrants, jeunes.....) en créant des espaces de rencontres favorisant le lien social et l'entraide sous toutes ses formes. L'accompagnement global des migrants est renforcé par le volet juridique et le recours au contentieux pour le respect de leurs droits.

- Leur action se situe sur le long terme pour apprendre aux personnes à devenir autonomes. Cet accompagnement va des cours d'alphabétisation à l'aide dans les démarches administratives en tout genre: logement, emploi, papiers administratifs, en passant par l'écoute et le soutien moral en vue d'une démarche institutionnelle.
- Le Secours Catholique est agréé par la préfecture des Hauts-de-Seine pour procurer aux personnes sans-domicile fixe une adresse postale pour une domiciliation ; à Colombes, au centre Dom' Asile, il domicilie environ 500 personnes.

d) L'Ordre de Malte France assurant une réponse médicale pour les personnes sans domicile fixe par le Samu social médicalisé :

C'est une organisation caritative dont les actions couvrent les multiples aspects de la fragilité humaine : sociale, physique et psychologique.

L'Ordre de Malte France mobilise ses ressources et ses compétences dans :

- La Solidarité : en s'engageant dans l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de précarité (sans-abri ou en réinsertion) et des personnes déboutées de leur demande de droit d'asile et dans l'assistance juridique des personnes retenues dans des Centres de Rétention Administrative.
- Les Secours : en inscrivant son action dans l'ensemble de la chaîne des secours, depuis la formation des professionnels et des bénévoles jusqu'aux interventions sur le terrain. A l'international, il intervient dans des missions d'urgence liées aux grandes catastrophes naturelles ou humanitaires.
- La Santé : l'Ordre de Malte France gère des établissements médico-sociaux et hospitaliers qui font référence en France comme dans les régions les plus pauvres du monde, notamment dans les domaines du handicap, de l'autisme, de l'âge et de la dépendance (notamment Alzheimer), de la mère et de l'enfant (Maternités), de la lutte contre les grandes endémies.
- Les Formations : il développe, en France et à l'international, des programmes de formations d'ambulancier, au secourisme et à la prévention des risques et des formations médico-sociales.

e) Le CCAS en charge du centre d'hébergement d'urgence « Le Havre » d'Asnières.

- Ces professionnels du social, attachés au CCAS, sont en charge du Centre d'hébergement d'urgence « Le Havre » à Asnières qui a été créé en 1995 à partir

d'une volonté collective de plusieurs associations et de la municipalité, qui avaient alertés la municipalité des difficultés des personnes sans-abris.

Les locaux appartiennent à la municipalité d'Asnières qui les met à disposition et le CHU est géré directement par le CCAS.

- Le CHU ouvert en période hivernale, d'octobre à mars, accueil des hommes et des femmes en situation de grande précarité : 10 places pour personnes isolées (mixité : 6 hommes et 4 femmes) dont 6 places pour le 115 (dispositif d'urgence) et 4 places en direct en partenariat avec la Maison de la Solidarité de Gennevilliers (centre d'accueil de jour pour les personnes sans domicile).

3.3 Synthèse des données recueillies auprès des acteurs de terrain

Pour une meilleure lisibilité des données recueillies lors des entretiens et en faciliter la lecture, un listing des principaux thèmes a été dressé en vue d'une synthèse qui permettra de faire une analyse plus approfondie sur ces données.

Par ailleurs, vous retrouverez toutes les retranscriptions des entretiens réalisés auprès des différents acteurs de terrain dans l'annexe 8.

Population rencontrée dans la patientèle des professionnels de santé:

- Une forte population immigrée, d'origines diverses: marocaine, algérienne, d'Afrique noire ;
- Les populations précaires sont représentées par des hommes seuls immigrés, des personnes sans papiers, des familles monoparentales et femmes seules vivant dans les hôtels sociaux et des jeunes femmes en couple ; population précaire aussi chez les personnes âgées immigrées vivant depuis plus de 30-40 ans en France et dont les conjointes sont venues bien après (ne comprennent pas le français) ;
- 50% environ ont la CMU, CMU-C ;
- Entre 5% et 20% ont l'AME ;
- Précarité essentiellement financière et sociale ;

Population rencontrée des acteurs du champ social et associatif

- Des personnes sans domicile ;
- Des personnes en difficultés financières ;

- Des personnes ayant aucune protection sociale : migrants de diverses origines ;
- Des femmes seules ou avec enfants sans ressources ;
- Des jeunes en rupture familiale et social sans travail ;

Besoins identifiés en termes de prévention:

- Alimentation (diabète)
- Au niveau psychologique (dépression, détresse sociale, pathologies psychiatrique non décelées)
- Addictions comme l'alcoolisme, la consommation de médicaments et la toxicomanie chez les jeunes
- Enfants déscolarisés
- Violences conjugales subies par les femmes et maltraitance sur les petites filles
- Orientation vers les spécialistes (demandes exprimées par les patients)
- Education au niveau de l'hygiène (corporelle et habitation)

Problèmes d'accès aux soins identifiés par les acteurs de terrain

- Patients avec AME: difficulté pour les professionnels de santé de se faire rembourser par la sécurité sociale (délai d'attente assez long) ;
- Patients n'ayant pas de mutuelle: c'est toujours une somme importante à déboursier pour ces personnes.
- Patients ayant une mutuelle qui ne fait pas le tiers-payant: souvent problématique car ils doivent faire l'avance des frais et se font rembourser qu'après.
- Manque de spécialistes sur la commune d'Asnières comme les dentistes, ophtalmologistes, kinés, gynécologues.
- Les personnes sans-papiers qui sont sur le territoire français depuis longtemps mais ne peuvent pas faire la preuve de présence car n'avaient pas de problème de santé jusqu'alors.
- L'absence de structures qui domicilient sur Asnières; les CCAS ne domicilient que les personnes en situation régulière.
- La pénurie de psychiatres;

- Les délais très long pour une consultation au CMP et qui ne se déplace pas à domicile; les consultations de psychologues ne sont pas remboursés par la sécurité sociale;
- La diminution des moyens des PMI sur Asnières et Gennevilliers: manque de médecins de PMI, pas de pédiatres (plus de bilans scolaires à la maternelle et les consultations PMI du 92 ne prennent les enfants que jusqu'à 18 mois au lieu de 2 ans); les équipes sont « saturées » et non renouvelées.

Propositions d'amélioration pour l'accès aux soins

- Mettre en place un « régime unique » CMU/AME sans avance de frais ; un seul dispositif pour la CMU et l'AME afin d'éviter les longueurs administratives et leur complexité;
- Faciliter le paiement des actes CMU/AME (médecins, paramédicaux, pharmacie) ;
- Ouvrir les droits à l'AME et la CMU pour 2 ans au minimum (au lieu d'un an comme actuellement) ; raccourcir les délais de réponse aux demandes de CMUC, AME ;
- Trouver des solutions pour les personnes qui sont à la limite du palier de la CMU-C
- Le remboursement à 100% de la sécurité sociale ;
- Mettre en place des maisons de santé avec médiateur de santé ;
- Faire des ateliers santé au niveau de la commune pour les précaires ;
- Aider à l'installation des professionnels de santé dans les quartiers sensibles par l'intermédiaire des mairies ;
- Faire des campagnes d'informations auprès des populations précaires ;
- Mettre en place une politique du logement active pour les personnes en situation de précarité car difficulté d'hébergement entraîne absence de soins.
- Augmenter l'enveloppe financière de l'ARS en faveur des actions pour l'accès aux soins et à la prévention des personnes précaires ;
- Redonner des subventions financières pour les PMI et pour l'accès aux soins par le Conseil Général 92.
- Dans les centres d'accueil d'urgence pour les personnes sans domicile fixe :
 - ⇒ Créer une permanence d'accès aux soins dans le centre d'hébergement pour les personnes en grande précarité

- ⇒ Ouvrir un « point santé » où un professionnel de santé pourrait orienter, conseiller sur les questions de santé des personnes venant au centre, faire de la prévention, des ateliers, etc.
- ⇒ Créer un affichage informatif simple et accessible pour tout ce qui concerne l'accès aux droits, aux soins, les vestiaires, les repas, etc.
- Un seul agrément pour la domiciliation au lieu de quatre comme à ce jour (un pour les gens du voyage, un pour les demandeurs d'asile, un pour l'AME et un pour le droit commun) ;
- Faire des permanences pour les soins et les droits sociaux (ensemble)
- Pour les permanences plus importantes, mettre en place un « point santé » où les personnes pourraient avoir des orientations, conseils et prévention sanitaires;
- Obliger tous les CCAS à faire des domiciliations et augmenter le nombre d'associations ayant les agréments de domiciliation sur le territoire pour un juste équilibre entre chaque commune;
- Améliorer la prévention par la mise en place d'ateliers ou réunions d'information sur des thématiques comme le « système de santé français », « comment voir un médecin », « comment ouvrir ces droits », qui sont les interlocuteurs, etc.
- Faire un groupe de parole pour les mamans autour de thématiques (contraception, l'enfant) afin qu'elles puissent s'exprimer, raconter leur propre histoire, leurs représentations autour de la maternité, de la relation avec leur bébé.

3.4 Les freins à l'accès aux soins et à la prévention

Au regard de tous les éléments recueillis auprès des acteurs de terrain lors des entretiens, il m'apparaît essentiel de se centrer sur les quelques problématiques qui font obstacle à l'accès aux soins et à la prévention pour les personnes en situation de précarité.

3.4.1 La couverture sociale et l'ouverture de droit

Pour la plupart des acteurs interrogés, la couverture sociale et les modalités d'accès à l'ouverture des droits posent un réel problème en termes d'accessibilité aux soins et à la prévention. Tous sont unanimes pour qu'il y ait une « réforme » de la CMU et de l'AME

afin de faciliter l'accès aux soins. En effet, la procédure de renouvellement annuel et d'accès à ce droit met en difficulté les personnes en situation de précarité.

Les dispositifs comme la couverture maladie universelle (CMU) instaurée par la loi du 27 juillet 1999 et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation précaire. Or, il semble insuffisant puisqu'on trouve des situations de difficultés d'accès aux soins pour ces personnes encore aujourd'hui.

« L'une des principales ombres au bilan de la CMU est le phénomène des refus de soins. Selon un rapport publié début juillet par le Fonds CMU, un quart des médecins et dentistes installés à Paris refusent de recevoir des bénéficiaires de la CMU-C, déplorant notamment d'être obligés de leur appliquer les tarifs de base de la Sécurité sociale. »⁷

En matière d'accès aux soins, des obstacles financiers persistent, les personnes interrogées reconnaissent que nombre de personnes renoncent aux soins faute de moyens financiers.

En 2008, 15 % des personnes adultes de 18 ans ou plus déclaraient avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Les renoncements sont toujours concentrés sur un nombre limité de soins, ceux pour lesquels les dépenses restant à la charge du ménage sont les plus importantes. Ainsi, 47 % des renoncements concernent la santé bucco-dentaire, 18 % l'optique et 12 % les soins de spécialistes. Ce renoncement est plus fréquent pour les femmes (18 %) que pour les hommes (12 %). L'absence de couverture complémentaire est le facteur principal du renoncement.

Dans un article de la revue « Pratiques », le Dr LALANDE interroge un médecin dermatologue en secteur 1 qui tient ces propos :

« Les personnes qui ont l'AME ont la double peine. Non seulement les médecins ne veulent pas les voir, car ils ont des difficultés pour se faire payer par la Sécurité Sociale, en plus l'acte pour eux est compté à 23 euros ou 25 euros selon le secteur d'activité, car il n'est pas prévu qu'ils aient un médecin traitant. Donc, dans le système actuel, ils sont forcément défavorisés. Je vois de plus en plus de patients qui ont l'AME. Les gens sont de plus en plus pauvres et comme ils ont attendu longtemps, ils viennent pour de multiples raisons et je n'ai pas le temps de tout faire pour eux. »⁸

⁷ LEVEQUE E. « La CMU fête ses 10 ans: quel bilan ? », Article de l'Expansion publié le 07/09/2009

⁸ Dr LALANDE M., « Double peine », dossier : déserts médicaux, où est le problème ?, revue Pratiques,

Ce témoignage nous montre combien le renoncement aux soins et les difficultés d'accès aux soins par discrimination médicale sont encore bien présents sur certains territoires comme dans ces communes du nord des Hauts-de-Seine.

Les changements dans les tarifs et les remboursements des soins risquent de recréer des barrières financières : augmentation de la part des soins restant à la charge des assurés, généralisation de dépassements d'honoraires non couverts, augmentation du coût de la couverture complémentaire.

Les circuits d'accès, l'orientation des malades ainsi que leur prise en charge pourraient révéler d'authentiques discriminations - selon, par exemple, l'appartenance ethnique des personnes, leur situation sociale, leur couverture maladie, ou certaines de leurs pratiques ou habitudes de vie. Elles ont été montrées pour ce qui concerne la CMU notamment dans le refus de certains médecins de recevoir des patients ayant la CMU ou l'AME.

En janvier 2009, une enquête appuyée par l'IRDES pour le fonds CMU, réalisée par testing à Paris, observe des taux de refus de rendez-vous de 32% pour les dentistes, 19% pour les généralistes (9% en secteur 1 et 33% en secteur 2), 28% pour les ophtalmologistes (9% en secteur 1 et 31% en secteur 2) ; 38% pour les gynécologues (17% en secteur 1 et 40% en secteur 2).

En mai 2009, une nouvelle enquête de testing réalisée par le CISS, la FNATH et l'UNAF auprès des spécialistes de secteur 2 dans plusieurs villes de France montre que 22% d'entre eux refusent les soins aux bénéficiaires de la CMU-C (jusqu'à 50% à Paris) : notamment 16% des ophtalmologistes et des dermatologues et 41% des psychiatres.

Dès 2006, la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité (HALDE) a confirmé le caractère discriminatoire des refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C⁹.

N° 60, Janvier 2013, p. 27

⁹ Rapport du Haut Comité à la Santé Publique, « Les inégalités sociales : sortir de la fatalité ». Paris: HCSP, 2009: p.101

L'accès aux soins doit être facilité pour les personnes en situation de précarité financière et sociale. Il est important de permettre un accès aux soins d'urgence aux personnes qui ne bénéficient pas de la CMU, ce que fait le réseau de santé ARÈS 92 avec les différents professionnels adhérents du champ médical et social.

Les experts s'inquiètent également pour l'accès aux soins des personnes qui sont juste au-dessus du seuil de ressources qui ne leur permet pas d'accéder à la CMU-C.

Le fait que certains médecins n'acceptent pas les patients couverts par la CMU réduit l'offre sanitaire pour ces populations en difficulté.

Le temps d'attente trop élevé pour obtenir un rendez-vous chez un médecin spécialiste ou dans une structure spécialisée comme le CMP ne facilite pas l'accès aux soins des personnes préoccupées par la nécessité d'assurer leurs besoins vitaux au jour le jour.

3.4.2 Des inégalités territoriales

Au regard des données recueillies auprès des acteurs de terrain, il apparaît clairement que le lieu de « résidence » des personnes en situation de précarité, les communes recevant de nombreux migrants et les zones urbaines sensibles comme ceux d'Asnières montrent un lien entre les déterminants sociaux de santé et le territoire de vie des personnes. Les pathologies majoritairement rencontrées dans ces quartiers sont en outre le diabète avec l'hypertension artérielle, l'obésité, et des addictions comme l'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie.

La mise en évidence de l'influence de l'environnement physique mais aussi social du lieu de résidence sur la santé, compte parmi les acquis de la recherche en épidémiologie.

De nombreuses études ont ainsi montré l'existence de liens étroits entre la dégradation de l'environnement socioéconomique et la survenue de diverses maladies, par exemple cardiovasculaires, états de santé comme l'obésité ou comportements comme le tabagisme.

Certains auteurs ont mis en exergue le fait que l'étude des effets du contexte local du lieu d'habitation d'une population constitue un moyen d'investigation pour définir les déterminants sociaux de la santé.

D'un point de vue de santé publique, si l'on montre que des phénomènes de santé sont particulièrement liés au contexte local de résidence, il peut s'avérer efficace de faire varier les programmes de santé mis en œuvre en intensité ou en nature d'un quartier à l'autre. L'importance du contexte ainsi mis en évidence appelle des interventions sur les structures et l'aménagement des territoires destinées à faciliter certains comportements. Par exemple,

une activité physique régulière n'est possible que s'il existe des équipements sportifs ou un environnement sûr et non dangereux.

La proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire dans la clientèle des médecins généralistes, spécialistes ou dentistes, varie fortement d'un praticien à l'autre.

En dehors de la répartition des bénéficiaires de la CMU-C sur le territoire, cette variabilité s'explique en partie par le niveau de revenu moyen des communes.

On constate ainsi une « spécialisation » relative des médecins des communes les plus défavorisées, celles-ci attirant les bénéficiaires CMU-C des communes avoisinantes plus riches. Ce qui est le cas pour les communes du nord de la boucle du 92 dont Colombes et Gennevilliers.

Concernant la population des migrants, les estimations effectuées par l'INSEE en France métropolitaine au 1er janvier 2005 sont les suivantes :

- Immigrés : 4 959 000 personnes, soit 8,1 % de la population, les étrangers en situation irrégulière non compris.
- Étrangers : 3 501 000 personnes, soit 5,7 % de la population.

Les communes d'Asnières, Gennevilliers, Colombes, etc., (nord du département des Hauts-de-Seine) où ont été réalisés les entretiens sont majoritairement à fortes populations immigrées. Or, les migrants constituent une population d'une grande hétérogénéité, de par leurs origines géographiques, les motifs et circonstances de l'immigration, leurs revenus, la durée de résidence en France et le statut. Cette population est cependant globalement plus exposée à la précarité que le reste de la population. Ainsi, en 2001, les ménages immigrés perçoivent des revenus inférieurs de 32% à ceux des ménages non immigrés, toutes catégories socioprofessionnelles confondues.

Le niveau de vie des ménages immigrés est de 26 % en moyenne inférieur à celui des ménages non immigrés.

Par ailleurs, les immigrés sont plus souvent que les autres exposés au chômage. Ces situations sont majorées en cas de séjour irrégulier.

Les populations migrantes vivent fréquemment en situation de précarité ou d'exclusion, et sont ainsi particulièrement exposées aux conséquences des inégalités sociales de santé.

Les immigrés en situation irrégulière sont difficilement quantifiables. En juin 1998, le rapport de la commission d'enquête du Sénat sur les régularisations d'étrangers en situation irrégulière estimait leur nombre entre 350 000 et 400 000.

Les conditions de logement sont globalement moins favorables que pour la population française. Ils sont moins nombreux à accéder à la propriété, plus nombreux à être locataires d'un logement social, et se trouvent plus souvent en état de sur-occupation.

La vulnérabilité liée à la migration se manifeste sous différentes formes comme :

- la non-maîtrise de la langue qui représente un obstacle à l'intégration en général, et en termes de santé un frein notamment à l'accès à l'information et aux services de soins ;
- l'adaptation à un nouvel environnement qui engendre des difficultés d'ordre administratif, social, de logement, d'alimentation ;
- les représentations de la santé dont les spécificités culturelles sur les maladies, la mort, la sexualité, imposent de tenir compte de ces représentations pour développer des démarches de prévention et d'éducation à la santé ;
- les relations interculturelles avec les professionnels pour lesquelles les différences de représentation culturelles peuvent entraîner des problèmes de communication, donnant aussi des difficultés dans les diagnostics et des prises en charge.

La difficulté à l'accès aux soins va se traduire par des difficultés au niveau administratif, liées à la complexité de la réglementation et du système de santé, mais aussi au niveau juridique, liées au statut des personnes et des complications liées aux services de santé eux-mêmes (problème d'interprétariat).

On peut citer un article du Dr LALANDE à propos des inégalités territoriales :

« Gennevilliers est classé dans les déserts médicaux selon l'ARS, alors qu'il y a eu sept jeunes médecins qui se sont installés depuis cinq ans dans un cabinet de groupe, contre deux départs en retraite, et un centre de santé municipal attrayant pour les médecins et enfin des étudiants en médecine qui se succèdent pour les stages. De plus, il y a un pôle de santé universitaire qui regroupent plusieurs cabinets et paramédicaux. A côté, une autre ville, Villeneuve-la-Garenne qui ne bénéficie pas de la politique d'une mairie communiste

et où les habitants sont encore plus pauvres, est bien plus déshéritée : médecins vieillissants dont un grand nombre va partir à la retraite, fuite des spécialistes (dermatologues et pédiatres sont partis dans d'autres communes plus riches, ORL à la retraite non remplacé), transformation d'un hôpital local qui faisait des urgences et tente de conserver quelques consultations spécialisées, un centre de la Croix-Rouge pas très bien équipé, très peu d'infirmières et de kinés (...).

De même, limitrophe mais dans un autre département (93), l'Ile Saint-Denis avec 8000 habitants et plus un seul cabinet, voit tous ces médecins partir à la retraite. Heureusement un chef de clinique de médecine générale remonte une activité avec de jeunes médecins, seule perspective de survie d'une offre de soins de premier recours sur une île qui ne compte aucun spécialiste ni centre de santé. Où est l'erreur ? (...) »¹⁰

3.4.3 Le logement : un problème qui demeure, contribuant aux inégalités de santé

Les statistiques publiques appréhendent difficilement la grande exclusion, notamment lorsque les personnes concernées sont sans domicile ou n'ont pas recours aux prestations sociales, ou encore parce qu'elles sont en situation irrégulière sur le territoire.

Dans la seconde moitié des années 2000, l'INSEE dénombrait 133 000 personnes sans domicile: 33 000 en très grande difficulté (entre la rue et les dispositifs d'accueil d'urgence), 100 000 accueillies pour des durées plus longues dans des établissements sociaux.

Plusieurs études pointent des changements profonds du profil de cette population. Les jeunes et les femmes avec enfant représentent une part croissante des personnes identifiées par les associations. Selon le Secours Catholique, la part des femmes entre 26 et 59 ans accueillies dans ses centres est passée d'un tiers en 2009 à la moitié en 2010, et la part des jeunes femmes entre 18 et 25 ans est supérieure à celle des jeunes hommes. Les travaux de l'Observatoire du Samu social de Paris montrent, par ailleurs, que pour la première fois en 2010, le nombre de familles a dépassé les personnes isolées parmi celles hébergées, ce qui pose la question de l'adéquation du dispositif d'hébergement à ces nouvelles populations.¹¹

¹⁰ Dr LALANDE M., « Ile déserte », dossier : déserts médicaux : où est le problème ?, revue *Pratiques*, N°60, p.13

¹¹ ONPES, « Crise économique, marché du travail et pauvreté », Rapport 2011-2012

De même, l'association de l'Ordre de Malte France fait le constat, dans leur rapport d'activité de 2012, de la féminisation de la population des sans-abris dont des femmes avec parfois de très jeunes enfants. Il leur paraît important de favoriser la multiplication d'accueil pour femmes et enfants sur le territoire¹².

Des solutions provisoires d'hébergement existent pour les personnes sans domicile sur le département des Hauts-de-Seine, encore que le nombre de places reste insuffisant au regard du nombre de personnes vivant encore dans les rues.

On peut citer la péniche « le Fleuron Saint-Michel », 30 places, ouvert depuis 2008 sur les quais d'Asnières, qui a vocation d'accueillir des personnes pour l'hébergement en l'accompagnant vers une réinsertion professionnelle et le logement autonome.

Le Centre d'hébergement d'urgence « Le Havre » géré par le CCAS d'Asnières ne compte que 10 places, en autorisant des séjours de quinze jours renouvelables si les personnes sont en mesure de suivre une démarche de réinsertion sociale.

Ce centre ouvert qu'en période hivernale va bientôt pouvoir rester ouvert à l'année à partir de 2014 si le projet se maintient. L'accueil de jour fait partie de leurs activités également favorisant les démarches administratives vers le droit commun pour ceux qui le demandent.

Il existe d'autres structures d'accueil pour les personnes sans domicile, toutefois cela ne résout pas le problème du logement. La précarité entraîne une difficulté à trouver un logement décent et non onéreux, mettant les personnes à la rue et donc dans des conditions de vie nocives à leur santé. Les associations telles que le Secours Catholique, la Croix-Rouge ou l'ordre de Malte France du département 92 constatent de plus en plus de personnes se retrouvant dans la rue n'ayant plus de carte vitale, ni de papiers car elles les ont perdu ou se les ont fait voler. De même, de plus en plus de migrants avec ou sans-papiers se retrouvent dans la rue faute de places en CADA ou pas éligible pour le CADA.

Toutes ces personnes ont besoin d'une domiciliation pour recevoir leur courrier et de bénéficier de leurs droits (minimas sociaux, couverture maladie, logement social). Or, une enquête réalisée en 2011-2012 par le Secours Catholique sur les critères de domiciliation des CCAS des Hauts-de-Seine a montré des résultats assez parlant sur les disparités entre

¹² Ordre de Malte France, rapport d'activité 2012.

les CCAS des différentes communes du département qui ont l'obligation légale de domicilier. Ils « préfèrent » orienter les personnes demandant la domiciliation vers les associations telles que le Secours catholique, Dom' Asile, la Croix-Rouge, en les laissant assumer la majorité des domiciliations du département.

Il a été constaté également que les demandeurs d'asile ou les personnes en situation irrégulière sont les grandes exclues de la domiciliation dans les CCAS, quand bien même ceux-ci sont habilités à les domicilier¹³.

Les propos de l'animatrice du réseau « errance » du Secours catholique nous montrent combien le problème de la domiciliation reste entier et participe à la difficulté d'accès aux soins et à la prévention :

« Les gens viennent, nous les recevons, ils passent un entretien. Ensuite, il y a une commission informelle qui se réunit et nous rendons notre avis. Les demandes de dossiers explosent et c'est pire pour les demandeurs d'asile. L'association Dom' Asile traite 700 dossiers, ils sont obligés de donner des rendez-vous jusqu'en mai 2012.

Quelles sont les raisons qui expliquent cette situation?

Les centres communaux d'action sociale (CCAS) exigent de plus en plus de critères pour domicilier les demandeurs : être né dans la ville, y avoir travaillé, avoir des enfants scolarisés... Les critères sont tellement cumulatifs que beaucoup de SDF sont exclus de la domiciliation. A la Rampe, nous sommes plus souples, mais ce n'est pas à nous de faire le travail de l'Etat. On demande aux bénévoles de remplacer les travailleurs sociaux. Nous avons donc dû imposer nos propres critères.

Lesquels?

