



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2004 –

**INEGALITÉS SOCIALES D'ACCÈS AUX SOINS DE PRÉVENTION
ET HÔPITAL**

– Groupe n° 10 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale

Animateur/trice(s)

– Dr Karine Chevreul

– Dr Jean Pascal

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 PREMIERE PARTIE : LES INEGALITES SOCIALES D'ACCES AUX SOINS DE PREVENTION, UNE MISSION POUR L'HOPITAL	2
1.1 Des inégalités sociales de santé significatives et persistantes	2
1.1.1 Définition.....	2
1.1.2 Situation française.....	3
1.2 Les soins de prévention	4
1.2.1 Limites du système de soins curatifs.....	4
1.2.2 Les trois dimensions de la prévention.....	4
1.2.3 Accès aux soins de prévention et hôpital.....	5
1.3 Inégalités sociales de santé et population en situation de précarité sociale	6
2 DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE	8
2.1 Le choix d'un hôpital : le CHU de Nantes	8
2.2 Le choix d'une région : les Pays de la Loire	8
2.3 Les moyens de la recherche	9
231 Les sources de l'enquête.....	9
232 Elaboration de la grille d'entretien.....	9
3 TROISIEME PARTIE : LES RESULTATS DE L'ETUDE	11
3.1 Le dispositif régional et local	11
3.1.1 Au niveau régional.....	11
3.1.2 Au niveau départemental.....	13
3.2 La place du CHU	13
3.2.1 L'implication des personnels.....	14
3.2.2 La PASS, un service à part entière.....	15
3.2.3 Au-delà de la PASS, d'autres services s'investissent.....	16
3.3 Les lacunes identifiées	17
3.4 L'hôpital de demain : chef de file d'un réseau de santé de proximité ?	19
4 QUATRIEME PARTIE : PROPOSITION D'ACTION : LA PREVENTION EN MATIERE D'ADDICTOLOGIE	21

4.1	La justification du choix	21
4.1.1	Un champ réinvesti par le CHU	21
4.1.2	Une thématique importante pour la population en situation de précarité	22
4.2	Un programme d'action	22
4.3	Discussion du plan d'actions	23
CONCLUSION		25
BIBLIOGRAPHIE		27
LISTE DES ANNEXES		I

Remerciements

L'ensemble des membres du Groupe MIP 10 tient vivement à remercier :

- le Docteur Karine Chevreul,
- le Docteur Jean Pascal,

pour leur soutien et l'éclairage qu'ils ont su apporter à notre travail.

Nous tenons également à remercier les interlocuteurs extérieurs que nous avons rencontrés :

- ARH des Pays de la Loire,
- CHU de Nantes,
- CREDEPS,
- DDASS Mayenne,
- DRASS des Pays de la Loire,
- ORS des Pays de la Loire,
- Direction de la Santé Publique de la Ville de Nantes,
- UPML des Pays de la Loire,
- URCAM des Pays de la Loire,

pour leur accueil convivial et leur disponibilité.

Liste des sigles utilisés

ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHRS	Centre Hospitalier Régional Spécialisé
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CREDEPS	Centre Régional et Départemental d'Etude en Santé Publique
CREDOC	Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie
CRS	Conférence Régionale de Santé
CSP	Catégorie Socio-professionnelle
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRDR	Dotation Régionale de Développement des Réseaux
EPS	Etablissement Public de Santé
FAQSV	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
HCSP	Haut Comité en Santé Publique
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSERM	Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale
MIP	Module Inter-Professionnel
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PASS	Permanence d'Accès Aux Soins de Santé
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Permanence des Soins
PRS	Programme Régional de Santé
PU PH	Professeur des Universités Praticien Hospitalier
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

INTRODUCTION

Dans le contexte d'une progression constante des inégalités sociales d'accès aux soins, l'hôpital est devenu la porte d'entrée privilégiée du système de soins pour les populations en situation de précarité. S'il y a eu de nombreuses réflexions sur le rôle curatif de l'hôpital, sa fonction sociale et sa participation aux actions de prévention primaire et secondaire ont été délaissées.

La littérature montre que les populations en situation de précarité sont celles qui ont le moins accès à la prévention¹. Or, de telles inégalités mettent à mal le concept d'équité qui prévaut dans un Etat-providence. Il est donc apparu pertinent de se poser la question de la place que l'hôpital devait occuper dans la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention. L'afflux de cette demande sociale renforce l'idée que l'hôpital devrait s'investir davantage dans ce domaine.