Nous ne domicilions pas les gens du voyage, les sans-papiers. Nous faisons déjà face à une telle affluence que nous serions totalement débordés si on acceptait tous les cas. On pourrait passer à la solution extrême et arrêter totalement la domiciliation. C'est ce que nous avons fait à une époque. Pendant deux ans, nous avons arrêté de domicilier, car on était accablés par les demandes. Nous avons repris il y a un peu moins de deux ans et, au départ, au compte-gouttes.»¹⁴

¹³ Secours catholique, délégation des Hauts-de-Seine, « Etat des lieux de la domiciliation dans les CCAS des Hauts-de-Seine », enquête réalisée entre novembre 2011 et novembre 2012.

¹⁴ VIDAL A. animatrice réseau « errance » au Secours catholique « Les demandes de dossier explosent » article journal Le Parisien du 22/11/2011.

En 2007, la loi DALO¹⁵ a posé un cadre juridique clarifiant le droit à la domiciliation. Les mairies sont en charge de l'application de ce dispositif ainsi qu'un certain nombre d'associations agréées par la Préfecture.

3.5 Les besoins identifiés en termes de prévention des personnes en situation de précarité

Il faut faire la distinction entre les populations défavorisées ayant un logement dans les quartiers sensibles de type ZUS avec une majorité d'origine étrangère et ayant la CMU, l'AME selon les cas et les personnes en très grande situation de précarité n'ayant aucun logement, sans domicile fixe, errant dans la rue ou dans les centres d'accueil d'urgence.

Pour le second cas, les conditions de vie très précaires, les pratiques à risque et les difficultés d'accès aux soins se cumulent pour dégrader la santé des personnes sans domicile fixe.

Le médecin de l'Ordre de Malte France témoigne dans son rapport d'activité 2012 du fait que compte-tenu de l'état d'hygiène catastrophique, les pathologies classiques sont aggravés par la rue et l'humidité. Les plus démunies, même bénéficiaires de la CMU n'osent pas consulter dans un cabinet médical et très rarement à l'hôpital où elles sont le plus souvent mal accueillies et la plupart du temps mal venues dans les établissements médicaux. De plus, ces personnes dans la rue perdent très rapidement leurs papiers.

Les principales pathologies rencontrées sont représentatives de l'état de santé des patients dans la grande précarité : psychiatrie (21%), dermatologie (13%), traumatologie (13%), ORL (10%), gastroentérologie (8%), rhumatologie (8%), pneumologie (8%), cardiologie (6%)¹⁶

Les problèmes de santé surviennent plus précocement et de façon plus marquée au sein des populations socialement défavorisées, d'autant plus qu'elles ont un accès difficile à l'information.

¹⁵ Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale et liens vers les décrets d'application.

¹⁶ Rapport d'activité 2012, Ordre de Malte France, délégation des Hauts-de-Seine.

L'association de l'Ordre de Malte France a créé le Samu social médicalisé depuis quinze ans, sous la forme d'un cabinet médical ambulancier sillonnant les Hauts-de-Seine, tous les mardis soir de l'année, pour soigner en moyenne six personnes sans abris. Intégré au dispositif du « 115 », il fonctionne en complément du Samu social et du 115.

De même, l'Ordre de Malte France a développé des consultations dans cinq centres d'accueil qui se situent dans le centre du département 92. Elles permettent, selon le médecin responsable, le suivi régulier des patients et la mise en œuvre de dispositifs de dépistage et de prévention. Ces rendez-vous contribuent également à la resocialisation des personnes sans abri.

Les problématiques de santé les plus fréquemment rencontrées des personnes en situation de précarité signalées par les autres professionnels de santé interrogés sont les suivantes :

- Problèmes psychiatriques et psychologiques existant avant ou à cause de la situation de précarité ;
- Problèmes dentaires, ophtalmologiques ;
- Carences alimentaires, surpoids;
- Addiction (alcoolisme, drogue).

Les besoins identifiés en matière de prévention se situent essentiellement au niveau :

- de la santé mentale (dépression, détresse sociale, pathologies psychiatriques non décelées) ;
- des addictions comme l'alcoolisme, la consommation de médicaments et la toxicomanie chez les jeunes
- des enfants déscolarisés
- de la violence conjugale et maltraitance sur les petites filles
- de l'éducation et prévention sur l'alimentation (diabétiques)
- de l'orientation vers les spécialistes (demandes exprimées par les patients)
- de l'éducation au niveau de l'hygiène (corporelle et habitation)
- de la contraception ;

Les bénévoles du Secours Catholique envoient les personnes en situation de précarité, ayant besoin de soins vers ces centres d'accueil où un médecin bénévole l'Ordre de Malte consulte une fois par semaine dans chaque centre, ces personnes n'ayant pas la possibilité de consulter à l'hôpital (car pas urgent) ou en cabinet médical (car pas couverture sociale ou de ressources financières).

De leur côté, les médecins généralistes interrogés sur Asnières et Gennevilliers ont trouvé la solution avec le réseau de santé ARÈS 92 pour permettre à ces personnes d'avoir une consultation en attendant une « régularisation » administrative.

Les professionnels du social en charge du centre d'hébergement d'urgence d'Asnières n'ont pas d'autres recours que de « conseiller » aux personnes ayant besoin de soins d'aller à l'hôpital car ils ne connaissent pas les autres structures pouvant aider ces personnes sur le plan sanitaire.

En prenant les témoignages de ces différents acteurs de terrain confrontés aux difficultés d'orienter les personnes en situation de grande précarité vers un accès aux soins, il apparaît clairement qu'il existe un isolement des professionnels sur le terrain, une sectorisation des prises en charge sociale et sanitaire et un défaut de transmission des données entre les professionnels investis dans des prises en charge parallèles.

Le manque d'articulation entre les dispositifs, les structures, les professionnels libéraux et hospitaliers est particulièrement souligné. Les professionnels se décrivent comme parfois ou souvent isolés en termes de suivi des personnes prises en charge, de collaboration et de partenariat. Ils mettent en évidence un défaut de communication sur les dispositifs en place et la nécessité de disposer d'outils pour bien orienter les personnes prises en charge.

Des outils de recensement des ressources du territoire régulièrement actualisés sont nécessaires, mais aussi une meilleure connaissance transversale des acteurs des dispositifs et structures en place. L'ARÈS a commencé d'élaborer un annuaire sur le département 92 des différents dispositifs et structures pour les professionnels et acteurs de terrain permettant d'orienter les personnes ayant besoin de soins, quelle que soit la spécialité sanitaire.

3.6 Les PMI des Hauts-de-Seine

Au cours de l'entretien, les personnes interrogées du réseau de santé ARÈS 92 ont soulevé un problème important concernant les PMI du département des Hauts-de-Seine :

- « diminution des moyens des PMI à Asnières et Gennevilliers, plus de médecins pas de pédiatres ; postes vacants de médecins, on ne fait plus les bilans scolaires à la maternelle ».
- dans les Hauts-de-Seine, les consultations PMI prennent les enfants que jusqu'à 18 mois alors qu'habituellement c'est jusqu'à 6 ans.
- Les équipes PMI sont saturé, elles ne sont pas renouvelées » ;

Elles ont le sentiment que le « Conseil Général ne veut plus s'occuper de la santé alors que cela fait partie de leurs missions, c'est une obligation pour le CG et non un choix ! »

« En PMI, ce n'est pas la même mission que d'aller chez le médecin généraliste : il y a une psychologue ; problématique sur tout le département 92 par rapport à la PMI »¹⁷.

L'article L.2112-2 du code de la santé publique stipule que le service de PMI des conseils généraux "doit organiser des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle".

Le bilan de santé est effectué en général sur les enfants âgés de 4 ans, le bilan s'effectue à l'école maternelle et est pratiqué par les services de la Protection Maternelle Infantile. Il permet de dépister de bonne heure des troubles de vue, d'audition ou encore des soucis de surpoids. Ce bilan permet de surveiller le développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage des anomalies ou déficiences, et la pratique de vaccinations.

Les médecins ou les infirmières puéricultrice de la PMI effectuent :

- des tests de vue
- des tests d'audition
- des tests de psychomotricité
- des tests d'acquisition du langage

¹⁷ Cf. annex8 : retranscription de l'entretien avec les personnes du réseau de santé ARÈS 92

- un dépistage de l'obésité
- une vérification des vaccins grâce au carnet de santé.

Lorsqu'un trouble est détecté, les parents sont informés et orientés. Par exemple :

- un ophtalmologiste est proposé pour une baisse de vision;
- une puéricultrice effectue un test de langage : ERTL4¹⁸ lorsqu'une difficulté dans le langage est détectée ;
- une infirmière accompagne les parents pour étudier la source du problème si l'enfant présente des troubles de l'obésité;
- une orientation vers les services de la PMI est proposée pour tout autre problème.

La PMI propose aux parents d'un enfant de moins de 6 ans d'effectuer des consultations médicales avec des médecins et des puéricultrices. Ces prestations peuvent être effectuées au domicile ou dans le centre de la PMI.

Les professionnels de santé assurent, dans les centres de la PMI ou à domicile, des consultations pour les jeunes enfants. Les médecins et puéricultrice intervenant assure le suivi médical de l'enfant, ses vaccinations, ainsi que des conseils sur les soins à donner à l'enfant, son rythme de vie ou sur son alimentation. Enfin, les professionnels de la PMI renseignent également sur les structures d'accueil pour l'enfant (crèche, assistantes maternelles).

Une réunion de différents professionnels du sanitaire, du social et représentants associatifs organisée par les responsables du réseau ARÈS 92 a eu lieu le 5 juin 2013 pour informer et échanger autour de ce problème de diminution des moyens donnés aux PMI du département, conduisant à une absence de prise en charge préventive des très jeunes enfants entre 18 mois et 6 ans dont le suivi devrait être assuré par les PMI.

Une bonne franche de la population n'ont pas les « moyens » de faire suivre leurs enfants par d'autres professionnels que ceux des PMI, ce qui crée dès lors des inégalités de santé pour ces jeunes enfants qui n'auront pas la possibilité d'être accompagné par des professionnels de la santé en termes de prévention, comme cité plus haut.

Si la situation reste telle quelle, alors ces enfants risquent d'avoir des problèmes de santé plus tôt dès l'âge adulte.

¹⁸ ERTL4 : Epreuves de Repérage des Troubles du Langage chez les enfants de 4 ans.

Il existe des postes vacants de médecins PMI, mais aucun n'est recruté par le Conseil Général. Les professionnels en poste sont surchargés de travail et n'arrivent pas à assumer l'entière responsabilité des missions qui leurs sont dévolues. Les responsables du réseau ARÈS souhaitent porter ce problème à la connaissance du grand public par communiqué de presse (en cours à ce jour de la rédaction de ce mémoire).

3.7 Les problématiques de santé mentale des personnes en situation de précarité

Tous les acteurs de terrain interrogés expriment le problème récurrent de santé mentale des personnes en situation de précarité se traduisant par des syndromes dépressifs allant jusqu'à des troubles psychiatriques sévères, surtout pour les personnes vivant dans la rue, en errance depuis quelques années.

Les animatrices du Secours Catholiques soulignent le manque de moyens et de compétences pour prendre en charge ces personnes quand elles se présentent dans les permanences d'accueil. De même, les médecins généralistes se trouvent « démunis » face à des personnes ayant besoin d'une prise en charge psychologique, les consultations psychologues n'étant pas remboursées par la sécurité sociale. En faisant appel au réseau ARÈS, elles arrivent à obtenir des consultations pour « précaires » à 5 euros la consultation à raison d'un nombre limité de consultations dans l'année. Le « système D » reste insuffisant car les besoins sont importants au sein de ces populations défavorisées et vulnérables.

Le médecin responsable du Samu social médicalisé souligne ce problème de santé mentale rencontré chez les personnes dans la rue (représente 25% des pathologies rencontrées) lors des maraudes faites régulièrement dans les endroits où ils squattent, n'ayant plus aucun repère, ni conscience des « dégâts » causés par cette situation de précarité extrême.

Le Docteur Alain MERCUEL, responsable du service d'appui Santé mentale et exclusion sociale de l'hôpital Sainte-Anne, à Paris a écrit un ouvrage sur ce problème de santé

mentale chez les sans-abri¹⁹. Il dirige une unité d'accès aux soins psychiatriques pour les plus exclus : le SMES (santé mentale et exclusion sociale).

Dans son livre, ce médecin psychiatre engagé sur le terrain auprès des personnes sans domicile fixe, va à la rencontre de ces « habitants de nulle part », près de ceux qu'on ne veut pas voir.

Un « témoignage salubre pour changer le regard, comprendre les enjeux du soin psychique dans la rue et repenser un lien qu'on peut tisser même avec les plus cassés, les plus exclus, les plus fragilisés par leurs troubles ».

La question cruciale est : quel soin psychique peut-on apporter pour les sans-abri ?

« Vivre ou survivre. Le sous-titre du livre du Docteur MERCUEL consacré à la « souffrance psychique des sans-abri » ne comporte aucun point d'interrogation. Les naufragés du pavé, qui ont passé les fêtes sur des cartons de fortune ou dans des centres d'accueil, lui ont appris le sens de la ponctuation et de la formule. Quand la question ne se pose pas, ce n'est pas la peine de tergiverser.

La rencontre qui s'opère entre le monde des « sans » et le monde des « aidants » n'est pas de l'ordre du questionnement. Il faut y aller et se rappeler le mot de Freud : « au commencement était l'acte ».

« Il est plus facile de revendiquer la liberté pour soi même que de chercher à mettre la misère hors la loi ».

Le Dr MERCUEL n'a pas la prétention de vouloir changer le monde, mais il s'étonne encore que « tant d'hommes ou de femmes infirmiers, psychiatres, psychologues, persistent à ramer dans le domaine médical », et prennent soin, au sens littéral, de ces êtres « transis de vie », que sont les SDF, cette population informée de 300 000 personnes environ sur le territoire français, dont plus de 30% présentent des troubles psychiatriques.

Il faut y aller et ne pas craindre de se faire rembarrer. On ne demande pas à quelqu'un qui vous dit qu'il a glissé sur « une merde sociale » : comment ça va ? Non, à ceux qui sont sans toi ni loi, et ne peuvent s'exprimer qu'en hurlant ou sont dans un état de « psychose

¹⁹ Dr MERCUEL A., « Souffrance psychique des sans-abri : vivre ou survivre », éd. Odile Jacob, 2012

carcérale », dehors, mais dans une prison intérieure, il ne faut pas forcément vouloir les extraire de leur seul « chez soi ». Il faut d'abord créer un lien, un attachement, par une rencontre aussi imprévisible que perturbante pour l'équipe médicale.

Ni trop loin, ni trop près, pourrait être alors le fin mot de cette éthique du soin, qui prévient et anticipe, autant qu'elle protège, ceux et celles que nous croisons dans la rue, et qui sont nos frères humains. »²⁰

3.8 Les propositions d'amélioration pour faciliter l'accès aux soins des plus précaires

Le Centre d'Hébergement d'Urgence « Le Havre » reste ouvert²¹ : « Il aurait dû fermer ses portes le 2 avril 2013 au matin. Pour la première fois, le Centre d'Hébergement d'Urgence (CHU) Le Havre restera ouvert jusqu'à la fin du mois de juin ». Un soulagement pour les personnes en grande difficulté.

La sonnette de la porte d'entrée du CHU Le Havre va continuer de fonctionner. Ce centre d'hébergement d'urgence accueillait jusqu'à présent, pendant l'hiver, dix sans domicile fixe par soir. Depuis deux ans, la ville demande auprès de la DRIHL (Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement) que l'ouverture du centre soit annuelle.

En mars dernier, la direction régionale a donné son feu vert à la structure d'Asnières. Jusqu'à fin juin, le centre fonctionnera comme d'habitude avec deux veilleurs et deux agents d'accueil. Il sera ouvert de 17h à 8h30. Il fermera ensuite ses portes de juillet à septembre pour travaux avant de rouvrir en octobre. Cet accompagnement des personnes en difficulté sur le long terme va de pair avec la création, il y a deux ans, du Service Intégré d'Accompagnement et d'Orientation (SIAO), un guichet unique qui centralise l'ensemble des demandes d'hébergement d'urgence dans le département.

« Avec ce dispositif, nous sommes sur la stabilisation des personnes en difficulté », remarque Jean-Luc RAGNATELA, en charge du pôle hébergement au Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la ville avant de compléter : « Le visage de la population sans-abri a beaucoup évolué. Aujourd'hui, ce sont surtout des travailleurs pauvres, des familles ou des retraités. Nous devons donc nous adapter. »

²⁰ Dr MERCUEL A., « Souffrance psychique des sans-abri : vivre ou survivre », éd. Odile Jacob, 2012

²¹ Article sur le site de la mairie d'Asnières-sur-Seine : rubrique « Solidarité et Vie des quartiers »

Depuis septembre, les personnes accueillies peuvent rester dans le centre pendant une période allant de deux semaines à trois mois, avec des possibilités de prolongation. Cet allongement permet de réaliser un suivi social des arrivants et ainsi de mieux comprendre les situations personnelles. Cette démarche « sur-mesure » semble déjà porter ses fruits puisque parmi les personnes qui en ont bénéficié, plusieurs d'entre elles n'ont pas sonné de nouveau à la porte du centre Le Havre.

La forte implication de l'ensemble des acteurs médico-sociaux a permis la création du Réseau de Santé ARÈS 92 qui depuis s'attache à coordonner les actions de santé afin d'améliorer le dispositif d'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité repérées sur les communes du nord du département des Hauts-de-Seine.

Pour optimiser la prise en charge des patients, le réseau a mis en place trois missions :

- coordonner les interventions sanitaires et sociales des partenaires afin d'assurer la continuité des soins du public précaire en communiquant entre les partenaires et en organisant des réunions mensuelles.
- assurer une continuité des soins et favoriser l'accès aux droits et aux soins des publics en situation de précarité en optimisant le dispositif d'accès aux droits (CMU, CMUC, AME) de la population sans abri en s'appuyant sur les interventions sociales des partenaires et en facilitant les accompagnements pour les démarches d'accès aux soins psychiatriques des publics précaires.
- développer une démarche de formation pour décroïsonner les secteurs psychiatrique, médico-social et social et ainsi favoriser une meilleure connaissance réciproque en organisant des journées d'information thématiques animées et destinées aux professionnels et bénévoles partenaires du réseau.

Le réseau représente aujourd'hui l'association de 31 partenaires, tous signataires de la Charte du Réseau Santé Précarité.

Dans une interview, Christophe PECATE, chef du service hébergement et accès au logement pour les Hauts-de-Seine au sein de la DRILH Ile-de-France a souligné l'importance « avant tout de fluidifier les parcours vers et dans le logement, afin que les plus fragiles puissent vivre sous un toit adapté à leurs besoins et leurs capacités

économiques et sociales. Compte-tenu de la situation actuelle, priorité a été donnée à la construction de logements sociaux et à l'accompagnement des publics prioritaires : les personnes sans logement hébergées, les familles menacées d'expulsion de bonne foi, celles vivant dans des logements insalubres et celles en situation de sur-occupation (...).

L'actuel gouvernement lance une démarche qui doit prendre en compte ces problématiques dans le cadre de la future loi de lutte contre la pauvreté et pour inclusion sociale.²² »

Les actions proposées pour faciliter l'accès aux soins et à la prévention des personnes migrantes :

- Rendre effectifs les droits et l'accès aux dispositifs (couverture médicale universelle, aide médicale d'État, complémentaire santé, autorisation de séjour pour soins...).
- Faciliter l'accès à un interprétariat de qualité pour garantir un accès équitable à la prévention et aux soins.
- Pour les personnes migrantes vieillissantes, permettre la possibilité de bénéficier aussi bien de l'allocation personnalisée d'autonomie que des autres aides existant en ce secteur (aides ménagères, soins à domicile).
- Prévoir, dans le cadre des schémas gérontologiques départementaux, la réponse aux besoins des personnes âgées vieillissantes dans les foyers de travailleurs migrants.
- Favoriser l'intervention des médiateurs sociaux formés sur le thème de la santé.
- Fournir les informations sur les droits et l'accès aux soins dans les centres de rétention et les CADA.

Dans une interview radiophonique accordée à Axel AMOUYAL, le Dr MERCUEL souligne bien que le maillon faible est souvent l'articulation entre la sortie de l'hôpital psychiatrique et la recherche d'un appartement, qui s'avère souvent difficile, vue la crise actuelle du logement. Les pouvoirs publics doivent créer un lien étroit entre le médical et le social, pour qu'il y ait un accompagnement fort de ces personnes, à leur sortie d'une structure psychiatrique. Pour résoudre ce problème, chacun doit y mettre un peu du sien. Au lieu de les mépriser, de les enjamber, il faut essayer de recréer un lien avec ces personnes en difficulté. Il y a des parcours de sortie de rue qui peuvent parfois débiter par un sourire ou une pièce de monnaie. « Il vaut mieux donner 100 fois 1 euro à la même

²² Interview de PECATE C. dans la revue Hospitaliers de l'Ordre de Malte France, N°145, décembre 2012, p.10

personne que 1 euro à cent personnes différentes, explique Alain Mercuel. Il faut absolument redonner de l'espoir à ces personnes-là, simplement en leur accordant un peu de considération²³.

3.9 Les politiques publiques en faveur de la lutte contre les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé sont liées outre à l'accessibilité financière et géographique aux soins, à des facteurs structurels relevant, pour l'essentiel, d'autres secteurs que le secteur sanitaire. Elles sont largement le résultat, des autres inégalités sociales qui caractérisent un pays à un moment donné de son histoire et de son développement économique.

Les actions à mener pour réduire les inégalités sociales de santé se situent donc en grande partie dans le champ d'autres politiques publiques, et notamment des politiques fiscales et sociales, éducatives et environnementales. Le nord sud, le Parlement européen a adopté une résolution en faveur de la réduction des inégalités de santé dans l'Union Européenne. Cette résolution rappelle aux États membres que la lutte contre les inégalités de santé est une priorité à mettre en œuvre dans les principes du « Health in all policies » (une inclusion de la santé dans toutes les politiques). Il rappelle que la lutte contre les inégalités de santé ne pourra être efficace sans une politique commune et des stratégies de santé publique coordonnées et que la lutte contre les inégalités socio-économiques a également un impact fort sur les inégalités de santé.

Réaliser des progrès dans la lutte des inégalités sociales de santé ne pourra donc se faire qu'au prix d'un développement fort de l'inter ministérialité, comme le souligne le rapport du Haut Conseil de la santé publique sur les inégalités sociales de santé²⁴.

La persistance des inégalités sociales de santé témoigne de l'échec partiel des politiques de santé publique et met en cause l'efficacité ces politiques de santé à traduire les choix d'équité inscrits dans les valeurs nationales.

Les résultats sanitaires obtenus par la mise en place de ces politiques de santé ne sont pas ceux attendus. Ils sont meilleurs dans des pays comparables au nôtre, ce qui tend à prouver

²³ Interview sur Vivre FM, radio francilienne, sur le thème de la maladie mentale et SDF, le 30 janvier 2013.

²⁴ Rapport 2011 sur l'état de santé en France

que des progrès sont possibles et que la question d'efficacité est réellement posée par cette persistance des inégalités sociales de santé dont tous les acteurs du champ associatif, social et sanitaire dénoncent.

Dans un récent colloque organisé par l'INPES 74, ont été rapportées des interventions pour faciliter l'accès aux soins des migrants, ou augmenter le dépistage du cancer du sein, avec des équipes formées et des visiteurs de santé publique, des ateliers santé pour les communautés gitanes, des démarches communautaires visant les ressources individuelles, l'environnement social et politique local. Ces multiples expériences locales et territoriales témoignent de la vitalité et de l'inventivité des acteurs, mais elles restent mal connues et peu évaluées²⁵, ce qui limite considérablement l'apport d'expériences pour les autres équipes désireuses de débiter des programmes similaires. On peut souligner que ces expériences portent principalement sur les populations précaires et l'amélioration de l'accès aux soins.

De nombreux dispositifs locaux de santé ont récemment vu le jour. Leur objectif est d'impulser une politique de santé publique et d'accès aux soins à partir des besoins identifiés de la population située sur un territoire donné, le plus souvent ville ou quartier.

Si les aspects de cohésion sociale et de solidarité y sont fréquemment évoqués, ceux des inégalités de santé ne le sont pas de façon explicite. L'identification de ces besoins est réalisée à partir d'un diagnostic de santé « partagé » par les différents acteurs territoriaux.

Ces diagnostics sont toujours difficiles à réaliser en raison de la dispersion et du manque des données sanitaires disponibles à un niveau géographique fin. Ils sont très hétérogènes en qualité et les collectivités territoriales qui les réalisent très demandeuses d'aide méthodologique. Malgré tout, ces diagnostics aboutissent le plus souvent à l'identification des inégalités territoriales de santé.

L'originalité de ces dispositifs, est qu'ils s'inscrivent dans des politiques de territoires portés par des communes et des Etablissements publics de coopération intercommunale (EPCI) qui n'ont que peu de compétences en santé. Ils appréhendent la santé de façon transversale et articulée, idéalement avec les autres politiques d'aménagement du territoire. Ces dispositifs, parce qu'ils peuvent mettre en lumière les aspects contextuels des inégalités sociales de santé et donc à terme proposer des actions visant à leurs réduction

²⁵ Expériences rapportées dans : « La Santé de l'Homme », 2008, No 397.

tant par des politiques d'aménagement que par des politiques de prévention et d'actions de santé publique, sont particulièrement intéressants.

Issus d'une politique contractuelle entre l'Etat et la région, les Ateliers santé ville, volets santé adossés au CUCS, mis en place dans le cadre de la politique de la ville, constituent l'essentiel des dispositifs urbains. Ils offrent un outil aux collectivités territoriales, aux élus et aux usagers permettant de s'approprier des thématiques de santé.

D'autres dispositifs existent comme le réseau des Villes-santé OMS (67 villes et deux communautés d'agglomération en France). Les villes peuvent adhérer volontairement à leur charte qui se fonde sur une appréhension positive et très large de la santé. D'autres dispositifs globaux tels que les Agendas 21 locaux intègrent les politiques de santé dans une logique de territoires.

Les contrats locaux de santé visent à mettre en cohérence la politique régionale de santé en permettant une meilleure articulation du PRS et des démarches locales de santé existantes (Volets « santé » des CUCS, ASV, etc.).

L'ASV est un dispositif qui semble intéressant, en ce sens qu'il introduit une réflexion sur les problèmes de la santé dans le cadre de la politique générale de la ville et témoigne incontestablement d'une implication des élus autour de la santé. Il permet un débat sur le lien entre les données statistiques sanitaires et ce qu'expriment les personnes impliquées. Parmi les problématiques de santé qui ressortent des premiers Ateliers santé ville, on peut retenir la notion d'accès aux soins lié à l'enclavement des quartiers, les souffrances psychiques des jeunes et enfin la prévention. Cependant, il est important de faire participer tous les acteurs de terrain afin qu'il n'y ait pas « d'exclusion » à ces mesures de prévention comme l'a souligné un médecin généraliste interrogé dans le cadre de l'enquête sur les ISS dans le nord du département 92.

Il y a nécessité d'articuler d'une part les politiques de moyen et long terme et celles du court terme répondant à des problématiques d'urgence au niveau de sanitaire et social, et d'autre part d'articuler et coordonner politiques nationales et locales pour une meilleure cohérence et prise en compte de tous les bénéficiaires de ces actions.

Les perceptions des causes des inégalités sociales de santé et des politiques visant à les réduire oscillent souvent entre deux approches extrêmes. D'un côté, comme cela a été souligné, les inégalités sociales de santé renvoient à des inégalités sociales, économiques,

d'études, de revenus, de pouvoir. À ce titre, les politiques susceptibles de les réduire impliquent une transformation radicale de la société et par conséquent sortent du domaine d'intervention rationnelle des politiques de santé publique, conduisant à un certain fatalisme vis-à-vis de cette question.

À l'autre extrême, la constatation de situations dramatiques dans certains groupes de populations conduit à mettre en place des interventions de « soutien », visant à rétablir l'accès aux droits et l'accès aux soins de certaines populations exclues. Le SAMU social, le développement de maisons d'accueils sont indispensables mais ne sont que des mesures d'urgence en bout de chaîne²⁶.

À partir des recommandations de la circulaire n° 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), plusieurs objectifs spécifiques sont énoncés comme :

- Promouvoir le recours à la prévention en facilitant l'accès aux dispositifs de prévention par des interventions de santé, et permettre aux gens du voyage de bénéficier des actions de prévention définies dans les plans nationaux de santé publique.
- Favoriser l'accès et la continuité des soins, en s'assurant de l'ouverture de leurs droits et en facilitant l'accès aux professionnels de santé (médecins traitants, Pass), notamment pour le suivi des pathologies chroniques.
- Appuyer, renforcer l'action locale pour mettre en œuvre, sans discrimination, les dispositifs existants, en mobilisant les préfets, les partenaires, notamment associatifs, et l'ensemble des réseaux locaux.

Développer la politique de prévention est le premier but affiché de la mission « Santé ». Un des neuf objectifs officiels, le deuxième est de plus explicitement énoncé : la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé.

Toutefois, les indicateurs liés à la politique de prévention (dépistage du Sida, participation aux campagnes de dépistage du cancer du sein et consommation d'alcool) ne permettent pas d'évaluer l'évolution de pathologies plus communes (problèmes dentaires, cataractes, problèmes dermatologiques) qui se développent plus largement dans certaines parties de la

²⁶ Rapport du Haut Comité de Santé Publique, déc. 2009.

population en raison du manque de soins et sont les marqueurs sociaux de la précarité, identifiés comme tels par l'institut de veille sanitaire (InVS).

La démarche consisterait à combiner la prise en compte des besoins individuels et celle des besoins spécifiques des différents groupes de populations identifiées sur un territoire donné.

Des pistes d'amélioration des dispositifs existants ont été proposées lors de la Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale du 10 et 11 décembre 2012. Plusieurs mesures annoncées devraient figurer dans le plan pluriannuel :

- le rattrapage du niveau du RSA socle, aujourd'hui à 43% du SMIC, (50% du SMIC),
- une « garantie » jeunes pour les 18-25 ans qui ne sont ni en emploi, ni en formation, en situation d'isolement et de grande précarité,
- une hausse du barème de ressources de la CMU-Complémentaire, de façon à couvrir 500 000 personnes supplémentaires ;
- un investissement dans le plan quinquennal pour l'hébergement et l'accès au logement. 8000 places de plus (hébergement classique et accueil des demandeurs d'asile) vont être créées en 2013 pour sortir de la gestion « au thermomètre » de l'hébergement d'urgence,
- la réduction du phénomène de non recours aux droits (près de 70 % des bénéficiaires potentiels du RSA activité n'y ont pas recours, ce qui représente plus de 800 000 personnes).

4 Des propositions d'actions en termes de pilotage et d'actions en Santé Publique

Au terme de cette mission exploratoire pour PU-AMI, les actions seront ciblées autour d'une orientation vers le droit commun, la prévention, et l'éducation à la santé, et déclinées comme suit :

- Développer l'information et l'accessibilité aux permanences d'accès aux soins de santé ou d'autre dispositif social.
- Diffuser une information accessible et adaptée à chaque groupe de population.
- Rendre systématique la prise en compte des inégalités sociales dans toute action de prévention et d'éducation à la santé.

- Lutter contre les discriminations d'accès aux soins.
- Soutenir les actions d'interprétariat et de médiation.

Les objectifs principaux du projet d'intervention de PU-AMI sur les ISS sont de :

- Faciliter l'accès à la santé des populations en situation de précarité, quelle que soit sa situation sociale et administrative.
- Participer à des actions de prévention, d'éducation et de promotion à la santé de ces mêmes populations dites en situation de précarité.

Les actions proposées sur le terrain sont :

- Assurer des « permanences de santé » dans les centres d'accueil d'urgence qui reçoivent les personnes sans domicile, en situation de grande précarité, afin de les conseiller, orienter et accompagner vers les structures de santé de droit commun, dans une démarche sanitaire selon leurs besoins et leurs attentes.
- Animer des séances de prévention, collectives ou individuelles, dans ces centres d'accueil, en relation avec les partenaires sanitaires et sociaux. Les modules de sensibilisation porteront sur différents thèmes de la santé, les méthodes contraceptives, la santé bucco-dentaire, le VIH/IST et les pathologies à risque épidémique. Ces ateliers de sensibilisation et d'information seront aussi ouverts à tout professionnel de terrain désireux d'y participer.
- Une infirmière formée pourra assurer ces permanences dans les différents lieux comme le CHU d'Asnières, les permanences du Secours catholique, etc. en fonction des partenariats préétablis.
- PU-AMI envisage de faire les démarches auprès de la préfecture des Hauts-de-Seine pour l'obtention de l'agrément en tant qu'association domiciliaire.

Le travail en partenariat est également essentiel afin de mettre les compétences de chacun au service des personnes en situation de précarité et d'assurer une coordination adaptée dans un souci de transparence et d'une communication partagée.

Intervenir en faveur des personnes en situation de grande précarité demande une forte implication de l'ensemble des acteurs médico-sociaux afin de s'attacher à coordonner les actions de santé afin d'améliorer le dispositif d'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité repérées sur les communes du nord du département des Hauts-de-Seine.

Pour optimiser la prise en charge de ces personnes, trois objectifs spécifiques sont primordiales :

- Coordonner les interventions sanitaires et sociales des partenaires afin d'assurer la continuité des soins du public précaire, en favorisant la communication entre les partenaires et l'organisation de réunions mensuelles.
- Assurer une continuité des soins et favoriser l'accès aux droits et aux soins des publics en situation de précarité en optimisant le dispositif d'accès aux droits (CMU, CMUC, AME) de la population sans-abri en s'appuyant sur les interventions sociales des partenaires et faciliter les accompagnements pour les démarches d'accès aux soins psychiatriques des publics précaires.
- Développer une démarche de formation pour décloisonner les secteurs psychiatrique, médico-social et social et ainsi favoriser une meilleure connaissance réciproque par des journées d'information thématiques animées et destinées aux professionnels et bénévoles partenaires des réseaux.

Quelques thèmes d'actions :

- Veiller à permettre l'accès de ces populations aux mesures novatrices des plans nationaux ou régionaux de santé publique par des mesures adaptées.
- Utiliser des médiateurs de santé pour favoriser l'accès aux dispositifs de santé et de prévention.
- Veiller à l'ouverture des droits aux prestations sanitaires et sociales.
- Proposer une organisation adaptée et facilitatrice pour assurer la continuité des soins, notamment pour le suivi des pathologies chroniques (médecin traitant, Pass, etc.).
- Mobiliser les Préfets, les partenaires (notamment associatifs), les professionnels de la santé sur l'application du droit à la santé (condition de vie, hygiène, sécurité, travail...) et sur l'importance du travail en réseau.

Pour clore cette partie consacrée à la mission exploratoire réalisée au cours du stage, je souhaite rajouter que malgré tous les efforts des professionnels de santé, du social et de l'associatif, il reste encore bien du travail à faire.

La santé publique n'est pas seulement que la mise en œuvre d'actions de prévention, d'éducation ou de promotion de la santé à des groupes de populations; elle demande d'aller au-delà des déterminants sociaux qui ont bien été mis en évidence par les différents chercheurs européens et anglo-saxons.

Quand il s'agit d'êtres humains dans leur singularité, le « copier-coller » ne fonctionne pas, il nous faut être à l'écoute des « signes subtils » comportementaux des personnes dans leur quotidien afin de repérer ce qui peut être point de départ d' « éléments de travail » pour amener les personnes à être acteur de leur santé tout en les guidant vers ce qui leur convient.

La deuxième partie qui suit porte sur une analyse réflexive de la mission ; elle va développer un peu plus la structure d'accueil du lieu de stage et son fonctionnement, la commande concernant la mission exploratoire et ce que m'a apporté cette mission en termes de connaissances et compétences. Cette partie se termine par une mise en perspective du travail réalisé au niveau de la santé publique et une réflexion personnelle.

2ième Partie

Analyse réflexive de la mission

1. Analyse réflexive sur l'ensemble du stage

1.1. Le déroulé de la mission chez PU-AMI

PU-AMI est une ONG humanitaire qui est née de la fusion de deux ONG en avril 2011: Première Urgence créée en 1992 orientée pour des aides dans des situations d'urgence et de sortie de crise, auprès des populations victimes de conflits et catastrophes naturelles, à travers des actions de distribution, réhabilitation et relance économique et Aide Médicale Internationale créée en 1979 dont la vocation était de rétablir l'accès aux soins des populations exclues de tout système de santé par la mise en œuvre de programmes médicaux avec le souci permanent de formation des acteurs de santé locaux.

Aujourd'hui, PU-AMI a 2 ans et commence à intégrer au quotidien cette fusion qui au départ n'était pas simple car les cultures de travail sont différentes à la base, autant que leurs orientations missionnaires.

Les missions nées après la fusion ont une autre portée au niveau des équipes. La Mission France fait partie de ces nouvelles missions, elle a créé une dynamique d'équipe mais aussi une remise en question sur les fonctionnements internes.

Les équipes du siège travaillant sur les missions internationales sont réparties en différents « desks ²⁷ » correspondant aux zones géographiques (voir le schéma ci-dessous)

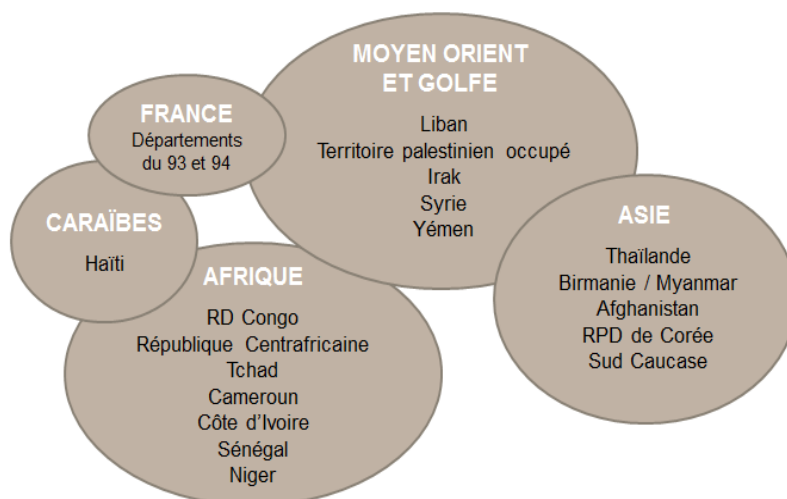


Schéma : répartition des zones d'intervention de PU-AMI

²⁷ Bureaux en français.

Pour chaque mission, des expatriés sont sur le terrain pour une durée entre 6 et 9 mois. Avant leur départ, ils suivent une formation la PAD (préparation au départ) qui leur permet d'avoir tous les outils et informations nécessaires au bon déroulement de la mission à l'étranger et ont un briefing sur la mission elle-même. Au retour, les expatriés ont un débriefing permettant de faire une restitution de ce qui s'est passé sur le terrain et comment cela a été vécu par l'expatrié lui-même.

En ce qui concerne la Mission France, ce n'est pas le même processus. L'équipe a été recrutée en fonction des besoins du terrain et de la coordination. Le personnel n'a pas eu de PAD car la mission se trouve en France, donc à priori en terrain « connu ».

Au cours des semaines passées auprès de l'équipe de la Mission France, il s'est avéré que des éléments n'ont pas été pris en compte dans le « suivi » du personnel. Le travail sur le terrain auprès des populations rroms vivant dans les squats et bidonvilles dans des conditions très précaires, touche une part de sensibilité des personnels. L'infirmière et le médiateur-interprète ont eu à vivre des situations délicates vis-à-vis de ces populations, j'ai pu observer qu'il manquait un temps de parole pour « décristaliser » ces vécus.

Sur le moment, ils ne voient pas l'importance de parler de ce qu'ils vivent sur les terrains.

De même, ces dernières semaines il y a eu quelques expulsions de sites où vivaient des rroms sans qu'il y ait eu de « diagnostic social » au préalable comme le prévoit la loi²⁸. Les informations étaient données par la plateforme sur le site internet en lien avec toutes les associations et collectifs œuvrant pour la défense des droits des populations rroms.

L'équipe s'implique dans leurs actions d'accompagnement sanitaire sur les terrains, commence à connaître les personnes suivies pour différentes questions de santé (suivi pré et post maternel, gynécologique, PMI, consultations spécialisées). Là encore, il y a comme une « frustration » de la part de l'équipe car tout le travail commencé autour de la sensibilisation, de la prévention et de la mise en confiance des personnes suivies « s'envolent » dès que les terrains sont expulsés : il est très difficile ensuite de retrouver ces personnes pour continuer ce travail d'accompagnement sanitaire.

²⁸ Circulaire du 26 août 2012.

Les activités proposées dans le cadre de cette action de médiation sanitaire s'inscrivent dans la continuité d'un programme qui a été mené par le Comité d'Aide Médicale (CAM) en faveur des populations rroms de Seine-Saint-Denis depuis 2005. Suite à des difficultés financières, le CAM a été contraint de déposer le bilan en septembre 2011 et ses représentants légaux se sont rapprochés de PU-AMI dans le but d'assurer une continuité de leur projet. PU-AMI, forte d'une longue expérience dans le domaine de l'amélioration de l'accès à la santé pour des populations précaires et vulnérables de pays en crise, a souhaité reprendre les activités du CAM en France auprès des populations rroms.

Le projet n'est donc pas né de l'ONG elle-même, mais a été récupéré, ce qui n'a pas le même impact en termes d'investissement et de construction d'outils internes pour le suivi des personnes sur les camps rroms.

1.2. Une « fusion inédite entre deux associations »

Le rapprochement entre Première Urgence et Aide Médicale Internationale est officiel depuis le 1er avril 2011. Pour le directeur général de l'ONG ainsi créée, Thierry MAURICET, cette fusion est avant tout une “association de métiers et de compétences”. Il reconnaît que si ce « mariage » est une réussite, c'est parce que cela signe aussi la fragilité de l'humanitaire français.

L'option choisie a été la fusion-crétation, c'est-à-dire qu'une nouvelle association qui s'appelle donc Première Urgence-Aide Médicale Internationale. PU et AMI ont apporté à cette structure l'ensemble de leurs actifs et passifs au sens comptable du terme, c'est-à-dire la totalité de leurs ressources (personnels, équipements, projets, etc.).

L'effet de taille n'était ce qui était recherché au départ dans ce rapprochement. C'est surtout d'addition des compétences qui a été le moteur de la fusion, le fait de pouvoir associer des activités médicales à des activités non médicales pour répondre à l'ensemble des besoins fondamentaux des populations victimes de crises humanitaires.

Ce fut le vrai fondement de ce projet associatif. C'est cette dimension qui a suscité le plus d'intérêt et le projet s'est construit dans la durée, près d'une année et demie de discussion, ce processus n'a pas entraîné de ruptures brutales dans le quotidien des professionnels.

Le rapprochement a été une initiative d'AMI qui, il y a un an et demi à peu près, car elle connaissait des difficultés, cherchait un second souffle. Des recommandations avisées ont préconisé qu'Aide Médicale Internationale fasse un retour vers l'urgence, et/ou s'associe, se rapproche d'une autre structure.

Au cours de cette année et demie de processus, trois missions humanitaires ont permis de faire un certain nombre de validations.

Le premier acte a été posé à l'occasion du tremblement de terre en Haïti où AMI était présent depuis 1984. AMI a simplement ouvert sa porte à PU pour que les équipes puissent être opérationnelles le plus rapidement possible. Le travail de PU s'est révélé complémentaire de l'action menée par Aide Médicale Internationale. PU a apporté son savoir-faire dans les domaines de l'alimentation, des abris, de l'accès à l'eau et de l'assainissement. A ce moment-là, il y a eu à Haïti un embryon de coopération quasi décisive, car le fait d'accueillir une équipe « non connue » garantit d'une collaboration efficace et réussie.

La deuxième initiative effectuée fut au travers d'un projet en consortium sur la province de l'Equateur en République Démocratique du Congo. Ce projet, qui a été adressé à différents bailleurs conjointement, a permis avec deux équipes distinctes, d'avoir des financements conjoints.

Enfin, la troisième expérience fut sur un programme intégré au Pakistan en lien avec les récentes inondations.

En définitive, au travers de ces trois expériences, il y a eu progressivement un rapprochement au niveau structurel pour arriver à la dernière expérience, celle du Pakistan, dans un projet totalement commun et intégré avec les deux ONG.

Le point important, a été dans un premier temps les bailleurs : savoir à quelles conditions ils accepteraient de transférer les contrats, les entités juridiques, comment ils apprécieraient finalement « l'ancienneté » de la nouvelle structure, puisque juridiquement cette association qui s'est créée le 1er avril 2011 a sur le papier aucune antériorité, et que pour satisfaire certains de leurs critères ou exigences, il faut parfois faire état de 3 années d'ancienneté. Alors, les bailleurs allaient-ils considérer juridiquement que cette création d'association pouvait reprendre à son compte l'ancienneté et l'expérience de Première Urgence avec 20 ans d'ancienneté et AMI de son côté 30 ans ?

Tout ce questionnement a fait l'objet de rencontres, de discussions pour s'en assurer préalablement, ce qui a permis la prise en considération de cette antériorité, cette ancienneté, pour aboutir au projet de fusion.

1.3. La « culture d'entreprise » chez PU-AMI

La culture d'entreprise est un ensemble complexe, peu palpable, qui permet à chaque individu de s'identifier à l'organisation.

De plus en plus de domaines du management utilisent le concept de culture. Cependant, les entreprises ne s'intéressent pas à la culture pour elle-même mais travaillent sur la culture pour résoudre des problèmes concrets : problèmes de stratégie, de fusion, de mobilisation du personnel, de restructuration, voire de communication. La culture n'est qu'un moyen de mieux traiter ces problèmes.

Pour piloter une activité, le management doit prendre en compte les personnes mais ce n'est pas suffisant car un groupe n'est pas que la somme des individus. La culture aide à comprendre la collectivité. Elle considère que toute collectivité se crée un patrimoine de références qui sont à la fois le résultat de son expérience et la référence pour traiter de futures situations. Mettre en évidence la culture, c'est clarifier la logique sous-jacente au fonctionnement d'un groupe humain. Associer la culture au management, c'est admettre que l'entreprise constitue une société humaine à part entière.

L'entreprise a une raison d'être, des objectifs, des contraintes et le management se consacre à leur réalisation. La culture constitue le niveau sous-jacent des règles et des systèmes de gestion. En effet, la réussite dans le management des personnes vient autant de la qualité du manager que de l'adéquation des systèmes de gestion du personnel.

La culture est aussi une source de comportement donc de performance parce qu'elle génère une certaine conception de l'activité de l'entreprise, de son métier ou de l'efficacité. Ainsi, dans sa définition, le management concerne une action collective et la culture semble être un produit de cette action collective.

La culture a été abordée comme un facteur de performance. On en attend la mobilisation autour d'objectifs communs, généralement ceux de la direction générale, et des références génératrices de performances. On peut toutefois distinguer deux types de relation entre culture et pratique du management. D'une part, l'impact de la culture dans les problèmes quotidiens de management et d'autre part lors de situations plus spécifiques telles que les situations de changement.

Un autre contexte dans lequel la gestion de la culture d'entreprise doit être prise en considération est lors d'une fusion de deux entreprises. Pour certains, les responsables ont tendance à minimiser le choc des cultures lors de tels événements. Selon lui, toute démarche d'acquisition d'une entreprise doit prévoir un audit financier et social.

Le rapprochement des deux ONG a nécessité des remises en question et des changements. Les salariés des deux associations ont accepté ce changement dans leur fonctionnement et leurs méthodes de travail, chacun apportant à l'autre son expérience. C'est ce qui a permis à l'ONG PU-AMI de s'adapter et de répondre au mieux à ses missions humanitaires, une rencontre bilatérale qui a été bénéfique au bon fonctionnement de l'association.

La culture d'entreprise repose surtout sur son action humanitaire qui fait le « ciment » de cette ONG. Le climat social et la mobilisation du personnel s'en trouvent renforcés.

L'action humanitaire s'est trouvée profondément renouvelée depuis 40 ans à l'initiative de personnes et d'ONG convaincues qu'il fallait secourir les populations en danger, parfois même sans l'accord des autorités concernées. L'aide humanitaire s'est depuis considérablement développée, tant dans ses financements que dans ses capacités opérationnelles et son efficacité avec un soutien du public et des médias.

Ce mouvement « sans frontières », pour les secours humanitaires d'urgence, né en France et représenté dans notre pays par un certain nombre d'ONG, s'est largement internationalisé tout en entraînant le soutien des institutions. La multiplication des crises survenues après la fin de la Guerre Froide, la défaillance de divers États, l'émergence de fondamentalismes divers et l'affirmation renouvelée des rapports conflictuels au Moyen Orient, en Afghanistan ou dans le Caucase ont induit de nouveaux défis. L'humanitaire a dû évoluer pour mieux répondre aux besoins des populations affectées, de plus en plus nombreuses.

D'autres types d'acteurs se sont impliqués dans l'aide humanitaire, qu'il s'agisse des forces armées, des collectivités locales, des entreprises avec leurs fondations ou encore des grandes institutions caritatives traditionnellement plus orientées vers le développement.

De nouvelles initiatives sont nées en matière de formation, recherche, ressources humaines pour répondre aux besoins générés par ces développements de l'action humanitaire.

PU-AMI se trouve au cœur de ces mutations et est toujours à l'écoute de l'évolution des événements nationaux et internationaux lui donnant la possibilité de donner des réponses adaptées en termes d'actions humanitaires.

2. Analyse de la commande et de son évolution, les représentations

Au départ, la commande me paraissait un peu « présomptueuse » avec une recherche sur les inégalités de santé en France et en Ile-de-France. Pourquoi une ONG faisant de l'humanitaire à l'étranger souhaitait établir une autre mission en France, tandis qu'elle a déjà une intervention de médiation auprès des Roms de deux départements franciliens ?

Je mettais en parallèle les actions de Médecins du Monde qui sont passés « experts » dans les aides en soins pour les populations défavorisées et précaires par l'intermédiaire des CASO (Centre D'accueil, de Soins et d'Orientation). Que se cachait-il derrière cette commande ? La question était importante pour moi car j'étais déjà sensibilisée aux problématiques des personnes en grande précarité, des exclus, etc.

Après un certain temps pour connaître la structure, j'ai pu me rendre compte de plusieurs choses. La première est que le projet de recherche sur les inégalités de santé en France n'est pas né d'un simple coup de tête. Il a mûri au cours des années d'expériences auprès des populations en grande difficulté à l'étranger et le contexte de la crise mondiale avec son impact en France sur les populations déjà bien fragiles avant cela, a été comme une évidence pour PU-AMI de participer à leurs mesures à aider les plus démunis.

D'autre part, la structure a ses locaux dans la commune d'Asnières-sur-Seine dans le département nord des Hauts-de-Seine, qui a une partie de la population très fortement touchée par les problèmes du chômage, du logement, de manque de ressources, des minimas sociaux et d'immigration.

En y regardant de plus près, il apparaissait très clairement qu'il y avait une opportunité pour PU-AMI à apporter sa contribution pour réduire les inégalités de santé dans cette zone géographique, le tout étant de savoir comment. Les propositions seront apportées à la fin de ce travail de recherche.

Dans le paysage de la coopération internationale, les ONG de solidarité internationale sont des acteurs assurant une complémentarité par rapport aux actions mises en œuvre dans le cadre de la coopération publique. Les ONG remplissent une diversité de rôles que ne peuvent jouer les acteurs institutionnels ou privés.

Leurs spécificités résident dans la mise en œuvre d'une coopération de proximité, dans leur rapidité d'intervention, et dans leur capacité d'innovation qui leur permet de faire évoluer leurs interventions et de les adapter aux contextes changeants. Cette capacité d'innovation des ONG est reconnue et utilisée par tous les bailleurs de fonds et les opérateurs.

Ces spécificités et leur valeur ajoutée qui concourent à l'efficacité de l'aide, les conduisent en tant qu'acteurs non-gouvernementaux, à revendiquer auprès des pouvoirs publics le respect d'un « droit d'initiative », base revendiquée du partenariat entre les ONG et les pouvoirs publics.

L'action humanitaire est parfois perçue comme une stratégie d'exportation des représentations culturelles dominantes. L'évolution contemporaine semble confirmer cette idée que la symbolique humanitaire, forte et positive, s'est dégradée, donnant ainsi lieu à des résistances diverses, notamment d'ordre culturel.

Perçue comme l'un des avatars opérationnels d'un universalisme occidental sans complexe, l'action humanitaire des « Sans frontières » est, pour des raisons historiques, liée aux évolutions ainsi qu'aux équilibres internationaux des années 1970.

Cette perception tend à voir dans l'humanitaire une assistance permettant de confirmer les rapports de domination, de les reproduire, voire de les installer durablement.

La revendication d'une nouvelle intelligence de l'humanitaire, fondée sur une prise en compte réelle des particularités culturelles des populations « assistées », ainsi que sur l'aide à l'émergence d'autres acteurs, appartenant à d'autres cultures et reflétant d'autres sensibilités, est manifeste aujourd'hui. Il y aurait urgence à désoccidentaliser l'humanitaire

dans une perspective de légitimation interculturelle et pour une véritable adaptation aux réalités concrètes.

Ces dernières années, quelques associations françaises ont disparu, certaines étaient plutôt connues comme Pharmaciens sans Frontière ou Enfants du Monde Droit de l'Homme.

Elles ont disparu parce qu'elles étaient sans doute trop petites. Il semble que la taille et le poids d'une ONG sont des facteurs déterminants sur le long terme.

L'action humanitaire ne peut plus seulement se placer dans un cadre franco-français, nous devons avoir vision mondialisée de l'humanitaire. Même les plus grosses associations françaises comme Médecins Sans Frontières ou Handicap International restent petites au regard d'autres ONG américaines ou britanniques. Ceux qui financent PU-AMI aujourd'hui leur font parfois comprendre, ils préfèrent travailler avec des ONG plus importantes, ils estiment qu'elles sont davantage en capacité de mettre en œuvre et de gérer des projets lourds. Le rapprochement de PU et AMI a été sûrement « salubre » car au-delà de l'association des compétences, cela a permis d'influer sur la taille de l'association. On peut supposer qu'à l'avenir, bon nombre d'ONG françaises vont se poser la question de rapprochement les uns avec les autres, d'une part pour « peser » plus et d'autre part parce que nous assistons à un renouveau de l'humanitaire en termes d'organisation, d'objectifs à long terme et aussi de mentalité.

3. La mission exploratoire s'inscrit dans une action en santé publique

3.1. Son intérêt

Cette mission exploratoire est intéressante car elle s'inscrit, dans une certaine mesure, dans les actions de santé publique de lutte contre les inégalités sociales de santé et de la précarité.

En travaillant sur cette recherche sur les inégalités de santé en France, j'ai pu constater que malgré toutes les mesures prises et dispositifs mis en place depuis plus de 10 ans, ces inégalités sont loin d'être réduites. D'autres facteurs entrent en jeu, n'étant pas forcément inclus dans les politiques publiques locales.

Le problème du logement reste un des plus gros problèmes freinant l'accès aux soins. Il reste entier malgré l'effort fait de certaines communes vers la construction de logements sociaux, d'hébergements temporaires pour les sans-abris. Cela rentre dans le cadre des politiques de santé publique que de mettre en œuvre des moyens pour améliorer ces conditions.

La domiciliation est également injustement répartie sur les différentes communes : la loi reste « floue » en donnant au CCAS d'organiser les domiciliations selon leurs propres critères. Les centres communaux d'action sociale exigent de plus en plus de critères pour domicilier les demandeurs : être né dans la ville, y avoir travaillé, avoir des enfants scolarisés... Les critères sont tellement cumulatifs que beaucoup de personnes sans domicile fixe sont exclus de la domiciliation.

En interrogeant la responsable du réseau « errance » du Secours catholique, c'est l'association la Rampe du secours catholique qui est le plus gros organisme de domiciliation de droit commun du département des Hauts-de-Seine. Située à Colombes, la structure gère actuellement plus de 450 dossiers. Cela demande un engagement important de la part des bénévoles.

La quasi-totalité des associations sont réparties dans la boucle nord du département, entre Gennevilliers, Colombes et Nanterre. La ville-préfecture comptabilise près de 40% des domiciliations effectuées par des associations dans le département. Une situation qui démontre « un problème de justice et d'équité », selon Philippe Sarre, maire de Colombes qui réclame : « Il faut que la préfecture établisse une carte de la domiciliation et sollicite certaines communes. »²⁹

Au niveau de la prévention PU-AMI souhaite engager plus des actions de médiation sanitaire et de sensibilisation sans se substituer aux dispositifs du système de santé français qui est performant à la base. Cette volonté de participer à la réduction des inégalités de santé des populations défavorisées et précaires du territoire, contribue à une démarche d'actions en santé publique.

²⁹ VIDAL A. animatrice errance au Secours catholique : « Les demandes de dossier explosent », article du journal Le Parisien du 22/11/2011.

3.2. Ses limites

Les limites de cette mission se retrouvent à deux niveaux : d'une part, les mentalités ne sont pas faciles à changer, en effet, il y a ceux qui sont pour des actions en profondeur afin d' « éradiquer » cette pauvreté qui a vu le jour depuis quelques années. D'autre part, sans vouloir être pessimiste, il faudra du temps avant que de nouvelles lois puissent amener des changements radicaux dans la réduction des inégalités sociales de santé en termes de logement, d'environnement, de politiques locales de santé, etc.

Il s'agit pour PU-AMI d'apporter sa contribution en tant qu'acteur de terrain ayant un savoir-faire et des compétences à mettre au service de la communauté avec les autorités locales et régionales qui n'ont pas les mêmes attentes qu'à l'international.

4 Les compétences acquises au cours de la mission

Ce travail de recherche sur les inégalités de santé pour la mission exploratoire pour l'ONG PU-AMI, m'a permis de porter un autre regard sur l'état des inégalités en France.

Quelles réponses y apporter ? Telle est la question cruciale qui se pose depuis plus d'une décennie. La question des inégalités est au cœur du débat public. Il y a foison d'informations mais pas forcément coordonnées pour une meilleure compréhension à tous les niveaux de notre société.

Beaucoup d'acteurs, d'organismes, d'associations et de professionnels du champ sanitaire et social sont investis auprès des populations en situation de précarité dont l'état sanitaire n'est pas des meilleurs. Il n'est pas facile de faire la part des choses, de distinguer les phénomènes de court terme des évolutions de fond.

Les rapports de l'ONPES apportent un cadre général de réflexion sur ces inégalités, des discriminations et des éléments concrets permettant de dresser un état des lieux de la question des inégalités. Les pistes pour lutter contre les inégalités sociales de santé sont proposées au niveau national, faut-il encore qu'elles puissent être mises en œuvre par le gouvernement et au niveau local.

Les compétences acquises au cours de ces mois de stage se situent également au niveau de la « découverte » de la mission France de PU-AMI autour des populations rroms.

En effet, j'ai acquis une connaissance et une compétence en humanitaire à l'étranger avec l'organisation « Médecins Sans Frontières » avec laquelle j'ai effectué quatre longues missions en qualité de professionnelle de santé. J'accompagnais des missions médicales où j'étais impliquée dans l'organisation des soins hospitaliers ou en dispensaire.

Au côté de l'équipe de la Mission France de PU-AMI, j'ai pris conscience de ce que signifie l'action de santé publique auprès des groupes de populations tant en termes de prévention que d'éducation à la santé avec un travail en partenariat avec les autres dispositifs œuvrant dans ce sens.

J'ai appris comment la médiation sanitaire est mise en œuvre au quotidien avec une infirmière, un médiateur-interprète et une coordinatrice afin d'accompagner et d'orienter les personnes vers un accès aux soins et à la prévention. Cette mission n'est pas facile compte-tenu des « évacuations » régulières des camps de rroms sur les départements de Seine Saint-Denis et du Val de Marne, car le suivi de ces personnes n'est pas possible dans ces conditions précaires.

J'avais une représentation purement théorique de la « médiation sanitaire ». J'ai pu apprendre au quotidien la réalité de cette action qui me sera utile pour mon cheminement professionnel en santé publique. En effet, les objectifs de la médiation sanitaire au niveau local consiste à développer des connaissances des personnes suivies (dans le cas des populations rroms, il s'agit des femmes) pour favoriser leur autonomie en matière d'accès aux droits, à la prévention et aux soins dans les services de droit commun. Pour les structures de santé, comme cela se passe à l'hôpital Delafontaine en Seine Saint-Denis, il s'agit pour le médiateur sanitaire de mobiliser les acteurs de santé et du social, et favoriser une meilleure connaissance de ce public pour améliorer l'accueil et le suivi de ce public précaire et vulnérable au sein des établissements de santé. Enfin, l'action médiatrice aura un impact au niveau de l'environnement physique en réduisant les risques sanitaires liés aux conditions de vie précaires.

De même, le renouvellement de subventions de l'ARS Ile-de-France pour l'année 2013 a été une étape importante où j'ai pu participer en partie à la rédaction de l'argumentaire destiné à justifier du montant demandé à la direction régionale de la santé publique.

5 Mise en perspective du travail réalisé à la fois sur le plan santé publique et sur le plan personnel

5.1 Réflexions sur les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé suivent la hiérarchie sociale quels que soient les indicateurs de mesure de cette hiérarchie et quelle que soit la pathologie (sauf rares exceptions telles le cancer du sein, plus fréquent chez les femmes de catégories socioprofessionnelles supérieures)³⁰.

On observe des différences selon un gradient de positionnement social pour l'espérance de vie, l'espérance de vie en bonne santé, la santé perçue, l'adoption de comportements favorables à la santé, l'utilisation du système de santé... On retrouve également des différences entre les régions et en interrégional au sein des territoires. Elles sont documentées notamment dans l'ouvrage de la FNORS³¹.

En réalisant ce travail de recherche sur les inégalités de santé dans la région francilienne, j'ai pu observer que la précarité financière et sociale porte différents visages et n'est pas forcément visible à qui n'est pas un acteur de terrain qu'il soit du champ sanitaire, social ou associatif. Elle a pour conséquence des renoncements aux soins voire des absences de soins. Il existe divers déterminants à ces inégalités de santé pour ces populations vivant dans des ZUS, ces migrants avec ou sans papiers ou bien encore ces personnes sans domicile fixe qui « errent » de foyers d'accueil en hébergements temporaires, n'ayant pas un endroit stable où elles peuvent se poser pour « penser » à leur santé, si tant soit peu que ce soit une priorité pour elles. La vulnérabilité sociale renforce amplement la probabilité d'être en mauvaise santé.

³⁰ MENVIELLE G., Leclerc A., CHASTANG J.-F., Luce D. Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle. BEH, 2008, n° 33 : p. 289-292.

³¹ TRUGEON A., Thomas N., Michelot F., LEMERY B., FNORS Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton. Paris: Elsevier-Masson, coll. Abrégés, 2010.

Il n'y a pas de déterminisme, mais des déterminants qui interagissent, s'enchainent, voire se modifient au cours du temps. Le poids de chaque déterminant et son mode d'interaction sont peu connus et semblent par ailleurs dépendre fortement du contexte (impact différencié suivant les individus, les pays, le lieu de vie, le système socio-économique, etc.).

Si le poids respectif de chaque déterminant n'est pas connu, il a cependant été montré par des travaux épidémiologiques et de socio-épidémiologie que les comportements individuels défavorables à la santé (consommation de tabac, d'alcool, mauvaise alimentation, sédentarité, etc.) dont on sait qu'ils exposent à des facteurs de risque responsables de pathologies connues pour être les premières causes de décès dans de nombreux pays (cancers, maladies cardiovasculaires, etc.) ne sont pas prépondérants pour expliquer les inégalités de santé observées et ne peuvent à eux seuls les expliquer.

En effet, à facteurs de risque égaux au regard des comportements individuels, d'autres facteurs pour lesquels un lien direct n'est pas établi (comme l'est, par exemple, le lien entre tabac et cancer du poumon) apparaissent statistiquement liés à l'état de santé. Ce sont ces facteurs qui sont appelés déterminants sociaux de santé.

Les travaux de recherche en épidémiologie sociale et géographie de la santé apportent des éclairages nouveaux sur les déterminants sociaux qui bousculent l'approche biomédicale de la santé qui prédomine encore en France. Ils documentent, de façon convergente, la connaissance des inégalités sociales de santé et celle des liens avec les déterminants sociaux.

Ces travaux, dont le plus ancien est celui de Whitehall en 1987 connue aussi sous le nom de « Stress & Health Study », démontrent que les comportements à risques n'expliquent qu'une part de l'état de santé et que toute chose égale par ailleurs, la part de l'inexpliqué est d'autant plus importante que l'on appartient à la catégorie la plus défavorisée³².

En 2004, le programme de recherche « Mesurer l'impact des déterminants non-médicaux des inégalités sociales de santé », coordonné par l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) avec la participation de l'INSERM, du CNRS, des

³² MARMOT M., ROSE G., SHIPLEY M., HAMILTON P.J.S. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1978, n° 32: p. 244-249.

services du Ministère chargé de la Santé et des caisses de l'assurance maladie, a identifié trois grands types de facteurs collectifs influant sur l'état de santé et pouvant constituer une explication aux inégalités sociales de santé, dans la mesure où l'importance de ces facteurs varie selon le milieu social.

Ces trois types de facteurs sont :

- le soutien social apporté par le réseau de relations dont dispose l'individu ;
- le capital social, c'est-à-dire le degré d'équipement et de cohésion de l'environnement social dans lequel évolue l'individu ;
- la position hiérarchique ressentie au sein de son groupe de pairs.

Les comportements individuels n'expliquent pas à eux seuls l'état de santé des individus et les écarts de santé entre les groupes sociaux. Les comportements préjudiciables à la santé apparaissent associés aux positions inégales que les personnes occupent dans la hiérarchie sociale et l'état de santé résulte de l'action de déterminants socio-environnementaux.

« Les inégalités sociales de santé résultent d'un ensemble de déterminants, à savoir accès aux soins et à la prévention mais aussi conditions socioéconomiques : logement, emploi et conditions de travail, niveau de ressources et d'éducation. Elles prennent leur racine dès l'enfance. Ces inégalités se traduisent notamment en France par une forte surmortalité chez les travailleurs manuels.³³ »

Plusieurs groupes de chercheurs ont pu établir que le stress généré par des situations sociales hostiles entraînait des effets pathogènes. Par ailleurs, les stress les plus nocifs pour la santé ne seraient pas ceux découlant d'une crise, mais plutôt ceux qui durent longtemps. Or, on voit bien au regard des données recueillies dans les entretiens³⁴ que les populations en situation de précarité souffrent pour une grande majorité de troubles psychiques, psychologiques et psychiatriques selon des degrés différents. Il est très difficile de répondre à leurs problématiques de santé mentale pour diverses raisons. La première étant qu'il n'y a pas assez de psychiatres sur le territoire prospecté. De plus, les CMP sont

³³ LANG T., LECLERC A. « Les inégalités sociales de santé en France : portrait épidémiologique », sous la direction de POTVIN L., MOQUET M-J., M. JONES C. « Réduire les inégalités sociales de santé », INPES, coll. Santé en action, 2010, p.63

³⁴ Cf. annexe 8

débordés et donc les délais d'attente sont beaucoup plus long pour obtenir un rendez-vous et enfin que les consultations psychologiques ne sont pas remboursées par la sécurité sociale.

Le modèle présenté dans le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé, rassemble l'ensemble des déterminants reconnus.

Ce modèle est fondé sur les interactions que des déterminants dits « structurels » des inégalités sociales de santé entretiennent avec des déterminants dits « intermédiaires » de l'état de santé.

Les déterminants structurels de l'état de santé relèvent du contexte politique et socio-économique du pays. Parmi les facteurs qui influent sur la stratification sociale et économique du pays (et donc sur la répartition sociale de la population en fonction du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe, de ses origines ethniques), on trouve : la gouvernance, les politiques macro-économiques, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture et les valeurs de la société. Ces facteurs ont un impact sur la distribution inégale des déterminants intermédiaires.

Les déterminants intermédiaires de l'état de santé se rapportent aux conditions matérielles, psychologiques, aux facteurs biologiques et génétiques, aux comportements, ainsi qu'au rôle de l'accès au système de santé. Parmi les éléments pris en compte, on citera pour les conditions matérielles : le logement, la qualité du quartier, la consommation potentielle (c'est-à-dire les moyens financiers d'acheter des aliments sains, des vêtements chauds, etc.), l'environnement physique du travail. Les facteurs psychosociaux renvoient au stress des conditions de vie et de travail, aux relations et au soutien social. Les comportements concernent la nutrition, l'activité physique, la consommation de tabac et d'alcool, qui ont une répartition socialement stratifiée entre les différents groupes sociaux.

En termes de santé publique, il est essentiel d'agir sur ces déterminants afin de réduire ces inégalités. Des politiques de santé ont été mis en place depuis bien des années dont celles liées à la lutte contre les exclusions, elles restent néanmoins encore insuffisantes.

L'objectif premier des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion est de garantir sur l'ensemble du territoire, l'accès de tous, en particulier des populations en difficultés sociales, aux droits fondamentaux, droits qui ont une valeur constitutionnelle.

Depuis plus de 25 ans, les politiques de lutte contre la pauvreté ont été conçues comme des politiques sociales spécifiques à destination de publics « cibles » aux contours flous : les populations en difficultés sociales.

Ces politiques d'insertion par l'emploi et l'activité (du RMI au RSA) et d'accès effectif aux droits fondamentaux dans tous les domaines de la vie sociale (loi d'orientation de 1998, loi DALO) se caractérisent par leur transversalité.

Les différentes politiques publiques (politique de l'hébergement et du logement, politique d'insertion par l'emploi, politique de la ville, politique familiale..., politique de redistribution) participent à un titre ou à un autre à la lutte contre la pauvreté et les exclusions qui reste , selon l'article L.115-1 du CASF *« un impératif national fondé sur l'égalité de dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation. Elle tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance... »*.

Or, la problématique du logement, comme nous l'avons signalé plus haut, reste entière aujourd'hui. Les acteurs de terrain interrogés sont unanimes en soulignant le fait que sans logement ou du moins un hébergement décent, il est difficile de « prendre soin de soi » pour ces personnes et pour les professionnels de mener des actions de prévention à des personnes n'ayant pas accès aux soins quelle que soit la raison.

5.2 Quelles perspectives pour notre société dans la réduction des inégalités de santé

Un questionnement fondamental pour moi est que malgré tous les dispositifs d'accès aux soins et au droit commun, certaines franches de la population restent exclues du système de santé français.

Les associations caritatives et les ONG essaient d'apporter des réponses aux manquements des missions de service public dévolues au système même.

Pour avoir accès aux soins dans notre système de soins, il faut être en situation régulière, avoir une domiciliation et avoir les droits sociaux ouverts (AME, CMU, CMU-C).

Or, selon les profils des personnes en situation de précarité, elles n'ont pas forcément tout cela soit parce que les démarches administratives n'ont pas été faites, on voit la complexité de la bureaucratie française très compartimentée, soit parce qu'elles sont sans papiers, comme les demandeurs d'asile, soit parce qu'elles sont dans un isolement tel qu'elles ne savent pas vers qui se tourner, ni entrer en contact avec les services sociaux de la zone.

Le dénominateur commun à ces populations sont «la précarité » qui se décline sous différentes formes et situations, donnant une déclinaison de profils de personnes comme :

- Les sans domicile fixe
- Les demandeurs d'asiles
- Les sans-papiers
- Les migrants
- Les travailleurs pauvres
- Les personnes ayant un minima social vivant en dessous du seuil de pauvreté

Quelles sont les solutions ou propositions envisagées pour que chaque personne, quel que soit son origine ethnique ou sociale, soit en droit d'avoir accès aux soins et à la prévention en passant par notre système de santé ?

Depuis quelques années, les associations caritatives se sont multipliées et pour certaines ont élargi leurs champs d'actions afin de répondre au plus près des besoins vitaux des plus démunis du territoire. On peut citer l'association Médecins du Monde qui œuvre depuis des années pour les personnes n'ayant aucune ressource financière ou les migrants en situation irrégulière. L'association de l'Ordre de Malte France suit la même démarche auprès des plus démunis qui n'ont pas accès aux soins.

On serait en droit de se poser des questions et de penser qu'il existerait une « médecine à deux vitesses » et qu'il vaut mieux être du bon côté pour recevoir les soins et accéder à l'information pour une prise en charge préventive sur divers domaines de la santé ?

Même si la crise a des effets « néfastes » sur l'économie nationale et le monde du travail, cela n'explique pas le « désinvestissement » des autorités publiques.

Les observatoires des différentes régions de France montrent des chiffres sur la « précarité » par le biais des taux personnes avec des minimas sociaux comme le RMI, RSA, CMU, CMU-C. Il n'est pas question des problématiques de terrain quant à l'accès aux soins des personnes n'ayant aucune couverture sociale, soit parce qu'elle est étrangère,

soit parce qu'elle a renoncé à faire toutes les démarches administratives pour obtenir ces droits. L'observation est plus quantitative avec des chiffres intéressants que qualitative qui nous donnerait des éléments de compréhension pour tenter une autre approche dans l'espoir d'aller à la rencontre des personnes concernées par ces inégalités sociales de santé.

En quoi l'action des ONG peut-elle favoriser l'accès aux soins ou même réduire les inégalités de santé des populations les plus précaires et vulnérables, alors qu'il est fait mention dans le code de la protection sociale que « toute personne a droit à l'accès aux soins » ? Est-ce que les ONG se substituent au droit commun ? Quel impact ont ces interventions dans le système de santé actuel ?

Si l'ONG ne cherche pas à se substituer au droit commun, que peut-elle apporter de plus que ne pourrait le faire le système de santé avec tous ces dispositifs et acteurs de terrain ? Quelles sont ces actions et ses objectifs ? Est-ce répondre aux besoins de santé des populations que de se « décharger » de ces propres missions sur les associations caritatives et les ONG. ?

Quelles sont les politiques sociales et/ou sanitaires qui permettent cela ? Vers quel système de prise en charge doit-on se tourner au regard de toutes ces inégalités sociales de santé ? Un Etat démocratique comme la France se doit d'être honnête et transparent envers ces citoyens.

Quelle est la force des ONG qui viennent en aide aux populations démunies et vulnérables à l'étranger ? Est-ce la même force, les mêmes compétences que l'on retrouve quand elles sont au service des plus précaires en France ?

Les inégalités sociales de santé sont liées aussi aux inégalités de territoires, tant au niveau régional, départemental et communal. Force est de reconnaître que la « couleur » politique a une influence sur l'implication ou pas des représentants des autorités publiques pour l'améliorer les conditions de vie des plus démunis de leur territoire. On peut le constater entre les communes d'Asnières-sur-Seine et Gennevilliers ou bien entre le département des Hauts-de-Seine (92) et la Seine Saint-Denis (93). Ils ne mettent pas les mêmes moyens pour l'accès au logement, l'accès aux soins ou la protection maternelle et infantile.

La proposition faite par l'IGAS dans son rapport de 2011³⁵ est intéressante pour organiser un travail en collaboration avec les différents dispositifs et programmes, encore faut-il qu'une coordination efficace puisse être mise en place.

Il écrit ces mots :

« Prendre en compte les inégalités sociales de santé dans les outils de contractualisation entre Etat et collectivités comme les contrats locaux de santé, les contrats urbains de cohésion sociale et les contrats de projets Etat-région. La dimension transversale des CLS pourraient être ainsi renforcée en les soumettant à signature tripartite du Préfet, de l'ARS et de la collectivité territoriale concernée. En outre le sujet de l'articulation entre les actions « santé » de la politique de la ville (volet « santé » des CUCS et ASV) et les CLS devraient faire l'objet d'une articulation soigneuse, afin de vérifier la cohérence à la fois des actions envisagées et des financements dont elles bénéficient. Par ailleurs, des contrats avec des entreprises seraient à développer afin de mieux prendre en compte les déterminants liés au milieu du travail notamment. »

Je termine ce chapitre par ces questionnements car au terme de ce travail, je n'ai pas trouvé de solutions définitives pour réduire les inégalités de santé, seulement des pistes d'actions ou d'interventions qu'il faut adapter selon les régions, les communes et même les quartiers.

En reprenant la définition de la santé de l'OMS : *« la santé est un état de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »*, on constate que la définition de la santé ne fait référence à aucune mesure parce qu'aucune mesure, ni plusieurs ne peuvent déterminer une fois pour toute l'état de bien-être d'un individu donc sa santé.

Le bien-être est un ressenti c'est donc une évaluation subjective personnelle, autrement dit : personne d'autre que nous-mêmes ne peut déterminer de notre état de bien-être et chacun a ses propres références en termes de santé.

A partir de là, il nous faut être humble dans nos tentatives de réduction des inégalités de santé des populations défavorisées et précaires

³⁵MOLEUX M., Dr SCHAEZEL F., SCOTTON C.: « Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action », Rapport de l'IGAS, mai 2011.

Conclusion

Au terme de ce travail de recherche sur les inégalités de santé en France et en Ile-de-France, je reste prudente sur les possibilités de trouver des solutions toutes faites pour les réduire. Les personnes concernées sont les plus précaires, les personnes sans domicile, les hommes et les femmes ayant eu des « accidents de parcours » dans leur vie, les migrants en situation irrégulière et bien d'autres comme les travailleurs pauvres, les jeunes en rupture familiale et sociale.

Toutes ces personnes sont différentes dans leurs modes de vie, leurs origines ethniques, leur mentalité, leur niveau d'études, leur histoire familiale et générationnelle, aussi il me paraît présomptueux d'appliquer des actions de santé publique à coup de programmes ou de contrats de santé sans avoir au préalable étudié de plus près ce qui fait que ces personnes sont là où elles en sont, dans toutes leurs dimensions biologique, psychologique, sociologique et spirituelle.

Je terminerais cette conclusion en citant ce passage de Lang et Leclerc dans l'ouvrage des « inégalités de santé en France : portrait épidémiologique » :

« Inégalités sociales de santé : une double ambiguïté pèse sur ces termes en France, où ils renvoient volontiers à la précarité et à l'exclusion, avec une attention particulière portée aux populations les plus défavorisées. C'est par exemple le sens de l'article qui leur est consacré dans la loi de santé publique de 2004. De plus, le terme santé évoque prioritairement dans notre pays les soins, si bien qu'évoquer les inégalités sociales de santé est souvent compris comme poser la question de l'accès aux soins des plus défavorisés. Les questions que soulèvent les inégalités sociales de santé sont plus larges³⁶. »

« L'ensemble des données exposées montre la nécessité d'intervenir. Le caractère très vaste des déterminants de la santé implique de raisonner en approches intersectorielles et de cesser de penser la santé comme une catégorie à part des autres domaines sociaux et économiques. Les inégalités sociales de santé découlent des choix et des politiques des institutions publiques. Même s'il faut souligner qu'il n'est qu'un des aspects d'une démarche de réduction des inégalités, le système de santé a un rôle à jouer. Au minimum le système de santé a la responsabilité de ne pas les aggraver ».³⁷

³⁶ LANG T. et LECLERC A., *Les inégalités sociales de santé en France : portrait épidémiologique*, sous la direction de Louise POTVIN, Marie-José MOQUET, Catherine M. JONES, « Réduire les inégalités sociales de santé », INPES, coll. Santé en action, 2010.

³⁷ Idem

Bibliographie

OUVRAGES

- LANG T. et LECLERC A., *Les inégalités sociales de santé en France : portrait épidémiologique*, sous la direction de POTVIN L., MOQUET M-J., M. JONES C., «Réduire les inégalités sociales de santé, INPES, coll. Santé en action, 2010.
- MARMOT M., ROSE G., SHIPLEY M., HAMILTON P.J.S. *Employment grade and coronary heart disease in British civil servants*. Journal of Epidemiology and Community Health, 1978, n° 32.
- MENVIELLE G., Leclerc A., CHASTANG J.-F., Luce D. *Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle*. BEH, 2008, n° 33.
- Dr MERCUEL A., *Souffrance psychique des sans-abri : vivre ou survivre*, éd. Odile Jacob, 2012.
- MOLEUX M., Dr SCHAETZEL F., SCOTTON C.: *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action*, Rapport de l'IGAS n° RM2011-061P, Mai 2011.
- TRUGEON A., THOMAS N., MICHELOT F., LEMERY B., FNORS : *Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton*. Paris: Elsevier-Masson, coll. Abrégés, 2010.

RAPPORTS

- ONPES, « Crise économique, marché du travail et pauvreté », Rapport 2011-2012
- Ordre de Malte France, Rapport d'activité 2012.
- Secours Catholique, délégation des Hauts-de-Seine, Rapport d'activité 2011.
- PU-AMI, rapport annuel 2011.

ARTICLES

- Dr LASNE N., « Accès aux soins : la rupture », Dossier : Accès aux soins : le recul, revue *Pratiques*, n°57, Avril 2012, p.12.
- Dr LALANDE M., « Un droit qui se retourne », Dossier : Accès aux soins : le recul, revue *Pratiques*, n°57, Avril 2012, p.15.
- Dr LALANDE M., « Double peine », dossier : déserts médicaux, où est le problème ?, revue *Pratiques*, n° 60, Janvier 2013, p. 27
- Dr LALANDE M., « Ile déserte », dossier : déserts médicaux : où est le problème ?, revue *Pratiques*, n°60, p.13
- LE TORREC V., « Sur le rôle des villes », Dossier : Un système de santé à reconstruire, revue *Pratiques*, n°57, Avril 2012, p.51.
- Pr SALEM G., RICAN S., VAILLANT Z., BOCHATON A., « Egalité bafouée », Dossier : Les déserts médicaux : où est le problème ? revue *Pratiques*, n°60, Janvier 2013, p.12.
- LEVEQUE E., « La CMU fête ses 10 ans: quel bilan ? » Article de l'Expansion, publié le 07/09/2009.
- VIDAL A. animatrice réseau « errance » au Secours catholique : « Les demandes de dossier explosent », article du journal Le Parisien du 22/11/2011.

SITES

- [www.ville](http://www.ville-de-gennevilliers.fr) de Gennevilliers : « Contrat local de santé de la ville de Gennevilliers, janvier 2012 ».
- [www.ORS](http://www.ors-idf.fr) Ile-de-France.

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des acteurs de terrain interrogés pour l'enquête.

Annexe 2 : Grille d'entretien semi-directif auprès des 3 médecins généralistes.

Annexe 3 : Grille d'entretien semi-directif auprès de l'infirmière libérale.

Annexe 4 : Grille d'entretien semi-directif auprès des référents du « réseau migrants » et du réseau « errance » du Secours Catholique des Hauts-de-Seine.

Annexe 5 : Grille d'entretien semi-directif auprès des professionnels du social du CCAS responsable du centre d'hébergement d'urgence d'Asnières.

Annexe 6 : Grille d'entretien semi-directif auprès des responsables de l'ARÈS 92.

Annexe 7 : Grille d'entretien semi-directif auprès du médecin responsable de la Solidarité et du Samu social médicalisé de l'Ordre de Malte France.

Annexe 8 : Retranscription des entretiens réalisés auprès des acteurs de terrain

Annexe 9 : Organigramme de PU-AMI

Annexe 1 : Liste des acteurs de terrain interrogés pour l'enquête

- Dr Elise LEBOURG, médecin généraliste à Asnières
- Dr Martine LALANDE, médecin généraliste à Gennevilliers
- Dr Nadja PILLON, médecin généraliste à Gennevilliers
- Melle Christelle GUILBERT, infirmière libérale à Asnières
- Dr Aline SEIF, médecin coordinateur de l'ARES 92 et Christine CHANDEMERLE, directrice administrative de l'ARES 92
- Jean-Luc RAGNATELA, assistant socio-éducatif et Jehanne CHAMAK, assistante sociale du CCAS d'Asnières
- Hélène CECCATO, animatrice responsable d'équipe de bénévoles pour le réseau « migrants »
- Aliénor VIDAL, animatrice responsable d'équipe de bénévoles pour le réseau « errance »
- Dr Guy LESSIEUX, médecin responsable de la Solidarité et du Samu social médicalisé de l'Ordre de Malte France.

Annexe 2 : Grille d'entretien semi-directif auprès des médecins généralistes

- 1) Avez-vous des patients ayant des difficultés pour concernant leur couverture sociale? Si oui, quelles sont ces difficultés ?
- 2) Quel est le pourcentage de patients ayant une AME parmi votre patientèle?
- 3) Quels sont les « profils »des personnes dits « précaires » dans votre patientèle?
- 4) Les patients vous font-ils part de leurs difficultés quant à l'avance des frais pour se procurer des traitements?
- 5) Est-ce que cela influence votre prescription ? Comment ?
- 6) Comment réagissez-vous ? Informez-vous la population de ces droits concernant l'accès aux soins ?
- 7) Avez-vous l'impression que certaines personnes attendent le dernier moment avant de consulter ? (pour quelles pathologies ?) Pour quelles raisons selon vous ?
- 8) Est-ce que certains patients vous font-ils part d'expérience de renoncement aux soins ?
- 9) Comment réagissez-vous dans ce cas ?

- 10) Quelles orientations proposez-vous à un patient dont vous décelez qu'il a besoin de parler, d'un soutien psychologique ou de problème d'un autre ordre que médical ?
- 11) Vos patients vous posent-ils beaucoup de questions concernant leur problème de santé? Vous demandent-ils beaucoup de conseils ?
- 12) Est-ce que les plaquettes d'information dans votre salle d'attente sont lues et utilisées par les patients ?
- 13) Lorsque vous orientez un patient vers un spécialiste, lui conseillez-vous des confrères ? Ou vous lui laissez le libre choix du praticien? Et pour un patient n'ayant pas de couverture sociale, comment gérez-vous la situation ?
- 14) Appelez-vous le confrère en question en cas d'urgence ?
- 15) Quand vous prescrivez une prise en charge par un masseur-kinésithérapeute par exemple, est ce que vous décelez des réticences d'ordre financier, d'investissement temporel ou de mobilité chez vos patients ?
- 16) Cela mène-t-il à des retards et/ou à des renoncements aux soins ?
- 17) Faites-vous beaucoup de consultations à domicile ? Pour le public « précaire » ?
- 18) Ces consultations vous semblent-elles toujours justifiées ?
- 19) Connaissiez-vous les structures sociales, associatives, etc., sur la commune quand vous rencontrez des patients sujet à l'addictions, violence, détresse familiale,... ? Les orientez-vous vers ces structures ?
- 20) Selon vous, comment pourrait-on améliorer l'accès aux soins pour la population ?
- 21) Avez-vous identifié des besoins spécifiques en termes de prévention et de promotion à la santé parmi votre patientèle ? Lesquels ?
- 22) Quelles sont, à votre avis, les actions de prévention, d'éducation en santé ou de médiation sanitaire qui vous semblerait adaptées pour la population rencontrée?
- 23) Autres remarques ?

Annexe 3 : Grille d'entretien semi-directif auprès de l'infirmière libérale

- 1) Quel est votre secteur d'intervention géographique ?
- 2) Quel « profil » de public rencontrez-vous généralement dans vos tournées?
- 3) Y-a-t-il un public « précaire » que vous suivez dans vos soins à domicile ? Quel est leur profil ?
- 4) Comment percevez-vous les difficultés d'accès aux soins pour les personnes que vous rencontrez?

- 5) Quels sont vos partenaires professionnels dans votre exercice infirmier quand vous rencontrez des situations de difficulté d'accès aux soins ?
- 6) Y a-t-il selon vous des reculs et/ou des renoncements aux soins ? Dans quels cas ?
- 7) Quel est le pourcentage de patients ayant une AME parmi vos patients ?
- 8) Quels sont les besoins en santé que vos patients expriment ?
- 9) Avez-vous identifié des besoins spécifiques en termes de prévention et de promotion à la santé parmi vos patients ? Lesquels ?
- 10) Que proposez-vous à un patient dont vous décelez qu'il a besoin de parler, ou besoin d'un soutien psychologique ou de problème d'un autre ordre que médical ?
- 11) Parvenez-vous à répondre aux besoins de la population en termes de soins et de prévention ?
- 12) Pensez-vous qu'il y aurait des actions en termes de prévention, d'éducation en santé ou de médiation à mettre en place afin de répondre au mieux aux besoins de santé de la population de la commune ? Si oui, avec quels partenaires ?
- 13) Avez-vous d'autres remarques ?

Annexe 4 : Grille d'entretien semi-directif auprès des référents du « réseau migrants » et du réseau « errance » du Secours Catholique des Hauts-de-Seine

- 1) Quelles missions exercez-vous auprès du public ? Comment intervenez-vous auprès de la population ?
- 2) Quel « profil » de public rencontrez-vous généralement ?
- 3) Quelles sont leurs principales problématiques ?
- 4) Quelle est la place de la santé pour le public que vous recevez ? Est-ce une préoccupation ? Est-ce que votre public vous en parle ?
- 5) Quels sont les domaines qui préoccupent ce public ? Qu'en pensez-vous ?
- 6) Repérez-vous d'autres besoins qui ne sont pas exprimés par le public ?
- 7) De quels ordres sont les difficultés qu'ils rencontrent en termes de santé ?
- 8) Comment s'organise votre association dans votre commune, le département ? (quels sont les points positifs, les manques, partenariats?...)
- 9) Y a-t-il selon vous des reculs et/ou des renoncements aux soins ? Dans quels cas ? Quelles en sont les raisons selon vous ?
- 10) Comment percevez-vous ces difficultés d'accès aux soins pour votre public ?

Fatima MAGANE -

- 11) Quelles solutions pourrait-on apporter pour réduire ces inégalités sociales de santé ?
- 12) Parvenez-vous à répondre aux besoins identifiés de la population que vous rencontrez ?
- 13) Pensez-vous qu'il y aurait des actions en termes de prévention, d'éducation en santé ou de médiation à mettre en place afin de répondre au mieux aux besoins de santé de la population de la commune ?
- 14) Autres remarques ?

Annexe 5 : Grille d'entretien semi-directif auprès des professionnels du social du CCAS responsable du centre d'hébergement d'urgence d'Asnières

- 1) Quelles missions exercez-vous auprès du public ? Comment intervenez-vous auprès de la population ?
- 2) Quels « profils » de public rencontrez-vous généralement au centre d'hébergement ?
- 3) Quelle est la place de la santé pour le public que vous accueillez ?
Est-ce une préoccupation ? Est-ce que les personnes vous en parlent ?
Quels sont les domaines qui les préoccupent ?
- 4) Repérez-vous d'autres besoins qui ne sont pas exprimés par les personnes fréquentant le centre d'hébergement d'urgence ?
- 5) De quels ordres sont les difficultés qu'ils rencontrent en termes de santé ?
- 6) Comment percevez-vous les difficultés d'accès aux soins pour votre public ?
- 7) Y a-t-il selon vous des reculs et/ou des renoncements aux soins ? Dans quels cas et pour quelles raisons ?
- 8) Parvenez-vous à répondre aux besoins de la population en termes d'accès aux soins ?
- 9) Pensez-vous qu'il y aurait des actions en termes de prévention, d'éducation en santé ou de médiation à mettre en place afin de répondre au mieux aux besoins de santé de la population de la commune ? Si oui, avec quels partenaires ?
- 10) Autres remarques ?

Annexe 6 : Grille d'entretien semi-directif auprès des responsables de l'ARÈS 92

- 1) Pouvez-vous me parler de ce réseau ARÈS ? Quelles sont ses missions ?
(Origine du réseau, son financement, les partenariats).
- 2) En tant que coordinateur, quelles sont vos responsabilités dans ce réseau ARES ?

- 3) Concrètement, comment s'organise ce dispositif sur votre commune ?
- 4) Quels sont, selon vous, les points forts et les limites de ces dispositifs ?
- 5) Quels sont ces difficultés d'accès aux soins que vous repérez au niveau de la population ?
- 6) De quels ordres sont ces difficultés ? (freins, mobilité, financière, culturel,...)
- 7) Comment intervenez-vous sur l'accès aux soins dans votre commune ?
Moyens et ressources disponibles ?
Travail en partenariat ? En réseau ? Avec des professionnels de santé ? Avec des professionnels du social ? Avec d'autres communes ?
Action(s) sur la qualité de vie ? (habitat et salubrité...)
- 8) Quels freins rencontrez-vous ou observez-vous ?
- 9) Quels sont, selon vous, les autres possibilités d'améliorer l'accès aux soins de la population ?
- 10) Quelles seraient les actions les plus adaptées selon vous ?
- 11) D'autres remarques ?

Annexe 7 : Grille d'entretien semi-directif auprès du médecin responsable de la Solidarité et du Samu social médicalisé de l'Ordre de Malte France.

- 1) Pouvez-vous me présenter les missions et actions que vous avez auprès des populations en grande précarité ?
- 2) Quelle est votre zone d'intervention au niveau du département 92 ?
- 3) Comment fonctionnez-vous au quotidien au cours des maraudes ? Comment est composée l'équipe ?
- 4) Quel est votre rôle en tant que médecin responsable ?
- 5) Quels sont vos partenaires dans vos activités ?
- 6) Quels sont les problèmes de santé que vous rencontrez le plus souvent chez ces personnes dans la rue ? Les orientez-vous ?
- 7) Quels sont les besoins auxquels vous ne pouvez pas répondre ?
- 8) Selon vous, quels sont les freins à l'accès aux soins pour cette population en grande précarité ?
- 9) Quelles seraient les solutions ou les actions qui pourraient améliorer l'accès aux soins pour tous ? Politiques de santé ? Changement dans notre système de santé ?

Fatima MAGANE -

- 10) En termes de prévention, voyez-vous des actions qui pourraient être réalisées auprès de ces populations ?
- 11) Quelles perspectives voyez-vous pour ces personnes démunies et vulnérables dans les années à venir ?
- 12) D'autres remarques ?

Annexe 8 : Les retranscriptions des entretiens réalisés auprès des acteurs de terrain

Retranscription de l'entretien avec Dr LEBOURG Elise, le 18 avril 2013 (30 mn)

Médecin généraliste à Asnières, elle travaille sur le secteur depuis près de 8 ans : 5 ans en remplacement puis installation dans le cabinet depuis 2010.

1. Problème de couverture sociale, pour les migrants, ceux en irrégularité.
Problème d'accès aux soins le plus souvent.
2. Environ 20% de la patientèle a une AME.
3. Le profil des précaires :
 - Familles monoparentales, femmes seules immigrées dans les hôtels
 - Migrants, essentiellement du Maroc (place Voltaire appelé la « place d'Agadir ») => vivent le plus souvent dans la famille ou des personnes qu'ils connaissent.
4. Patients expriment leurs problèmes financiers pour certains traitements, soins ou services.
5. Cela influence sur ces soins, ses prescriptions en les limitant, en ne prescrivant que le strict nécessaire :
« Je voudrais prescrire une prise de sang ou une radio, je ne peux pas le faire »
« Je pèse chaque ligne de mon ordonnance »
6. Comment elle réagit à cette situation : elle appelle le réseau ARES où elle est adhérente au réseau ARES 92, elle remplit un questionnaire sur le patient qui n'a pas l'accès aux soins pour raison financière, elle leur envoie le questionnaire ; le réseau ARES a une liste de dentistes, radiologues, pharmaciens, etc., et va indiquer au médecin le professionnel de santé demandé, c'est le réseau qui va payer le professionnel et non le patient. Il y a une assistante sociale attachée à ce réseau et voit comment le patient peut avoir accès au droit.
Le réseau ARES s'occupe également tout ce qui est précarité, addiction, toxicomanie, VIH, hépatite C, les migrants.
7. Non, les patients viennent s'ils ont besoin
8. Patients expriment quand ils ont dû renoncer à certains soins, mais ce n'est pas fréquent dans son cabinet.

Un défaut de soins sur le plan de la psychiatrie faute de moyens dans la zone géographique où les psychiatres font partie du secteur 2 et les consultations de psychologue ne sont pas remboursées.

9. Dr Lebourg a son astuce pour avoir une psychologue qui fait partie d'un réseau à Nanterre à moins coût pour le patient.

Il y a un CMP dans le secteur mais c'est difficile d'avoir des rendez-vous.

10. Réseau de soins psychologiques ADES à Nanterre pour les consultations avec psychologue quand il y a un besoin pour le patient qui n'a pas les moyens de payer. Dr Lebourg a aussi une écoute attentive auprès de ces patients en leur accordant du temps pour exprimer leurs problèmes.

Elle facilite l'accès à sa consultation en pratiquant le tiers-payant, le patient ne paie que 6, 90€ la consultation ; la sécurité sociale accepte sans problème cette pratique.

11. Les patients ne sont pas demandeurs de conseils, c'est plutôt au médecin de donner les informations utiles au patient.
12. Les plaquettes ne sont pas systématiquement lues ou prises dans la salle d'attente, les dépliants font plus de la « publicité » que de la vraie information éducative aux personnes venant consultées. Elle va changer ces plaquettes par d'autres.

Par contre, Dr Lebourg donne au patient au moment de la consultation des informations sous forme de plaquettes vraiment intéressantes que les patients lisent par la suite car c'est vraiment ciblé à la problématique de santé qu'a le patient.

13. Généralement, Dr L. conseillent les spécialistes, quand il y a besoin, car elle sait que les patients attendent d'elle qu'il lui indique ceux du secteur 1 (sans dépassement d'honoraire).
14. Elle appelle le confrère spécialiste s'il y a urgence à consulter pour le patient afin de répondre au plus vite à l'urgence.
15. Prise en charge kiné : dans la zone, les kinés ne font pas de domicile sauf un seul ; pour ceux qui ont une mutuelle, ils pourront aller aux séances de kiné, mais pour ceux qui n'en ont pas ils renoncent aux soins.
Pas de solution de « substitution » pour ces patients n'ayant pas de moyens.
16. Les patients sous AME peuvent aller chez le kiné, mais ceux qui renonce aux soins sont ceux qui n'ont pas de mutuelle ni de CMU.
Cela arrive peu souvent à son cabinet.
17. Dr L. fait peu de consultation à domicile car seule à son cabinet ; elle a un créneau une fois par semaine et c'est essentiellement des patients qui ne peuvent pas du tout se déplacer et qu'elle suit depuis longtemps.

Elle n'a pas de public « précaire » dans ces consultations à domicile.

18. Ces consultations à domicile sont toujours justifiées car elles sont ciblées.

19. Dr L. ne connaît pas assez les structures sociales ou associatives du secteur de la commune mis à part les réseaux ARES et ADES, CCAS, Yanick Noah centre socioculturel (des aides). Elle se pose la question à savoir pourquoi elle n'a pas plus de contacts dans sa liste qui pourrait être enrichie.

Ne connaît pas les structures caritatives comme les « restos du cœur » ou le secours catholique de la commune d'Asnières ou de Gennevilliers.

Par contre, elle a des adresses pour orienter les patients ayant des problèmes d'addiction alcool, ou pour les violences conjugales.

Elle ne reçoit pas les patients toxicomanes car seule au cabinet et ne veut pas avoir de problèmes « relationnels » avec ce type de patient.

20. Comment améliorer l'accès aux soins de la population : globalement assez positif, mais les médecins généralistes devraient être mieux informés sur ces types de structures, vers qui se tourner, se rencontrer, connaître ces réseaux...

Elle ne connaît pas ce que sont les AVS.

Elle ne reçoit aucune information des autres acteurs de terrain sauf le réseau qu'elle s'est constitué.

21. Besoins spécifiques en termes de prévention :

- sur le diabète, mais elle reconnaît que la prévention est faite dans les foyers.
- Au niveau de la psychiatrie : beaucoup de problèmes de dépression liés à ces situations de précarité qui ne sont pas formulés par les patients.
- Quels seraient les interlocuteurs : des psychologues de rue qui seraient payés par un réseau comme cela existe à Nanterre avec l'ADES et ARÈS 92.

22. Actions de prévention : « Maison de solidarité de Gennevilliers » accueille les personnes en grande précarité et SDF ; il y a un médecin et une assistante sociale qui orientent les personnes.

Retranscription entretien avec Dr LALANDE Martine, le 19 avril 2013 (45 mn)

Médecin généraliste installé à Gennevilliers depuis 1987, travaille aussi dans le centre IVG à l'hôpital de Colombes Louis Mourier et avec le réseau ARES (était un réseau ville-hôpital) en faisant des consultations précarité à la Maison des Solidarités : lieu d'accueil de jour avec différentes activités et des aides concernant les droits sociaux (AME, CMU, à l'hébergement...), une déléguée de la CPAM qui monte les dossiers tous les 15 jours.

Consultations tiers-payant systématique au cabinet : Avec le réseau ARES, un dossier est constitué pour chaque patient qui a demandé la « régularisation » des droits et en attendant ils peuvent consulter certains professionnels de santé.

On soigne bien les personnes qui ont des droits et ceux qui sont très précaires mais ceux qui sont entre les deux n'ont pas les mêmes chances d'accès aux soins ; le problème c'est aussi le rapport à la santé, à la médecine c'est-à-dire qu'il y a les gens qui ne demandent rien à personne, sont très pauvres et attendent d'être très malades pour consulter.

Clientèle très modeste dans le quartier, avec 40% ménages ne payant pas d'impôts, très endettés, pauvres, 30% ayant la CMU et 5% ayant AME (peu dans la zone).

Système de santé français est organisé autour de l'offre et de la demande, mais il n'y a pas la culture de s'occuper de sa santé avant d'être malade. On voit le faire plus chez la classe moyenne et certaines femmes dans le suivi gynéco. Les ASV existent mais que font-ils ?

Difficultés couverture sociale : c'est le renouvellement de la CMU et de l'AME qui doit se faire chaque année ; de même quand les personnes changent de région, cela prend beaucoup de temps avant que la sécurité sociale régularise et fasse le changement.

Pour faciliter l'accès aux soins dans ce cabinet, les médecins pratiquent systématiquement le 1/3 payant, les patients paient 6,90€ au lieu de 23€ et les médecins sont payés par la sécurité sociale (Dr Lalande souligne l'importance que la Sécu doit être bien à jour des dossiers afin que les médecins du cabinet puissent être payés).

Le paiement à l'acte attaché au médecin référent : ce n'est pas une très bonne idée selon Dr Lalande. La franchise pénalise les patients en termes de frein à l'accès aux soins en général avec le système d'avance des frais comme pour le dentiste.

Frein à l'accès aux soins secondaires dus à l'avance des frais ; dépassement d'honoraires
COMEGAS : Collectif des Médecins Généralistes pour l'Accès aux Soins

=> Alina CHAMBAUD, sénatrice des verts : propose que tous ceux qui ont le RSA socle aient systématiquement la CMU.

Hôpital public de Colombes, de Beaujon et Nanterre sont les principaux offreurs de soins hospitaliers.

Profils des personnes en difficultés : hommes seuls, sans papiers, des jeunes marocains

Origine : immigration marocaine historique car les anciens travaillaient à l'usine de Chausson (automobile)

Renoncement aux soins : problèmes financiers surtout

Les médecins du cabinet font attention aux prescriptions (adepte de la revue « prescrire »)

Population qui n'a pas de mutuelle => difficultés ++

Préoccupation sur la couverture sociale des patients afin de faciliter l'accès aux soins : CMU, AME.

Médecin traitant : remboursé qu'un tiers de la somme de la consultation d'où pénalisation pour certains patients.

Patients qui attendent le dernier moment pour consulter : les travailleurs immigrés et français précarisés. Ceux qui sont dans le circuit de soins, il n'y a pas de problème (pour les chroniques).

Les patients renoncent aux soins surtout le dentiste et ophtalmo. Le centre mutualiste dentaire et optique fait moins cher à Gennevilliers.

Patients besoin d'un soutien psychologique :

- les réseaux ARÈS et AGECANONIX (pour personnes âgées) et les psychologues font des consultations ; 1 psychiatre à Villeneuve la Garenne et une à Bois Colombes
- 2 patients sur 3 auraient besoin de soutien psychologique, psychothérapie => les médecins font ce qu'ils peuvent pour les écouter (consultation dure jusqu'à 30 mn)

Les infos aux patients : plaquettes prises dans la salle d'attente mais pas l'idéal

Dr Lalande souhaiterait monter un centre de santé avec tous les autres paramédicaux comme les diététiciens, infirmières...

Les médecins ont un réseau car elles ont confiance dans la façon de recevoir et qu'ils ne prescrivent pas trop. Pour ceux qui n'ont pas de couverture sociale ils sont envoyés à l'hôpital en attendant la régularisation de la couverture.

Kiné : le réseau n'a pas assez de fonds donc les médecins sont obligés d'attendre la régularisation.

Ceux qui n'ont pas de mutuelle, c'est un vrai problème car on ne peut rien faire.

Les visites à domicile : à Gennevilliers c'est surtout des HLM ; peu de visites et toujours justifiés pour ceux qui ne se déplacent plus ; c'est le médecin qui décide que cela se fera à domicile.

Médecin connaît tous les organismes associatifs ; un annuaire est en train de se mettre à jour.

Violence : l'Escale à Gennevilliers ;

Alcool : Gennevilliers et Clichy ; les problèmes de dépistage

Amélioration d'accès aux soins :

- La sécurité sociale rembourse à 100%
- AME et CMU pour 2 ans
- Augmentation de la CSG de 2% permettrait
- Des maisons de santé avec des médiateurs de santé
- Faire des ateliers santé (ne sait pas comment la mairie s'organise pour les ateliers santé)

Prévention : enfants déscolarisés, détresse sociale, des personnes qui souffrent mais qui ne se ; les petites filles qui sont maltraitées, les femmes battues ; les consommations d'alcool et de médicaments => tous ceux qui ne viennent pas voir le médecin ou des associations.

Paieement à l'acte, et offre de soins sont des freins ;

En Belgique, des maisons de santé où tous sont salariés et arrivent à soigner une plus grande partie de la population précaire.

Il manque un maillon...

Retranscription entretien CCAS avec Jean-Luc RAGNATELA (ES) et Jehanne CHAMAK (AS), le 23 avril 2013 (1h)

Ces deux personnes du CCAS sont en charge du Centre d'hébergement « le Havre » à Asnières qui a été créé en 1995 à partir d'une volonté collective de plusieurs associations et de la municipalité => Secours populaire, Conférence Saint-Vincent de Paul et autres associations qui avaient alertés la municipalité des difficultés des personnes sans-abris).

Locaux (ancien atelier) appartiennent à la mairie qui les met à disposition, gérés en direct par le CCAS, il y a une volonté politique que ce soit géré ainsi.

Le CH ouvert en période hivernale, d'octobre à mars, accueil homme et femmes, réhabilité depuis près de 3 ans : 10 personnes isolées (mixité : 6 hommes et 4 femmes), 6 places pour le 115 (dispositif d'urgence) et 4 places en direct en partenariat avec la Maison de la Solidarité.

Public rencontré : il a beaucoup évolué, très hétéroclite, entre 18 ans et 75 ans

- Des jeunes sortis de contrat à l'enfance ou de contrat jeune adulte
- des sans-papiers,
- des bénéficiaires des minima sociaux, RSA, de l'AAH,
- ressources autour du SMIC 50% sans ressource et 10% ayant un salaire (travailleurs pauvres),
- 44% nationalité française et 40% d'origine Afrique du Nord.

Usagers viennent directement ou par le Samu Social de nuit (les maraudes), en journée dès l'ouverture à 17h.

Séjour : de 15 jours, éventuellement renouvelable pour faire part des évaluations au SIAO : tous les cas de figures sont rencontrés dans le CHU, des primo-arrivants dans le dispositif 115, avec tout un travail d'accompagnement à faire jusqu'à ceux qui ont déjà entamé un travail d'accompagnement social.

3 permanences par semaine : accompagnement court pour faire le lien avec les travailleurs sociaux. Ne font pas de domiciliation pour ces personnes en hébergement d'urgence.

Au niveau du CCAS, c'est le pôle : « hébergement affaires signalées » créé en octobre 2008, (procédures d'expulsion, astreinte pour des relogements en cas d'incendie ou autre sinistre,..) 20 à 25 dossiers d'hébergement ou de recherche de logement l'année dernière.

Domiciliation : activité surchargée c'est un travail qui prend beaucoup de temps.

- 150 nouvelles domiciliations par an ;
- près de 400 de file active ;
- à peu près 900 domiciliations faites depuis la création c'est-à-dire 2008.
- uniquement pour les personnes en situation régulière, pas pour les autres situation comme la demande d'AME ou pour l'accès aux soins

=> 3 critères retenus pour la domiciliation :

- situation régulière,

- habiter sur la commune
 - avoir une activité ou une insertion par une activité ;
- entretien pour la domiciliation est fait par un travailleur social
 - gestion des courriers des domiciliations résiliés très chronophage.
 - Les autres n'ayant pas la possibilité d'avoir la domiciliation du fait qu'ils ne remplissent pas les critères, sont orientés vers des associations du côté de Nanterre.

Problématiques de santé des personnes accueillies au CHU le Havre : beaucoup de ces problèmes de santé. Une enquête a été faite auprès des hébergés qui a montré qu'ils mettaient en avant les problèmes de santé qu'ils souhaiteraient régler avant toute démarche de réinsertion sociale.

- Problèmes psychiatriques
 - Déprime
 - Somatiques
 - VIH
 - Alimentation : carence et surpoids
 - Dentaire
- ⇒ Pas possibilité d'orienter ces personnes jusqu'à présent, mais c'est un point que ce département du CCAS souhaiterait développer grâce au projet de l'ouverture à l'année du CHU Le Havre.
- ⇒ Autrefois, il y avait une permanence médicale dans ce centre d'hébergement qui s'est perdu au fil du temps. (la personne interrogée ne sait pas pourquoi).
- ⇒ Prolongation du centre d'hébergement jusqu'à juin 2013 à la demande de la DRILL et projet d'ouverture à l'année du CHU dès 2014. C'est un projet travaillé depuis 2 ans.
- ⇒ Possibilité de phase de stabilisation dans ce CHU pour mise à l'abri ou sortie positive.
- ⇒ Partenariat avec la Maison de la Solidarité (MDS) en leur permettant d'avoir 2 places en direct avec le CHU Le Havre.

Ils vont bientôt rencontrer la directrice de l'ARES dans quelques jours pour voir comment collaborer ensemble et développer un partenariat avec eux en lien avec le SIAO en prévision du projet d'ouverture à l'année du CHU.

Les travailleurs sociaux de Paris boycottent les évaluations pour le SIAO, tandis que les Hauts-de-Seine jouent le jeu avec le SIAO.

Le directeur du SIAO se trouvant à Asnières (rue de la Marne) a changé depuis 6 mois et cela a donné un nouveau souffle au « service social »...

Démarche plus simplifiée pour les travailleurs sociaux car ils envoient un seul dossier d'évaluation au SIAO et pas à tous les centres d'hébergement pour lesquels les listes ne sont pas toujours à jours. De plus, la participation à des réunions où les personnes du SIAO sont présentes, cela leur permet de savoir qui est qui, ce qui facilite les relations interprofessionnelles sans attente.

Difficile d'orienter les personnes quand elles sont prises dans des difficultés administratives et sociales ; les bénéficiaires du RSA sont orientés vers les bilans de santé de la CPAM.

Permanence d'accès aux soins serait à créer au centre d'hébergement, ce qui serait le mieux pour ces personnes en grande précarité.

- ⇒ Avoir un cadre plus formel avec des professionnels formés, des instances, ateliers, permanences pour répondre au cas par cas sur les problématiques de santé des personnes passant par le CHU.
- ⇒ C'est difficile pour les travailleurs sociaux de s'occuper de cette partie.

Une seule affiche sur la prévention dans le CHU mais pas suffisant

Affichage sur tout ce qu'ils pourraient avoir accès : repas (restos du cœur), vêtements (MDS), bilan de santé IPC, médecins du monde...

- ⇒ Si on ouvre une porte, il faut savoir comment on peut accompagner la personne jusqu'au bout ; les TS la 1^{ière} chose à faire c'est de vérifier s'ils ont une ouverture de droit au niveau de la sécurité sociale, orientent vers le CMP pour prise en charge psychiatrique, ou pour problème somatique ils essaient de voir vers quel médecin ils peuvent les envoyer.

Pas de PASS sur Asnières, il y en a un à l'hôpital de Beaujon.

Souhait est d'ouvrir un « Point santé » pour donner des conseils de prévention et d'orienter sur les professionnels de santé en fonction des problèmes de santé identifiés.

**Retranscription de l'entretien avec ARES 92, Dr Aline SEIF et la directrice
Christine CHANDEMERLE, le 23 avril 2013 (1h15)**

ARÈS : Association Réseau de Soins => Dieu de la guerre dans la mythologie grecque
Historiquement, c'est un réseau ville-hôpital, créé en **1992** suite à l'épidémie du VIH, centré sur hôpital Louis Mourier de Colombes, service maladie infection VIH, soutenu par la ville avec des coordinateurs médicaux dans chacune des 10 communes ;

1994 : extension sur les addictions ; la ligne bus 304 appelé autrefois la « ligne blanche »
Réseau Accès aux soins depuis 2005 financé par l'ARS, renouvelé tous les 3 ans ;
évolution « naturelle » des patients au cours des dernières années en fonction des besoins de la population. Les réseaux VIH et addictologie n'avaient plus lieu d'exister et c'est devenu réseau accès aux soins. Il faut savoir que les champs d'actions existaient déjà en termes d'accès aux soins car ces populations avec VIH et addictologie avaient des problèmes d'accès aux soins.

Partenaires : hospitaliers Colombe (hôpital L Mourier), Clichy (Beaujon), Levallois, Nanterre, Villeneuve La Garenne.

- ⇒ Convention avec l'hôpital Louis Mourier et Beaujon: les services avec lesquels il travaille le plus sont : la médecine interne, infectieux, d'addictologie, service de Pass, consultations externes, gynécologie, grossesse.
- ⇒ Chaque personne a droit de se faire soigner : orientation vers une consultation médecine générale pour les patients tout-venant quand il s'agit d'un problème de santé type « rhume » tandis qu'il fera appel à la Pass quand il y a besoin d'un plateau technique
- ⇒ Soins de premiers recours dans les consultations de ville, les CMS...
- ⇒ Pour les personnes n'ayant pas de couverture sociale, une **coordinatrice sociale** instruit rapidement un dossier, se chargeant de l'ouverture de droits ; si la personne peut justifier de 3 mois de présence sur le territoire, on a un tampon d'AME dans les 8 jours et la CAM (couverture d'assurance maladie) dans les 3 semaines, grâce à la convention avec la CPAM.
- ⇒ l'ARES a un budget pour prendre en charge les soins qui ne rentreront pas dans les dates de l'AME, sachant que le tampon d'AME se fera imposé dans les 8 jours, ARES demande aux professionnels de santé de mettre les factures de côté pour ensuite se faire rembourser par la CPAM. Au total, il paie une à deux consultations généralistes et un bilan parfois car le reste rentre dans le système de droit commun.

- ⇒ Ceux qui n'ont rien du tout, pas d'hébergement, pas d'ouverture de droit, ...personnes passant par le 115, il y a lieu de les aider financièrement.
- ⇒ Il existe une péniche quai Aulagnier dirigée par l'Ordre de Malte sur Courbevoie
- ⇒ CSAPA sur Gennevilliers
- ⇒ Le Havre CHU à Asnières

Le médecin coordinateur a pour mission de :

- répondre aux besoins des professionnels de santé et des patients. Il n'y a pas de cadre rigide dans la coordination : c'est du sur-mesure pas du prêt-à-porter ; on va chercher des personnes dans des associations de grande précarité comme la « maison de la solidarité » à Gennevilliers, faisant de l'accueil de jour, permanence 1 fois par semaine pour voir les personnes n'ayant pas de médecins traitant ou n'ayant pas de couverture maladie.
- A la permanence, elle fait le point : s'il y a couverture sociale et médecin, dans ce cas-là elle ré adresse à leur médecin traitant; pour ceux n'ayant rien, l'ARES a un partenariat avec la CPAM du 92 qui ouvre les droits en mettant à disposition une personne se chargeant de cela tous les 15 jours (qqch que l'ARES a monté avec la CPAM) . Quand ils n'ont pas de médecin traitant, elle les oriente vers les médecins généralistes près de leur lieu de vie.
- faire aussi des actions de santé dans des ateliers sociolinguistiques des personnes précaires ;
- rencontrer les différents professionnels qui connaissent le réseau ARES depuis 2005 : ils les appellent quand ils ont besoin comme les médecins de PMI, les AS, les espaces santé jeunes, les CMS qui les appellent quand une personne n'a pas de couverture sociale, l'ARES va prendre en charge les premières consultations quand cela ne peut pas attendre et faire ouvrir les droits à la sécurité sociale, à l'AME le plus rapidement possible
- Coordonner la prise en charge des « patients lourds » en organisant les hospitalisations de ces patients, qu'ils soient le plus court possible voire tout organiser en hôpital de jour ou de semaine ;

Organiser les sorties d'hospitalisation (car souvent ces patients n'ont pas de domicile) avec les professionnels afin que le patient ait son ordonnance, sache où aller chercher son traitement, que le pharmacien soit informé, etc. Le réseau a près

Fatima MAGANE -

de 300 professionnels médico-sociaux adhérents au réseau ARES, hors professionnels hospitaliers, sur les 10 communes du nord 92.

- Participe à tous les groupes de travail qui réfléchissent sur la précarité dans les villes, des ASV pour repérer les besoins et essayer de trouver des solutions. Il y a des villes avec lesquelles l'ARES a plus de partenariat que d'autres souvent parce que quand les professionnels sont motivés et la ville plus dynamique, il est plus facile de repérer les besoins et de rencontrer les professionnels, par contre quand il n'y a pas de dynamisme c'est un peu plus compliqué de rencontrer les professionnels et de repérer les besoins, souvent ce sont des communes où il y a moins de besoins comme Colombes, La Garenne Colombes. Il y a de la précarité dans ces villes, moins importante mais souvent cachée touchant le plus les personnes âgées.

Précarité à Asnières centre-ville surtout chez les personnes âgées : propriétaires mais avec peu de ressources financières d'où difficulté accès aux soins. => Travail des CLIC pour essayer de repérer => pas facile d'identifier ces personnes, en précarité car elles ne demandent pas (culturelle) ; les demandes sont faites souvent à partir de l'hôpital quand la personne âgée a eu un problème de santé nécessitant une hospitalisation.

Les points forts du dispositif : c'est du « sur mesure », la « haute couture », le droit commun pour tous, c'est l'absence d'un dispositif administratif rigide, c'est un dispositif où il n'y a pas besoin de passer par différents niveaux pour prendre des décisions, c'est « simple comme un coup de fil » ; ils appellent et l'ARES essaie de trouver des solutions. Solutions ne dépendent pas de l'ARES.

Les points faibles, limites : essentiellement financier car petite enveloppe financière pour l'accès aux soins qui serait plus ou moins suffisante au regard de leur activité mais du fait de la petite équipe il n'est pas possible d'augmenter l'activité ; limite aussi vis-à-vis des autres structures ; problème de santé lié à l'hébergement devient de plus en plus important ; complexité des démarches administratives ; LHSS à Nanterre mais pas suffisant.

- ⇒ 450 patients pris en charge en 2012 dont 120 sans ouverture de droit pour l'accès aux soins avec une enveloppe de 6000 € ; il coûte moins cher que la Pass hospitalière.
- ⇒ Les hôpitaux ont remis la Pass car ont les MIGAC leur permettant d'ouvrir ce dispositif Pass.

- ⇒ Une monitrice éducatrice dans l'équipe de l'ARES fait de l'accompagnement autant dans les démarches sociales que médicales, cela aide car elle a un rôle de médiateur de santé.

Taille de l'équipe est aussi une limite.

Difficulté accès aux soins :

- ⇒ Les sans-papiers sont présents depuis très longtemps sur le territoire, globalement jeunes et qui n'ont jamais fait de demande d'AME car pas de problème de santé, et ne peuvent donc pas justifier des 3 mois sur le territoire ;
- ⇒ L'absence de domiciliation est aussi une difficulté à l'accès aux soins ; pas de structures qui domicilient sur Asnières ;
- ⇒ Etant réseau de santé avec un versant social, il travaille avec la Croix-Rouge de Gennevilliers, l'ASTI à Colombes et « Altaïr » sur Nanterre pour avoir une domiciliation.
- ⇒ les CCAS ne domicilient que les personnes en situations régulières.
- ⇒ **Problème de pénurie en psychiatrie** : pas de psychiatre, les délais sont très longs, les consultations psychologues ne sont pas remboursées par la SS ;
- ⇒ pénurie de certaines professions dans certains quartiers d'Asnières il n'y a pas d'IDE, pas de kiné, les gens ne se déplacent pas à domicile ;
- ⇒ le CMP ne se déplacent pas à domicile ;
- ⇒ diminution des moyens des PMI à Asnières et Gennevilliers, plus de médecins pas de pédiatres ; postes vacants de médecins,
- ⇒ on ne fait plus les bilans scolaires à la maternelle;
- ⇒ dans les Hauts-de-Seine, les consultations PMI prennent les enfants que jusqu'à 18 mois alors qu'habituellement c'est jusqu'à 6 ans.
- ⇒ Les équipes PMI sont saturé, elles ne sont pas renouvelées ;

Elles ont le sentiment que le « Conseil général ne veut plus s'occuper de la santé alors que cela fait partie de leur mission, c'est une obligation pour le CG et non un choix ! »

En PMI ce n'est pas la même mission que d'aller chez le médecin généraliste : il y a une psychologue ; problématique sur tout le département 92 par rapport à la PMI.

Précarité aussi sur le sud du département, comme à Bagneux ; à Neuilly, qui touche presque Asnières, on trouve de la précarité où beaucoup de femmes d'origine étrangères

travaillent comme bonne et à qui « on leur a confisqué » leurs papiers. Esclavagisme moderne à Neuilly, Boulogne Billancourt, Ville d'Avray,...

Prostitution un peu dans les foyers Sonacotra.

Toxicomanie : zone de deal et de non droit mais pas aussi important qu'autrefois ; ils suivent plutôt les « vieux consommateurs »

Les professionnels en secteur 2 prennent parfois en secteur 1 quand l'ARES leur demande. Pass les appellent.

Quand le personnel change, il n'y a plus cette communication.

Améliorer l'accès aux soins de la population :

- CMU pour tous
 - Sécu à 100%
 - Et autres éléments et transmise à la Conférence en décembre 2012 sur la précarité et accès aux soins avec Michel LEGROS :
- ⇒ « Regards des professionnels sur les freins de l'accès aux soins »

Localement comment vous pourriez améliorer votre dispositif :

- Un chèque de 10000 €.
 - SDF, enfants en bas âge, femmes enceintes, des situations pas possibles...difficiles de trouver des solutions pour l'hébergement, la nourriture, les produits de premières nécessités tandis qu'ARES trouve des solutions pour la santé.
 - Etant petite structure, ARES a problème dans le repérage car pas possible d'être sur le terrain de manière constant. Bien qu'il ait eu fait dans un camp de rroms à Clichy ils avaient été contactés pour une femme enceinte et s'était impliqué dans le camp un peu et peu de puis ce camp avait été « rasé » 8 jours après, donc pas de suivi. Une fois le repérage fait, il y a problème financier si jamais les personnes arrivent en masse. C'est pour cela qu'un partenariat avec une ONG sur le repérage des populations en difficulté.
- L'ARES a l'expertise en orientant vers les professionnels de santé, n'a pas les moyens.
- En augmentant l'enveloppe « accès aux soins », ARES a la capacité d'orienter les personnes vers les professionnels de santé. Mais, Il faudrait aussi un budget social ; il y a besoin de secours alimentaire, de vêtements,...

- Boutique sociale : les personnes doivent être inscrites au CCAS et être régularisées ;

L'ARÈS a des « tickets service » pour les secours alimentaires pour les très précaires avec lesquels ils vont dans les grandes surfaces comme Leclerc, etc.

Restos du cœur ne fonctionne que l'hiver.

Secours populaire et Croix-Rouge n'intervient que pour les personnes envoyés par le CCAS, une AS du CDS : peuvent dépanner en donnant un poulet congelé, des pâtes, du riz mais n'ont rien pour les faire cuire.

- Pour les enfants il y a besoin de couches, du lait, pour cela ARES fonctionne avec « bébés du cœur » (sur Asnières), mais là encore ce n'est pas suffisant car ils s'arrêtent à 18 mois ou 2 ans après il n'y a plus rien.
- De même, on ne trouve pas de fruits et de légumes dans ces structures d'aide alimentaire, aussi ces personnes n'en consomment pas, on est obligé de leur donner des médicaments pour les douleurs de ventre ou la constipation : problème d'alimentation. L'aide alimentaire fonctionne mieux à l'étranger qu'en France et heureusement qu'il y a les restos du cœur. On est dans une lourdeur administrative en France qui fait que cela ne peut pas fonctionner et une de nos richesses est de pouvoir agir en maintenant un système associatif et en gardant une souplesse pour agir vite, mais les moyens restent limités.
- Pour les patients VIH ils ont une enveloppe de Sidaction

L'enveloppe du conseil général a été supprimé car ARES dépend maintenant de la Santé.

Membre du COREVI : Collectif Régional VIH, ARES est titulaire du COREVI Ouest => une partie du 92, centre et Nord du 92, le 78 (Yvelines) et 4 communes du Val d'Oise.

Il y a 4 COREVIH en Ile-de-France.

AID étant sur le 93, ARES travaille moins avec eux, sinon dans le cadre du COREVIH

Participe à tous les ASV pour repérer les besoins : facile quand les personnes sont dynamiques.

Retranscription de l'entretien avec Christelle GUILBERT, infirmière libérale à Asnières, le 26 avril 2013 (40 mn)

En cabinet depuis 2007 ; secteur géographique nord d'Asnières, tout le quartier sensible, limite Bourguignon jusqu'à la limite de Colombes, Gennevilliers. Quartier sensible du nord de la commune.

Population pour moitié précaire : au niveau financier et culturel au niveau du langage (ne parle pas le français) ; barrière de la langue.

Population immigrée différente origine : marocaine, algérienne, Afrique noire... problème d'insécurité, culturel car ne s'entendent pas entre eux.

Des quartiers dans lesquels elles ne vont plus du fait de l'insécurité

Les plus précaires (profils) : personnes âgées, hommes seuls arrivés depuis longtemps sur la commune, depuis 30-40 ans, les femmes sont venues après ne parlent pas le français et ont des difficultés

Pas la même solidarité d'un endroit d'un immeuble à l'autre ; ils se regardent mais pas de soutien entre eux. Il n'y a pas forcément de soutien les uns avec les autres.

Même quand il y a des enfants, les personnes restent seules, les enfants pensent que les intervenants médicaux feront tout le reste.

Peu de familles monoparentales dans le quartier ; il y a surtout des familles « élargies » tandis que leur appartement n'est pas adapté pour un grand nombre de personnes : les enfants vivent avec leur parents, précarité dans le sens où l'espace est aménagé

La grande précarité c'est aussi un propriétaire qui loue un abri de jardin à plusieurs personnes immigrées avec douche et toilettes, avec des rats qui passent...demandant un loyer de 400 €, les personnes ne sont pas en situation d'irrégularité ; il a une pudeur à ne pas demander d'aide auprès d'une assistante sociale.

Pas possibilité d'intervenir car la personne diabétique ne le souhaite pas.

Les pathologies rencontrées :

- Beaucoup de diabétiques,
- de plaies d'ulcères,
- la distribution des médicaments : problème de compréhension pour les patients concernant les traitements avec générique car les comprimés changent de forme ou de couleur selon les laboratoires.

- Abscès infectés

Pas ou peu de demandes de soins d'hygiène pour l'équipe infirmière car il y a un SSIAD dans le quartier et donc beaucoup d'auxiliaires de vie et de femmes de ménage dans le secteur, cela permet de décharger l'équipe infirmière de ces soins d'hygiène (toilettes).

Ayant une cinquantaine de patients par tournée, il serait difficile de prendre d'autres soins comme les toilettes.

Problème d'accès aux soins :

- IDE prend toutes les personnes en CMU : pas de problème car remboursé.
- Patients avec AME mais pose problème car paiement très retardé et rejeté par le logiciel sécurité sociale ; il faut relancer régulièrement paiement au bout de 7-8 mois.
- Patients n'ayant pas de mutuelle : ils avertissent toujours l'IDE pour savoir combien ils devront payer et paient sans rechigner ;
- Patients qui ont une mutuelle ne faisant pas de tiers-payant ayant difficulté de payer, n'avancent pas les frais facilement ; les IDE facilitent en attendant l'encaissement des soins. Mais malgré tout, certains patients ne veulent pas régler définitivement leur facture. La plupart de ces patients sont à la mutuelle du bâtiment.
- Souvent les gens ne comprennent pas pourquoi il faut payer l'IDE même quand elles font le tiers-payant.
- Ce n'est pas les plus pauvres qui ne paient pas, c'est ceux qui peuvent mais qui ont du mal à lâcher l'argent ;

Partenaires :

- le CLIC, à l'annexe de la Mairie pour ceux qui n'ont pas 60 ans.
- Pas de problème d'alcoolisme dans le quartier (population musulmane).
- Il y a la Maison des femmes où les femmes peuvent parler si elles ont des problèmes de violence conjugale ou autre. Elles vont plus se confier à des femmes de la communauté et ne se tournent pas vers les infirmières.
- Cours de français à Freycinet permet de parler de leurs difficultés conjugales.
- Le CMP : les IDE envoient patients, surtout pour problème de dépression (homme et femmes) et surtout chez les patients âgés.

Renoncement aux soins :

- Pansement : personnes ayant des problèmes financiers, essaient d'espacer les soins quand c'est possible.
- Pour les injections : les personnes demandent de leur apprendre à se piquer pour payer le moins possible
- Cela arrive régulièrement ; parfois elles ne comptent pas un passage en jour férié quand la personne est vraiment en difficultés financières.

Pourcentage de patients avec AME : variable, actuellement 3 patients ; elles ont plus de patients avec AME en hiver, car vivant 6 mois de l'année en France (chez leurs enfants) et les 6 autres mois à l'étranger (« au pays »).

Période du ramadan : les personnes vont au pays.

Besoins en santé des patients

- Les patients n'admettront pas les besoins en santé sur l'aide psychologique ou l'alimentation : c'est culturel ; les diabétologues « s'arrachent les cheveux » pour les diabétiques et le plus souvent les IDE sont obligées d'augmenter les doses d'insuline.
- Les patients ont par contre besoin d'être dirigés vers les spécialistes : ophtalmologues, dentistes, gynécologues, etc., et ils le demandent expressément aux infirmières libérales ; ils veulent être bien pris en charge, il ne faut pas que ce soit trop loin car pas de voiture et la ligne de bus va jusqu'à Colombes.
=> Elles ont une liste des spécialistes du quartier, réseau de spécialistes avec lesquels les IDE prennent les rendez-vous pour les patients afin de faciliter les choses.
- Pas de gynéco ni d'ophtalmo sur Asnières, ils vont sur Colombes en cabinet de ville et pas forcément à l'hôpital.

Besoins en prévention :

- **Au niveau alimentaire** : surtout pour les diabétiques.
- **Au niveau de l'hygiène** : corporelle et surtout de l'habitation, certains patients sont dans des conditions d'hygiène déplorable (IDE explique le cas d'une personne seule vivant avec un tas d'ordures chez elle !)

- **Au niveau des drogues** : problème de trafic dans le quartier chez certains jeunes ; les parents savent mais ne peuvent rien dire...Difficile de faire de la prévention des jeunes au niveau des infirmières. Il y aurait du travail à faire dans le quartier.

Réponse à la demande de soins :

Les IDE répondent bien à la demande de soins de la population sur le quartier, par contre pas totalement en termes de prévention.

La « Maison des Femmes », la PMI, le Centre Médico-social (dispensaire dépendant de la mairie) pour les vaccinations, les IDE scolaires font de la prévention : familles très nombreuses, parents ne comprennent pas les notations scolaires de leurs enfants, c'est l'IDE qui lisait le carnet scolaire de liaison de l'enfant.

Même s'il y a des mises en place d'actions à l'école, il est très difficile de faire de la prévention à domicile.

L'IDE donne l'exemple d'une situation où un enfant de 4 ans regardait une vidéo destinée aux personnes de plus de 16 ans avec des images très violentes: elle a dû le signaler à la mère en faisant remarquer cette situation, mais la maman étant illettrée n'avait pas vu que la vidéo n'était pas faite pour son enfant. Elle a pu le dire à cette famille car elle les connaît depuis longtemps, ce qui n'aura pas été le cas avec des familles dans laquelle elle y va que ponctuellement.

A cette période, il va y avoir les feuilles de déclaration d'impôt à remplir et certaines familles vont solliciter les IDE libérales pour les aider à lire leur feuille d'impôts ou même la remplir.

La précarité est partout, même dans les beaux quartiers. Dans ce quartier c'est plus visible, mais des situations où personne ne sait ce qui se passe comme ce monsieur « propre sur lui » ne donne pas à penser qu'il vit des conditions précaires.

Amélioration que vous pourriez proposer :

Il n'est pas facile de savoir quoi faire pour améliorer cette situation de précarité.

Il y a des gens qui ne veulent pas être aidés.

Réhabilitation de certains immeubles dans le quartier mais cela va augmenter les loyers : les personnes disent qu'elles préfèrent que l'immeuble restent en l'état car elles n'auront pas les moyens de payer plus qu'elles ne le font actuellement.

Le souhait serait d'aider à l'installation des professionnels de santé dans le quartier.

La mairie ne les a pas aidées à trouver le local dans lequel elles louent à un particulier.

Le quartier est considéré comme un ZUS, difficulté en termes de sécurité, le quartier ne donne pas envie de s'installer. Il y a eu des professionnels de santé qui sont parties car ils se sont faits agressés ou insultés.

De plus, difficulté de se garer, les professionnels prennent facilement des amendes, ce qui n'encourage pas à rester sur le quartier.

Il y a des constructions d'immeubles actuellement, le projet de mettre plus de commerces, mais personne ne souhaite vraiment venir dans ce quartier. Il n'y a pas d'encouragement au niveau de la mairie.

Retranscription de l'entretien avec Dr Nadja PILLON, le 30 avril 2013 (40 mn)

Installée depuis 2006 en tant que médecin généraliste à Gennevilliers

1. Difficulté couverture sociale dans la patientèle :

Fonctionne beaucoup avec l'ARES ;

Pas beaucoup de patients sans couverture sociale. Elle a de temps en temps des personnes en irrégularité comme par exemple la mère d'une patiente qui a été orientée pour faire les démarches pour la demande d'AME et ainsi pourra avoir sa consultation.

2. Patients ayant l'AME : moins de 5 % ; beaucoup en CMU

3. Profil des patients précaires :

- Hommes seuls ;
- Femmes vivant en couple, jeunes (la trentaine) ; au début elles sont venues par regroupement familial. Le médecin remarque que les démarches sont déjà entamées quand elles les voient en consultation.

4. Renoncement aux soins par rapport aux traitements :

Elle prescrit peu de médicaments et quand elle le fait c'est vraiment des traitements utiles et remboursés par la SS.

Les traitements pour les hémorroïdes ne sont pas remboursés ce qui pose problème pour ces patients.

5. Accès aux soins :

Elle essaie d'informer sur leur droit à l'accès aux soins en les adressant ou les orientant soit au délégué de la sécurité sociale, soit à l'ARES, soit à une assistante sociale de quartier, ou CCAS.

6. Patients ayant pas de mutuelle : elle a beaucoup de patients dans ce cas-là ; le tiers reste cher pour ces personnes.

C'est un problème pour l'obtention des traitements car ils ne vont pas chez le médecin. Il y a des aides pour la mutualisation mais que certains en bénéficient.

Dr PILLON cite l'exemple d'une personne asthmatique qui ne peut pas prendre de traitement faute d'argent. Elle aurait éventuellement droit à une ALD mais le médecin n'arrive pas à lui faire faire des examens diagnostiquant la sévérité de la maladie ouvrant des droits à l'ALD (100% pour asthmatique sévère) ; quand elle n'est pas bien, le médecin l'envoie aux urgences

Les diabétiques sont bien pris en charge.

L'HTA seule n'est plus pris en ALD, et donc les personnes ne vont pas prendre les traitements si pas mutuels.

7. Renoncement aux soins :

Des patients renoncent aux soins faute de problèmes d'argent ; mais aussi le cas d'une jeune femme enceinte, le médecin l'a envoyé au réseau périnatalité de la commune.

Le médecin essaie de faire passer le message mais les personnes ont trop difficultés qu'ils ne voient pas la même chose.

8. Patients ayant d'autres problèmes : quelle orientation ?

⇒ **En psy :** CMP délai d'attente trop long, cela ne se passe pas toujours bien, psychologues par ARES, le CMS de Gennevilliers qui donne des consultations soit gratuites soit à 5 € d'où accessibilité pour les personnes ; « l'association » rue Boin à Colombes prend en charge les consultations psychologiques : « Unité de psychothérapie » pour les personnes au chômage ou en précarité.

9. Information aux patients :

Les patients sont demandeurs de conseils.

La salle d'attente va être refaite et donc l'information prévention et éducation à la santé va être réorganisée.

10. Orientation vers les spécialistes :

Vers des confrères et prend le Rdv elle-même si urgence ; sinon elle envoie à l'hôpital pour consultation ;

11. Prescription kiné :

Renoncement à ces soins quand les patients n'ont pas de mutuelle car en CMU la prise en charge est faite. De plus, il y a peu de kiné sur la commune.

Pas de solution au jour d'aujourd'hui pour les personnes ayant besoin de kiné et ne pouvant pas payer.

Consultation à domicile, environ une fois par semaine quand les patients ne peuvent pas se déplacer : les personnes âgées, les soins palliatifs, les chroniques sévères (chez les précaires et les non précaires ;

Ces consultations sont toujours justifiées car c'est elle qui décide.

Orientations

Pour violence conjugale : c'est avec l'Escale à Gennevilliers

Pour les addictions, c'est avec AGATA

Le médecin a un suivi de ces patients ; beaucoup de problèmes d'alcoolisme se trouvant autant chez les hommes que les femmes, toutes catégories sociales (précaires ou pas).

Améliorer l'accès aux soins

- Arrêter la différence entre CMU et AME
- Trouver des solutions pour les personnes qui « sont à 3 € du palier de la CMU et pour lesquelles ils ont de gros problèmes financiers. Mais ne sait pas quelle solution ».

Le cabinet médical n'est pas dans un « désert médical » grâce fait partie d'un pôle universitaire de Paris 7è, le cabinet peut assurer leur remplacement.

Prévention :

- Consultation par psychologue et nutritionniste : pas pris en charge, ni de financement pour les enfants obèses.
- PMI : il n'y a plus de médecins en PMI, ni de médecins scolaires, plus de bilans de santé maternelle : besoin dans le 92 important car beaucoup de jeunes.
- Besoin de prévention sur **l'alimentation** du fait du **diabète**, du **surpoids**, **l'obésité** : c'est culturel mais possible de travailler sur ces thèmes => le médecin en voie plus car elle est « spécialisée » addictologie, fait partie des réseaux donc sensible sur ce sujet.
- Prévention au niveau de la médecine scolaire pour le dépistage des troubles des apprentissages des enfants en milieu scolaire.

⇒ Situation dégradée depuis 2-3 ans car le Conseil général 92 a mis la priorité sur Alzheimer et le Conseil général a donc supprimé le financement de la PMI.

⇒ Pour les médecins PMI qui souhaiteraient s'installer, la vacation est très mal payée, au bas de l'échelle : donc pas d'encouragement dans ce sens => volonté politique

Comment l'ONG peut apporter son aide en collaboration avec d'autres acteurs

- Orienter les gens qui n'ont pas de solutions
- Accompagner les patients dans leurs consultations, car c'est une barrière quelquefois.
- Lieu d'écoute...

Retranscription de l'entretien avec Hélène CECCATO, animatrice du réseau
« migrants » au Secours Catholique de la délégation des Hauts-de-Seine à Asnières
Le 6 mai 2013 (1h45)

Les missions du Secours Catholique (SC)

- Mission territoriale sur le territoire boucle nord 92, de Villeneuve la Garenne à Asnières.
- Anime des équipes de bénévoles s'occupant des migrants sur tout le département 92, rencontre les migrants régulièrement.
- Les équipes rencontrent ces migrants par les permanences, accueil, orienté ou pas par un travailleur social ;
- 1 équipe locale par commune ;
- 1500 bénévoles 12 salariés, 3 administratifs, 2 chefs ;
- Rencontre 30 000 personnes par an, tout confondu migrants et autres, ayant tout type de pauvreté
- Public : migrants, personnes sorties de prison, public en errance, parentalité, famille
- Permanence pour le droit au logement, ALT (20 dispositifs chambres ALT : allocation logement temporaire) SC est le locataire en titre et sous-loue à la personne, 2 ou 3 baux glissants : au bout du bail de 3 ans le bail glisse au nom de la personne qui est rentrée locataire au départ devient locataire en titre de logement de propriétaire privé)
- Accueil de jour pour personnes en errance, de nuit hivernaux (1 ou 2).

L'activité principale du SC est l'Aide sociale et développement (différents dispositifs)

- Aide d'urgence sous forme de chèque service ou colis alimentaire : SC souhaite faire évoluer ces types d'aide car a l'impression d'être « instrumentalisé » par les pouvoirs publics qui ne remplissent pas leur rôle, se déchargent sur eux ou même sur d'autres associations. (substitution)
- Aide financière : cela va de l'aide d'urgence à l'aide plus conséquente en commission qui peut aller jusqu'à 700 €, souvent ce sont des dossiers d'assistantes sociales quand il y a eu un accident dans le parcours de vie des personnes principalement.

- Le principe du SC c'est « d'intervenir en dernier recours et pour faire valoir le droit des personnes, autant que faire se peut ».
- Plusieurs réseaux : aide sociale, logement, migrants, ... Pour certains réseaux, le SC fait du contentieux.
- Pour les migrants, le SC a souvent recours au contentieux lié au problème obligation de quitter le territoire, ou d'autre type de contentieux lié au droit du séjour.
=> le SC souhaiterait développer plus ce type d'aide lié au contentieux pour tout ce qui est problème rencontré comme l'accès à la préfecture, demande de pièces infondées, etc. Cependant, le SC est limité par la capacité de bénévoles, les liens qu'il peut avoir avec les avocats ...
- Permanences DALO : 6 sur tout le département 92, la procédure DALO peut aller aussi jusqu'au contentieux.
- Permanence pour les migrants aussi pour aider les familles à obtenir des prestations familiales quand les enfants sont rentrés hors regroupement familial. et du coup les enfants ne sont pas tous déclarés.

Pour avoir droit aux prestations familiales, les familles doivent justifier soit leur enfant est né sur le territoire français, soit il a eu l'autorisation de venir en France c'est-à-dire soit les enfants sont venus avec le parent et si l'enfant est venu sans le parent c'est par regroupement familial, il faut le cachet de l'OFII (Office Français de l'immigration et de l'Intégration) et souvent cela fait défaut car les familles ne viennent pas toujours par regroupement familial, c'est tellement long et compliqué pour eux de rentrer par ce biais.

Batailles de contentieux qui peuvent se gagner dans nombre de cas où le SC arrive à faire valoir les droits des personnes pour les prestations familiales.

Pour les migrants : le « réseau migrant » c'est :

- **Permanences d'accès aux droits** : droit au séjour, nationalité, naturalisation, regroupement familial :
=> 3 permanences dont une par préfecture: Courbevoie, (la plus ancienne car le nord 92 est là où il y a le plus de migrants), Boulogne (permanence créée cette année 2013) et Antony (permanence depuis 2 ans).
- **Cours d'apprentissage du français** : 7 cours différents, collectif, individuel, du FLE (Français Langue Etrangère), alphabétisation ; public anglophone...

- **Domiciliation pour les demandeurs d'asile (DA) :** centre à Colombes, 800 personnes domiciliées (file active) ; actuellement le SC a arrêté de domicilier car difficilement gérable : il y a **une crise de la domiciliation pour les DA en Ile de France** (IDF). Dans certaines préfectures, il existe des plateformes qui domicilient mais il n'y en a pas encore dans le département 92.
- **Domiciliation que pour les personnes en situation régulière comme le fait certain CCAS** = c'est illégal de mettre ce critère.

=> **La domiciliation est un problème énorme en Ile de France et Hauts-de-Seine que ce soit pour les migrants ou les personnes en errance** car les CCAS ne jouent pas le jeu, chacun a ces critères ; c'est là que le SC souhaiterait faire du contentieux car la loi ne prévoit pas tous ces critères.

La loi spécifie que c'est au CCAS de s'organiser et d'être dans l'obligation de **domicilier des personnes ayant un lien avec la commune :**

=>or, les CCAS définissent les critères plus ou moins restrictifs ce que sont les liens avec la commune ;

=>Par exemple sur Gennevilliers avoir des liens amicaux peuvent suffirent pour justifier les liens sur la commune, tandis que dans d'autres communes il faut avoir des fiches de paie, que l'enfant soit scolarisé.

=>Une enquête a été faite par le SC afin de savoir quels sont tous les critères pour domicilier dans chaque commune.

- **Problème inhérent à celui de la domiciliation est celui des inégalités de santé, car sans domiciliation il est difficile pour une personne sans papiers de se faire soigner dans les délais.**

La solution serait que les associations demandent un agrément à la préfecture pour domicilier les personnes : 4 types d'agrément pour la domiciliation :

- Agrément pour les gens du voyage
- Agrément pour l'AME
- Agrément pour l'asile
- Agrément pour le droit commun c'est-à-dire les personnes françaises, en errance ou ayant un droit au séjour (étant autorisé à séjourner sur le territoire).

Le SC a l'agrément pour l'AME, l'asile et le droit commun, mais n'ont pas l'agrément pour les gens du voyage.

Arrêt de la domiciliation depuis quelques semaines car avec 800 domiciliations le SC arrive aux limites de sa structure, structurellement il faudrait même arrêter plus longtemps pour arriver à tout gérer.

Dans le centre DOM'ASILE à Colombes, les bénévoles du SC ne font pas que domicilier, ils aident les gens dans leurs droits sociaux. Une déléguée de la CPAM vient à chaque permanence du centre pour ouvrir les droits à la sécurité sociale, AME ou CMU. Le centre est ouvert 2 demi-journées par semaine pour tout ce qui est distribution du courrier, accès aux droits, et aussi ouvert à d'autres moments pour d'autres activités telles que activités conviviales, ateliers cuisine, apprentissage du français. Aide aussi les personnes dans la procédure d'asile.

- CADA à Chatillon géré par France Terre d'Asile
- CAAR (Comité d'Aide Aux Réfugiés) à Bois Colombes, hébergement d'urgence pour les DA ;
- CAFDA, plateforme associative qui accueille les familles DA en Ile-de-France, dans la petite couronne et sur Asnières, Gennevilliers, à Montrouge, Issy-les-Moulineaux à Puteaux, Levallois, Clichy... il y a des hôtels qui sont réservés pour ces familles DA ; Hôtels sociaux où les personnes sont dirigées par le 115, familles migrantes.

DA 1500 environ en 2011 à l'instant T, pour 300 places en CADA => très vite saturé.

Procédure normale dure à minima 2 ans par l'OFPRA

Procédure prioritaire : quand la demande est infondée, il voit le dossier dans les 3 mois, ou personnes issues de 18 pays reconnus sûrs.

Pour les DA, le problème est qu'il faut qu'ils aient une domiciliation avant même de déposer une demande d'asile à la préfecture. Du coup, ces personnes tournent pendant au moins 6 mois avant de trouver une domiciliation associative. Et pendant tout ce temps-là, rien, sauf l'AME au bout de 3 mois s'ils arrivent à prouver que cela fait plus de 3 mois qu'ils sont sur le territoire et même il faudrait une adresse pour l'AME. Donc pour toute demande d'asile cela devient difficile car « il faut trouver une domiciliation et c'est vraiment la galère pour eux ».

C'est une situation grave actuellement pour toutes les personnes demandant l'asile et ce, depuis la nouvelle loi 2007 qui a réformé la procédure de demande d'asile. Avant cette date, c'était plus simple, le demandeur d'asile (DA) allait à la préfecture qui leur donnait un récépissé et ensuite ces demandeurs d'asile faisaient les démarches auprès de l'OFPRA. Nouvelle loi en cours pour avoir un régime commun européen de demande d'asile, mais « cela complexifie les choses ». Les demandeurs d'asile vont à la préfecture, une fois la domiciliation trouvée, on leur prend leur empreintes digitales lors de leur premier rendez -

Fatima MAGANE -

vous, qui est inséré dans un fichier informatique européen « Eurodac » et vérifie si les empreintes ne se trouvent pas dans un autre pays de l'union européenne, ceci afin d'éviter des demandes dans plusieurs pays différents.

- Si les empreintes ne ressortent pas dans un autre pays, on leur remet un récépissé, ils entament alors leur procédure d'asile et à ce moment-là ils ont droit de séjour pour une durée de 2 ans environ.
- Si la demande est abusive ou que le DA vient d'un pays sûr, alors la préfecture leur donne le dossier de l'OFPRA mais pas de récépissé : ils se trouvent donc sans papiers, demandeurs d'asile sans papiers.
- Pour les personnes placées en « procédure prioritaire », elles ont le temps de préparer leur récit, histoire, très raccourci car la procédure est accélérée ; leur droit est limité (car pas de récépissé), comme par exemple une place en CADA, s'il en reste, à l'ATA (Allocation Temporaire d'Attente) qui correspond à un montant de 300 € par mois (soit 11 € par jour) mais ils n'ont pas le droit au séjour ; pour ces personnes-là elles ont le droit à l'AME tout le temps de la procédure.
- Si les empreintes sont retrouvées ailleurs dans un autre pays européen (par le fichier Eurodac), ces DA sont placés en « procédure Dublin » et elles sont sans droit au séjour. L'Etat français interroge l'Etat où sont ressorties les empreintes pour voir si cet Etat-là veut bien reprendre en charge la personne afin qu'il examine la demande d'asile. Cette procédure dure 6 mois et plus 3 mois si la personne n'est pas venue à des rendez-vous et donc considéré comme en fuite et donc la procédure peut durer jusqu'à 18 mois.

La France veut bien reconnaître qu'ils demandent l'asile mais pas en France ; pour ces personnes l'AME est le seul droit pour lequel elles peuvent accéder au bout de 3 mois.

Les DA sur le centre de Colombes sont à 75% environ de Bengalais et Sri Lankais qui vivent en communauté, faisant les trois huit ou marchands de sommeil, vivant dans des logements insalubres (loyers très chers !) ne touchant que l'ATA servant à payer leur loyer. Ils font peu appel au 115, il est difficile de savoir si cette communauté s'entraide ou s'il y a de l'exploitation à l'intérieur même de la communauté.

Les autres personnes rencontrées dans le centre Dom 'Asile sont des africains du Nigéria, Guinée, Congo et des Tchétchènes mais peu car ils sont souvent en famille et donc sont envoyés vers la CAFDA qui domicilie les familles demandeuses d'asile. CAFDA : plateforme régionale d'accueil des familles DA.

Beaucoup d'hommes jeunes âgés de 20 et 40 ans chez les Bengalais et Sri Lankais.

Les autres activités du SC, dans la permanence de Courbevoie, le SC voit les migrants algériens, marocains, ivoiriens, congolais, haïtiens. Rare sont des personnes venant de l'Amérique centrale ou du sud ; également peu de chinois.

Des égyptiens coptes sont aussi parmi les migrants et ces personnes ont souvent leurs communautés, leurs paroisses qui les hébergent, donc ils n'ont pas besoin de domiciliation.

On ne voit jamais des personnes du Burkina Faso parmi les migrants.

Mali, Congo, Côte-D'ivoire, Guinée sont les plus souvent demandeurs d'asile.

Pour ces personnes c'est surtout le droit au séjour que le SC œuvre pour elles.

Le SC souhaiterait progressivement faire des permanences sur les droits sociaux des personnes car il voit bien que ces personnes n'osent pas dire leurs difficultés, que ce soit pour la protection sociale. Les permanences seraient axées sur les droits concernant les prestations maladie, familiale, la question du logement, l'école. Les diriger vers les équipes en charge de cela qui leur apporteraient l'information et une fois les personnes régularisées, faire valoir leur droit, qui au RSA, qui aux allocations familiales, etc. en fonction de la situation de la personne.

La déléguée de la sécurité sociale se déplace sur la permanence du centre des demandeurs d'asile Dom' Asile, mais pas sur les autres centres d'activité : **« il est préférable que la dame de la sécu ne soit pas là » ; « c'est ne pas faire valoir le droit des personnes que d'avoir le « service » sur place » car ces personnes n'ont pas le droit de se présenter au guichet de la sécurité sociale.** Préférable de diriger les personnes vers le droit commun.

Au guichet de Colombes, personne ne parle anglais ; les délégués comprennent l'anglais.

80% des personnes venant dans les permanences du SC sont sans papiers et demandent comment obtenir une carte de séjour.

Les autres personnes c'est surtout pour faire le regroupement familial, ou bien s'ils sont en France depuis quelques années, ils veulent savoir comment demander la naturalisation. Le SC les aide à remplir les dossiers pour cela.

Il y a des personnes qui n'ont pas demandé d'AME alors qu'ils sont en France depuis longtemps 10 ans: soit ils ont retardé les soins, soit ils se sont débrouillés pour payer ou ils ont eu des amendes. Ou bien ces personnes n'osent pas faire la demande car elles ont peur d'être mis dans un centre de rétention, elles restent « invisibles » et donc elles ne vont faire aucune démarche. « De peur d'être pris, on ne fait rien ». Soit aussi, il y a méconnaissance du système de santé français.

Fatima MAGANE -

Ils ne parlent pas de leurs problèmes de santé car ils viennent pour une autre raison. De plus il est de plus en plus difficile d'obtenir une carte de séjour pour soins et le SC n'étant pas médecin, ils sont envoyés vers le COMEDE afin d'obtenir une carte pour soins. Le médecin de l'association peut voir si la pathologie identifiée requiert une demande de carte de soins ou pas. Pour chaque pathologie, il peut savoir s'il y a lieu ou pas de déposer une demande de carte de séjour pour soins.

COMEDE : Comité Médical pour les Exilés, cette association va aider à l'accès au droit au séjour, droit sociaux et soins.

Donc les personnes qui parlent spontanément de leur problème de santé c'est quand ils demandent la carte de séjour pour soins.

Ensuite, le SC s'aperçoit que certains ont des problèmes de santé quand ils montrent les preuves de présence en France comme des ordonnances, analyses biologiques, etc. et ont déjà l'AME.

Ceux qui expriment leur problèmes de santé sont ceux qui sont dialysés, ou de problèmes handicap important de leur enfant (surtout chez les personnes du Maghreb) ; pour les femmes KC utérus, problème gynécologique, diabète.

Les DA ont aussi des problèmes de santé : la visite médicale obligatoire se fait par l'OFPRA, une fois la carte de séjour obtenue : les prélèvements sont sur le VIH, Hépatite B, tuberculose.

Il y a quelques années, les problèmes de santé rencontrés pouvaient être exprimés grâce à l'intervention de psychologues étudiantes « aide aux victimes » surtout pour les familles avec enfant lourdement handicapé. Aujourd'hui, il n'y a plus ces psychologues dans les permanences du SC.

L'animatrice du SC cite l'exemple d'une famille ayant une fille lourdement handicapée, qui a une carte de séjour et qui ne savait pas qu'elle pouvait avoir droit à la MDPH.

A Colombe, il y a « maman secours » avec une équipe spécifique qui s'occupe des mamans ayant au moins 1 enfant de moins de 3 ans et ayant que 3 € par jour pour vivre.

95% de ces mamans sont des migrantes vivant dans les hôtels sociaux ou dans des logements insalubres ou mises en sécurité suite à des violences conjugales : elles expriment des questions gynécologiques ou pour leurs enfants. Elles viennent envoyées par la PMI, l'hôpital Louis Mourier de Colombes ;

Elles changent souvent de lieu d'hôtel en hôtel tous les 15 jours

Le SC fait des journées d'information sur la contraception ; elles font appel à une puéricultrice.

La réunion d'information sur la contraception était en total décalage par rapport aux mamans qui étaient présentes ce jour-là : c'était très professoral, il y avait tous les types de contraception étalés sur une table.

Les problèmes psychologiques sont rarement exprimés par les migrants.

Les différents problèmes de l'accès aux soins :

- A dom' asile, c'est surtout le problème de langue qui fait difficulté à l'accès aux soins ;
- Refus de soins de certains médecins pour ceux qui ont la CMU
- Personnes âgées n'ayant pas de mutuelle, ayant besoin de soins dentaires ou de lunettes
- Personnes attendant le résultat de demande de la MDPH, les personnes n'ont rien pendant des mois
- Rupture financière brutale
- Les vieux migrants en fin de vie (venant du Maghreb), l'épouse était venu avec un visa de courte durée pour être au chevet du mari ; la préfecture refuse la carte de séjour pour les personnes ne connaissant pas la langue, le système de santé,...une AS de l'hôpital a pu les aider à les orienter.

A Gennevilliers beaucoup de foyers de jeunes travailleurs migrants

ASSFAM : association d'aide aux migrants qui vont dans ces foyers (dans le quartier du Luth).

Les points positifs

- Les permanences d'accès aux droits commencent à être connues, que les équipes font bien leur travail et qu'il y a une vraie relation Celle de Courbevoie, il a une dizaine d'années
- Les personnes connaissent par le bouche à oreille ou par les équipes locales s'occupant de colis alimentaire ou vestimentaire, qui en les écoutant repèrent les problèmes d'accès aux droits et du coup les orientent vers ces permanences.
- Ces personnes n'iraient pas voir les assistantes sociales ;
- Relation de confiance dans la durée avec les personnes accueillies grâce aux 1500 bénévoles qui travaillent depuis des années ;
- Le SC fait du plaidoyer.

Les limites :

- Ce ne sont pas des travailleurs sociaux même s'ils font des dossiers ce CMU, d'AME mais ce n'est pas leur objectif et ni de travailleurs sanitaires ;
- Association caritative ayant un rôle social et de médiation ;
- « A la fois ils reçoivent les personnes et ils recherchent à faire de l'action institutionnelle », à faire remonter ce qui ne va pas, aller voir les institutions, les interpellier, faire changer le droit des gens,
- Sensibiliser les bénévoles au problème de la santé, d'accès aux soins ;

Renoncement aux soins pour raisons financières et aussi par méconnaissance de leurs droits ; quand on leur donne des adresse où les soins sont gratuits ils vont y aller, mais quand il y a besoin de spécialiste, c'est plus difficile de trouver.

L'ARES a contacté le SC pour faire un échange de partenariat.

La langue et éloignement géographique sont les principales difficultés aussi à l'accès aux soins.

Améliorer l'accès aux soins :

- Orienter les personnes vers les droits sociaux
- Permanence où il y aurait permanence pour les soins et les droits sociaux
- Pour les permanences plus importantes, il pourrait être envisageable d'avoir un « point santé » dans un objectif de conseils, d'orientation et de prévention.
- Domiciliation : soit les CCAS jouent le jeu, soit il y a plus d'associations demandant l'agrément de la domiciliation.

Le SC a été agréé pour 50 personnes dans le département 92, l'ASTI et une autre association ; la Croix-Rouge ne fait que pour l'asile

Besoins identifiés par rapport aux soins,

- le SC trouve des solutions, les envoie à médecins du monde et aussi l'hôpital en passant par la Pass, selon les situations ;
- le SC apporte le plus souvent une réponse par l'ouverture de droits, oriente vers un médecin ou un spécialiste.

Améliorer la prévention

- Mettre en place des réunions d'informations, des ateliers sur différentes thématiques comme le fonctionnement du système de santé français, comment on peut voir un médecin ; qui sont les interlocuteurs, comment ouvrir ces droits.
- Faire un groupe de parole avec les mamans autour de la thématique de la contraception et l'enfant, qu'elles puissent raconter leurs histoires, leurs représentations de la maternité, la relation avec leur bébé.

Partenaires :

- Le SC souhaiterait travailler avec les professionnels de santé : mais ne sait pas comment faire pour entrer en contact car il n'y a pas encore réfléchi sur l'accès aux soins.
- Participer à des rencontres entre professionnels pour voir comment SC peut intervenir dans l'une de ces rencontres ou formations afin de les sensibiliser.

Autres remarques

Le plaidoyer du SC c'est dire « arrêtons qu'il y ait 4 agréments différents pour la domiciliation » : un seul agrément unique pour tous quelle que soit la situation DA, gens du voyage, AME ou droit commun.

Il semble que le Préfet ne joue pas son rôle car c'est à lui de s'assurer qu'il y ait harmonie et assez d'offres de domiciliation sur son territoire ; quand on regarde de plus près, on s'aperçoit que les associations agréées sont surtout dans le Nord, qui font la domiciliation et le préfet ne rappelle pas les mairies qui ne domicilient pas ou très peu; il pourrait par exemple faire se rencontrer tous les CCAS une fois par an pour faire des bilans, savoir quels sont les critères, etc.

Le SC connaît la liste des mairies qui font la domiciliation ou peu sur le département (état des lieux fait en 2011)

Il n'y a pas de retour extérieur sur le nombre de domiciliations faites dans les CCAS : c'est interne à la municipalité.

Compliciter le renouvellement de l'AME, la procédure administrative est longue et du coup rupture en terme d'accès aux soins : c'est très chronophage !

Le dispositif pour avoir accès à la CMU-C est difficile à comprendre et pas clair pour le public avec la part de base ou complémentaire.

L'idéal serait un dispositif unique comprenant la base et la partie complémentaire en fonction des revenus des personnes par exemple.

Retranscription de l'entretien avec la référente Secours Catholique pour le réseau « errance », le 21 mai 2013 (1h)

Présentation du réseau « errance »

Activités du SC pour tout le département 92 : 3 types d'interventions

- Les accueils de jour : plus ou moins importants (de 10 à 70 personnes par jour) conviviaux, familiaux où les personnes viennent se poser physiquement ou moralement, avec peu de services

8 accueils dans le département géré par le SC et des accueils de jour où ils ne font qu'intervenir : la Rampe à Colombes, la Pause à Antony, à Boulogne 2 associations, à Issy c'est la mairie qui intervient.

- Ouvert en matinée : 1 à 4 matinées par semaine ; à Issy les M ce ne sont que des bénévoles.
- Les maraudes (tournées de rue) : 3 équipes sur tout le département, une dans le Nord intercommunale, une dans le sud intercommunale aussi (créé il y a un an) et une à Issy les Moulineaux.

Ce sont des tournées « mains nues » c'est-à-dire n'apporte rien, pas de nourriture, de duvet ou de vêtement, ce sera plutôt une boisson chaude l'hiver ou de l'eau en été. Un prétexte à la rencontre, l'objectif est de « créer du lien avec les personnes qui dorment dans la rue, garder une relation de confiance ». C'est un processus qui prend du temps. A ce moment-là, ils peuvent avoir des demandes au niveau médical, le SC va les orienter à l'association de l'Ordre de Malte médical, ou si la demande est plutôt dans une réinsertion sociale, la personne sera orientée vers le CVS (circonscription de la vie sociale) ou bien prendront contact avec l'équipe du SAMU social. Il y a des relais avec d'autres acteurs locaux, associations pour orienter accompagner les personnes.

- Le bénévole va poser quelques questions à la personne vivant dans la rue en fonction des relations déjà établies au préalable autour des besoins en soins, en logement, en papiers, etc. C'est très difficile et cela prend du temps. L'objectif est social et relationnel.
- Si besoin d'hébergement d'urgence, le SC appelle le 115 qui répondra selon le nombre de places disponibles. Le SC participe aux réunions en lien avec l'hébergement ;

- Cet hiver, il y a eu moins de personnes dans la rue, ceci est expliqué par le fait que les personnes ont trouvé des hébergements dits « temporaires » comme des squats, les parkings,... Le problème est surtout en été car rien pour les hébergements
- SC intervient dans 2 centres d'hébergement : le Rameau à Boulogne et le Chapsa à Nanterre le grand CHU où propose une activité de goûter.
- SC a un centre d'hébergement hivernal à Antony : 7 lits

Profils des personnes rencontrées :

- Le clochard « classique » vivant dans la rue ;
- Des personnes qui ont déjà un hébergement ou un logement, qui ont connu la rue, gardant une fragilité relationnelle, sociale et psychologique, souffrant d'isolement car ces accueils sont très conviviaux. Des publics assez mixtes.
- Des migrants : bengalais, sri lankais, congolais, des migrants de l'Est comme des polonais, roumains avec problème d'alcoolisme..., des familles, des sans-papiers d'Afrique du Nord
- De 30 à 50 ans ; quelquefois des jeunes ou mineurs qui seront orientés à la mission jeune ou autre selon la situation sociale et familiale du jeune.

Problématiques pour ces personnes :

- Pas de logement, pas d'emplois,
- Rupture de liens familiaux,
- Problèmes d'ordre psychologique
- Problème d'alcool, de drogue
- Problématiques de santé quand les personnes restent longtemps dans la rue comme la gale, la tuberculose, problème souvent ignorés non traités :

=> Tous les mardis soir, l'Ordre de Malte médicalisé, faisant des maraudes, peuvent les voir, et font aussi des permanences dans certains centres comme par exemple le jeudi matin à Boulogne ; les gens le savent par l'intermédiaire des centres d'accueil quand le médecin de l'Ordre de Malte passe et où.

Quand il y a problème de santé urgent, la personne est orientée vers l'hôpital, mais les bénévoles du SC ont rencontré le problème de refus de la part des pompiers de se déplacer quand ils disent que la personne est SDF ou vivant dans la rue ! Ils sont obligés de « ruser » en disant « un homme » et pas une personne SDF.

Public maraude et public en accueil de jour sont différents car le premier ne font plus l'effort d'aller dans les accueils de jour.

Jusqu'où peut-on aller vers le respect du choix de la personne de refuser de se soigner et quand commence la non-assistance à personne en danger : respect de la liberté individuelle ou non-assistance à personne en danger ? Un questionnement important au sein des équipes du SC : ils ont eu 2 cas de personnes décédées pour lesquelles les bénévoles avaient proposé de les envoyer à l'hôpital mais le SDF refusait.

Problème de santé :

- alcool, cancers, etc....
- Dégradation du corps avec une « négation » du corps dans le sens où la personne ne « ressent » plus le froid ou la douleur, il y a comme une séparation de leur corps. Ils s'adaptent au milieu de la rue avec une forme de survie. Quand ces personnes se retrouvent dans un hébergement, comme l'exemple à l'Olivier qui est un centre de stabilisation à Boulogne, elles tombent malades car en étant dans un milieu ambiant « accueillant » elles renouent le contact avec leur corps et on voit apparaître des pathologies. Il arrive qu'elles décèdent au bout de 3 mois après l'arrivée dans l'hébergement.
- Manque de personnes qui viennent les voir pour les problèmes de santé : l'Ordre de Malte médicalisé est seul pour tout le département du 92.
- Problème psychologiques, de solitude, ... « la rue tue » ;
- Pour les personnes fréquentant les accueils de jour, ceux qui ont problèmes de papiers ont la difficulté d'avoir l'AME, délai de 3 mois d'attente pour justifier du séjour, la domiciliation ;
- Des médecins refusent de prendre des patients ayant la CMU : discrimination à la CMU
- Problèmes soins dentaires et optiques sont aussi problématiques car trop chers : les restos du cœur ont un « camion dentaire » ;
- Peur d'être repéré des sans-papiers et donc reste à l'écart du système de peur d'être expulsé;
- Ceux qui ont des problèmes de santé liés à l'alcool qui ont fait une cure, se pose la difficulté de trouver un hébergement en postcure (pas de places !) : et les personnes peuvent retomber dans leur addiction car ils devront retourner à la rue alors qu'elles ont encore besoin d'accompagnement de longue haleine. De même, il faut que

l'assistante sociale soit « efficace » et fasse le travail en se bougeant pour faire avancer les demandes d'hébergement.

- Les gens dans la rue sont connus des équipes de maraude, du Samu social, des associations, de la police, de la protection civile, il est rare que le SC ne connaisse pas la personne en errance qu'il rencontre. Il y a des liens qui existent depuis des années.

Soucis de leur santé

- Il y a ceux qui sont dans la négation et ceux qui vont dans les hôpitaux : difficile de faire une généralité.
- Pour certains, ils ne parlent pas de problème de santé
- D'autres sont souvent dans les hôpitaux
- Ce qui les préoccupe c'est tout ce qui n'est pas pris en charge par l'hôpital comme les soins dentaires ou l'optique.
- La personne à la rue ayant un traitement trithérapie n'a pas beaucoup de solution pour mettre son traitement dans le frigo. => problème d'hébergement.

Problème non exprimés par les personnes :

- Problèmes psychologiques existant avant la rue ou liés à la rue => le « Fil d'Ariane » (existe depuis 3 ans) relié à l'hôpital de Nanterre, composée d'une équipe mobile avec un psychiatre, un psychologue et une infirmière psy, se déplace dans les accueils de jour. Cette équipe est sur le nord du département et pas d'équipe dans le sud ce qui pose problème. La DRILL a été interpellé sur ce sujet-là.
- Ces problèmes sont importants car cela fait peur aux personnes d'où la nécessité que les équipes aillent vers eux.
- Souvent ces personnes sont passées par des histoires de vie très difficile voire dures : prison, violences familiales, enfants de la DDASS, etc.
- A la Rampe, l'infirmière psy passe tous les vendredis matin, elle rencontre les personnes, fait des entretiens (quelquefois cela va prendre du temps car pour une personne il faudra 3 mois d'entretiens !), elle évalue où en est la personne, s'il y a déjà un suivi ou en crée un, etc., cela passe par le lien avec la famille quand c'est possible.

- Elle est aussi en conseil pour les bénévoles par exemple tel comportement d'une personne que l'on ne comprend pas ou adapter telle attitude face à telle personne car elle a telle fragilité. A la fin de chaque accueil, il y a des réunions de restitution ; des relectures ;
⇒ « Bureaucratie et « segmentarisation », parcours du combattant, » ...

Les bénévoles vont aussi accompagnés physiquement les personnes surtout pour des premiers rendez-vous ;

Renoncement aux soins :

- ⇒ Problèmes financiers
- ⇒ Refus des médecins ;
- ⇒ Le rapport au corps
- ⇒ L'absence de la CMU : fréquent car les personnes perdent leurs papiers, leur carte ou se font voler.

Comment améliorer :

- ⇒ Avoir des personnels qui va vers les personnes dans la rue, et ne pas attendre qu'ils viennent d'eux-mêmes ;
- ⇒ Trouver un moyen pour que les pharmaciens et médecins acceptent les personnes ayant la CMU ;
- ⇒ Sensibiliser les professionnels aux problématiques de ces personnes vivant dans la rue autour de
- ⇒ Des appartements thérapeutiques

Réponse aux besoins identifiés :

- ⇒ Principe c'est de les accueillir, accompagner, les écouter en les amenant à changer de regard sur eux
- ⇒ Problème d'hébergement et de logement est très important d'où leur campagne où il y a un Observatoire Citoyen au Logement ; une par commune ;
- ⇒ Promouvoir la mixité sociale
- ⇒ Permanences DALO, pour donner l'opportunité aux personnes d'obtenir un logement ;

Actions de prévention :

- ⇒ Domaine de la sexualité
- ⇒ Contraception pour les femmes (il y a eu des cas de femmes enceintes) ;
- ⇒ Conditions sont difficiles d'où la prévention pas faciles à mettre en actions.

L'Ordre de Malte médicalisé, Dr LESSIEUX est le responsable
Le Samu social, le psychologue Jérémy DUBOUDIN

Partenaires :

- L'Ordre de Malte médicalisé,
- Le Samu social
- Les hôpitaux des communes,
- Les mairies :
 - ⇒ CVS circonscription de Vie Sociale (conseil général) : suivi social des personnes ;
 - ⇒ CCAS pour la domiciliation et demandes de logement
- Des associations selon les communes : Croix-Rouge, secours populaires, ... travail en complémentarité ;

Limites de leur intervention :

- La crise du logement fait beaucoup en aggravant la situation des personnes qui n'ont rien à faire dans la rue et qui ont besoin d'accompagnement social et global ;
- le manque de disponibilité des partenaires ;
- difficulté d'orienter les personnes vers un hébergement ;

Points positifs de leur association :

- Accueil tout public, bon accueil, bon enfant
- Gratuité
- Convivialité
- « Pas d'alcool, de violence ni d'agressivité sont les seuls interdictions » dans les accueils.
- N'attend pas que les personnes s'en sortent ; humble et patient avec les personnes de la rue ; ne pas projeter d'attentes sur elles ;
- « Une personne peut venir pendant 10-15 ans sans que sa situation n'évolue, mais pour la personne c'est le lieu qui lui permet de se tenir propre, ses repères, sa famille, des gens qui l'appelle par son prénom, ... l'insertion pour certaines personnes est un risque ».

Retranscription de l'entretien avec Dr Guy LESSIEUX, responsable de la Solidarité et du Samu social médicalisé de l'Ordre de Malte France, le 23 mai 2013 (1h10)

Les œuvres de l'ordre de Malte s'occupent des pauvres et des malades depuis quelques siècles. Ils travaillent avec des valeurs chrétiennes.

Une délégation dans chaque département, Mme Marie-Noëlle PORTZAMPARC responsable pour les Hauts-de-Seine.

Actions de lutte contre la précarité : aide aux sans-abris

- Le Samu social : on ne peut pas obliger une personne dans son « squat » pour se faire soigner ; à Boulogne ; 2 véhicules ;
- Pour Boulogne, le Samu social se déplace tous les mardi soir toute l'année, périmètre le centre du département 92 ;
- Pendant la période hivernal, le Samu social médicalisé circule le jeudi soir à Rueil Malmaison
- Se rendent au chevet des sans-abri signalé par les maraudes ou le 115 ;

Créer du lien : « il faut tout faire pour obtenir un petit oui » en se basant sur les termes du Dr Mercuel : il faut renouer le lien, c'est capital ; ces personnes ont perdu la notion du temps, par contre ils savent que les personnes de l'Ordre de Malte passe tous les mardis et du coup cela garde le lien.

Pour les sans-abri malades, une structure a été inventée par l'Ordre de Malte : le **Samu social médicalisé** correspondant à une ambulance dans laquelle se trouvent un médecin, une infirmière, un assistant et un conducteur. Grâce à cela le médecin fait des consultations avec diagnostic : c'est un cabinet ambulancier. Les sans-abris n'ont pas la possibilité d'aller en cabinet en ville, ils n'ont plus de papiers souvent (perdus ou volé ?).

Le Samu social médicalisé est pour tout le département 92.

Les traitements leur sont distribués selon les prescriptions médicales. Les médicaments sont fournis par PHI (pharmaciens)

Il s'agit de la « médecine foraine » autorisation du Conseil de l'Ordre des médecins pour la grande précarité.

Des consultations médicales ont été développées dans 5 foyers d'hébergement du département 92 : Le rameau, le foyer l'olivier, ...

Une consultation par semaine pour chaque foyer, assuré par un médecin bénévole.

Ceci a permis de diminuer les consultations de nuit.

En projet de création de **maison-relais** qui pourraient accueillir de grands malades qui se trouvent à la rue après hospitalisation,

Un sans-abri ayant refusé une intervention pour une fracture du plateau tibial car il avait des petits chats qu'il ne souhaitait pas laisser : il a donc été plâtré pour rentrer directement dans son squat : le médecin bénévole a assuré les injections sous-cutanées d'anticoagulant.

La population des sans-abris a changé et s'est féminisée depuis quelques temps, ayant enfants avec elles.

Dr LESSIEUX ne comprend pas pourquoi on sépare les hommes et les femmes dans les divers hébergements.

Il ne souhaite pas donner de statistiques sur les origines ethniques des populations sans-abris ;

Des actions de réinsertion pour retrouver un travail et un logement ; aides pour les travailleurs pauvres ;

La péniche le Fleuron St-Michel à Asnières, de 30 places pour des personnes ayant un projet d'insertion, dont la durée de séjour est de 6 mois en moyenne. Des travailleurs sociaux et des bénévoles accompagnent ces personnes.

Actions de solidarité : journée mondiale de la quête pour la lèpre et journée mondiale pour les handicapés.

Autres actions :

- Maison Ferrari (personnes âgées) appartient à l'Ordre de Malte,
- visite de patients à l'hôpital militaire de Percy
- Formation secourisme
- Les EPI : équipe de première intervention, bénévoles qui sont rapidement mobilisables dès qu'il y a un problème comme le « plan canicule » ou le « plan grand froid ». Liste départementale de bénévoles.
- Activités dans les établissements scolaires
- Petits déjeuners à la cathédrale de Nanterre
- Récupération de produits de santé : les anciennes radiographies (à support argentique : donc les sels d'argent se vendent) et les lunettes.
- Théâtre

Fatima MAGANE -

- Fabrication de layettes pour l'étranger (Bethléem)

Problèmes de santé rencontrés:

- Mycoses des pieds
- Parasitaires : la gale, les poux
- La psychiatrie est la pathologie la plus fréquente : environ 25%
- Problèmes cardiaques : plus rencontrés ces dernières années avec des poses de Stent pour les personnes qui sont renvoyés ensuite à la rue (env. 6%)
- Problèmes pulmonaires

- Tuberculose : dépistage fait à Nanterre
- Problèmes dentaires
- Problèmes traumatologiques
- Gastroentérologie
- Pathologies liées à l'alcool

Le rôle du médecin responsable Dr LESSIEUX :

Assure la coordination du Samu social médicalisé

Les partenaires : le 115, Croix-Rouge, Secours Catholique, le Samu social salarié ; réunion avec les CCAS qui domicilient les sans-abris en situation régulière.

Pour les personnes ayant des problèmes psychiatriques : très difficile de les amener à se faire soigner : il y a l'HO (hospitalisation d'office) ou l'HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers) quand il y a trouble de l'ordre public ;

Quand il y a menace dans un problème de santé, le médecin appelle le SAMU.

Il raconte une histoire à propos d'un homme africain migrant qui a eu un traitement psychiatrique : mais n'a pas continué son traitement. Un jour, il trouve ce patient dans un état critique dans un abribus, il appelle les pompiers qui ont refusés de l'emmener; c'est le médecin lui-même qui l'a transporté dans sa propre voiture à l'hôpital en urgence. Quelques heures après, il apprend que la personne est morte du fait qu'elle n'a pas été examinée tout de suite et a été laissée de côté. Cela a beaucoup affecté le médecin qui en a référé aux « autorités » de l'époque.

Il ne faut pas réhabiliter trop vite :

Il cite l'exemple d'une dame ayant un zona très important sur le thorax : des traitements lui a été donnée ; elle lui dit que le médicament lui a fait très mal : le médecin ne comprend pas pourquoi car le Zovirax est bien toléré généralement ; entretemps les services sociaux avait réussi de lui trouver un deux-pièces ; elle demande au médecin un « comprimé pour dormir définitivement » car elle avait maintenant une « vie parfaite » et voulait « s'en aller » ; elle a eu une vie trop rapidement améliorée ; il a pu gérer ce problème.

Besoins pour lesquels il ne peut rien faire :

- Recréer le lien ;
- Arriver à leur faire accepter ce qu'on leur propose ;
- On ne peut pas exiger d'eux : leur première réaction c'est qu'on les « embête » et du coup ils se mettent dans les squats où on ne peut pas les trouver.
- Zone de la Défense dans les sous-sols -1, -6, -7 où il est très difficile de les trouver.
- On les trouve aussi dans les bois (sauf bois de Boulogne)

Difficultés d'accès aux soins :

CMU, AME, mais souvent ils perdent leurs cartes dans la rue.

Le médecin délivre les médicaments pour ceux qui n'ont aucune couverture médicale ;

Les demandeurs d'asile sont des « SDF accidentels » ;

Les solutions et actions pour améliorer l'accès aux soins et la prévention :

- Développer des actions médicales dans les foyers d'accueil
- Créer des lits de convalescence
- Prévention : campagne de dépistage de tuberculose, mise à jour des vaccinations ;
- Contraception : implant ou stérilet
- Prévention contre les parasitoses

Quelles perspectives pour ces personnes vulnérables :

Pessimiste car pense que cela va augmenter et les populations changent...avenir pas très optimiste.

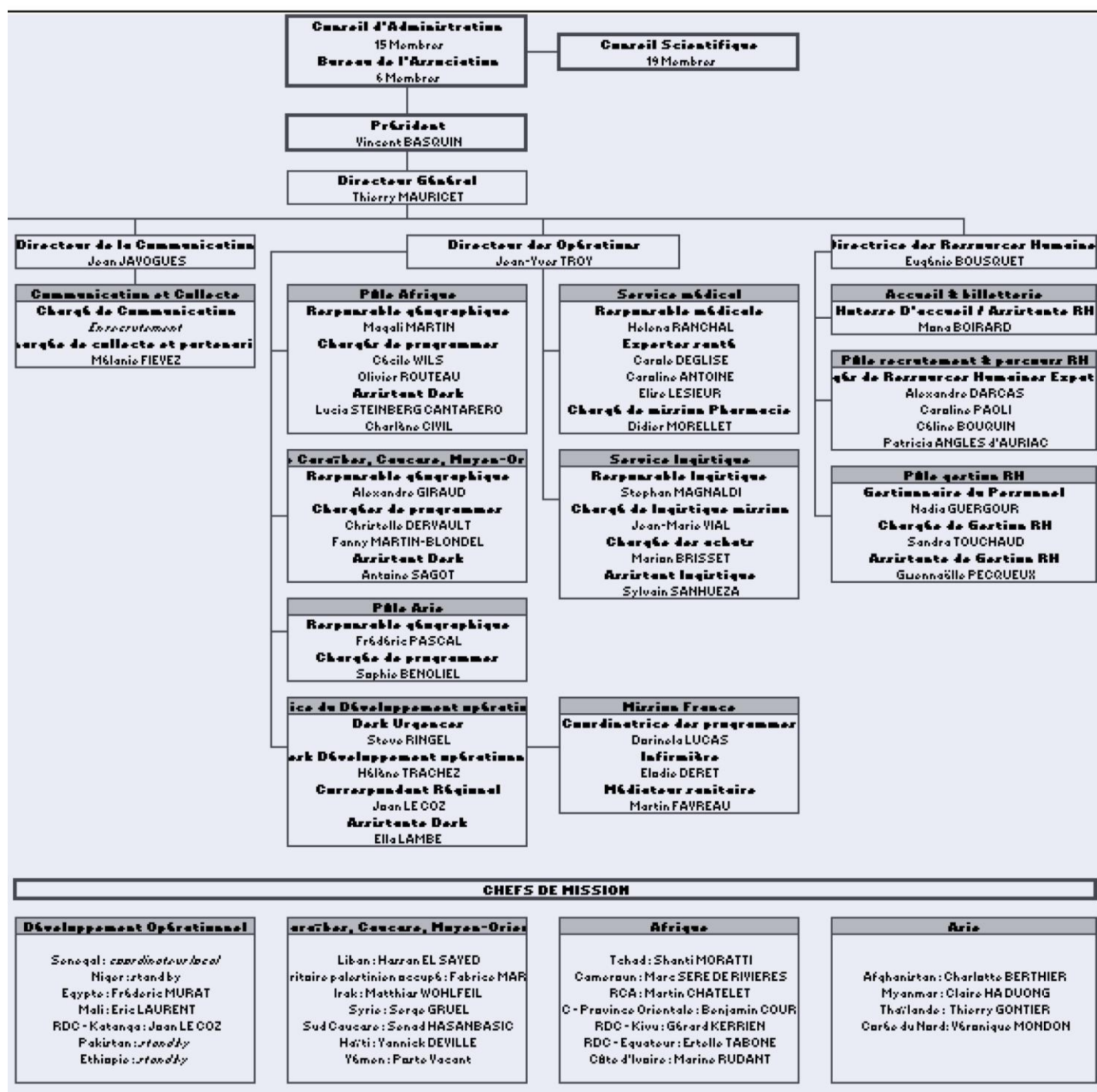
⇒ Développer une multitude de structures à des échelons différentes, ouvertes, qui accueillent les hommes, femmes, les couples, les convalescents, les travailleurs pauvres.

Fatima MAGANE -

Les nuits d'hôtel coûtent moins chères que la nuit dans un foyer mais le problème est qu'ils sont isolés de l'accompagnement.

Etre évolutif et réactionnel pour s'adapter aux nouveaux challenges de la précarité ;

Annexe 9 : organigramme de PU-AMI



Fatima MAGANE -

NOTE D'OBSERVATION

MAGANE	Fatima	25 Juin 2013
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
Réduire les inégalités de santé : comment une ONG peut-elle contribuer à cette démarche ?		
Promotion 2012-2013		
Résumé : Les inégalités de santé sont une réalité dans notre société française malgré les progrès de la médecine et les nouvelles technologies. Elles se retrouvent tant au niveau régional que local et infra-départemental. PU-AMI, ONG orientée vers l'humanitaire à l'international, a une Mission France auprès des populations Roms dans les départements de Seine Saint-Denis et du Val de Marne. Aujourd'hui, elle souhaite élargir son intervention auprès de populations défavorisées et vulnérables ayant des difficultés d'accès aux soins et à la prévention sans se substituer au droit commun. Aussi, elle a passé commande pour une « mission exploratoire » sur le département du nord des Hauts-de-Seine 92. Grâce au recueil d'informations auprès des acteurs de terrain, cette recherche a permis d'identifier les problématiques d'accès aux soins pour une certaine frange de la population de cette zone territoriale. Cette mission exploratoire propose des pistes d'interventions et d'actions que PU-AMI peut mettre en œuvre, pour aider ces personnes en situation de précarité vers un accompagnement et une médiation sanitaire, en apportant leurs compétences et savoir-faire en termes de prévention et de sensibilisation aux problématiques de santé.		
Mots clés : Inégalités de santé – Inégalités Sociales de Santé – Précarité – Pauvreté – Exclusion – Accès aux soins – Prévention – Actions de santé publique		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		