C'est pourquoi, l'objectif de cette étude porte sur le rôle que pourrait jouer l'hôpital dans la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention.

Pour répondre à cette question, la première partie expose le contexte général dans lequel s'inscrivent la problématique et l'objectif de cette étude. La deuxième partie est consacrée à la méthodologie employée. La troisième partie présente les résultats de l'enquête (analyse de la littérature et des entretiens semi-directifs) quant à la situation actuelle et les lacunes identifiées. A partir de ces résultats, la quatrième partie sera consacrée à la proposition d'une action en matière d'accès aux soins de prévention.

¹ HCSP, *La santé en France 2002*, Paris, 2002, pages 5 – 16.

1 PREMIERE PARTIE : LES INEGALITES SOCIALES D'ACCES AUX SOINS DE PREVENTION, UNE MISSION POUR L'HOPITAL

1.1 Des inégalités sociales de santé significatives et persistantes

1.1.1 Définition

L'existence d'une distribution socialement stratifiée des problèmes de santé est attribuable à deux types de phénomènes :

- un effet de sélection : les problèmes de santé influent sur la position sociale des individus en réduisant par exemple leur employabilité,
- un effet de causalité : les inégalités sociales déterminent la stratification des problèmes de santé et de la mortalité.

L'effet de causalité peut se décomposer en deux déterminants :

- une différenciation sociale du diagnostic, de la prise en charge et de l'évolution des pathologies (influence de l'offre de soins)
- une distribution inégale des problèmes de santé.

De nombreuses études² montrent actuellement des relations très fortes entre niveau socio-économique et profils de santé. Si ces écarts de santé n'ont évidemment pas la même amplitude selon les pathologies, ils sont particulièrement notables au niveau des indicateurs synthétiques de mortalité générale, prénatale et prématurée.

Cependant, les relations entre inégalités de santé et inégalités sociales sont vérifiées dans les domaines de la prévention (santé bucco-dentaire, accès à la contraception, etc.), dans celui du dépistage (du cancer du sein, du VIH, etc.), de la prise en charge, de l'observance des traitements et des "désavantages" sociaux conséquences de la maladie. Les conséquences médicales mais aussi économiques et sociales de maladies graves chroniques et invalidantes sont majorées chez les personnes dont le statut socio-économique est fragile.

² INSERM, *Les inégalités sociales de santé*, Dir. Thierry Lang, Paris, 2000, p. 13-24

1.1.2 Situation française

Entre 25 et 54 ans, la surmortalité des ouvriers et employés par rapport aux cadres et aux professions libérales concerne quasiment toutes les causes de décès, en particulier les cancers, les maladies cardio-vasculaires et les morts violentes.

D'après une étude de santé publique européenne³, la mortalité chez les hommes exerçant une profession manuelle en France, est supérieure à 71 % par rapport à ceux n'exerçant pas une profession manuelle. La différence est de 33 à 53 % pour les autres pays. Si on prend en compte le niveau d'études, on observe également des disparités plus grandes en France que dans les autres pays et ce, pour les hommes comme pour les femmes.

Au total, la surmortalité sociale en France représente 10 000 décès⁴, ce qui signifie que si l'ensemble des catégories sociales jouissait de taux de mortalité équivalents à ceux des cadres et professions intellectuelles supérieures, 10 000 vies seraient épargnées chaque année.

Les inégalités sociales de mortalité s'observent dès la naissance. En effet, les dernières données chiffrées révèlent que la mortalité périnatale varie de 7,1 pour 1000 naissances pour les enfants de père cadre à 10,2 pour 1000 naissances pour les enfants de père ouvrier. Ces différences sont moins fortes pour la mortalité infantile même si elles existent toujours.

La prématurité et le faible poids de naissance étaient, en 1995, une à deux fois plus élevés chez les enfants d'ouvriers ou d'employés que chez les enfants de cadres. On reconnaît maintenant l'incidence de ces données sur l'augmentation du risque de certaines maladies de l'âge adulte, notamment les maladies cardio-vasculaires. A l'adolescence, les inégalités sont moindres. On notera tout de même, une consommation d'alcool, de cannabis et dans une moindre proportion de tabac, plus importante chez les enfants de cadres que chez les enfants d'ouvriers. Il y a une inversion à l'âge adulte. Les inégalités persistent à l'âge de la retraite.

Par contre, en matière de morbidité, l'établissement de telles relations est plus délicat, tant il est vrai qu'il n'existe pas d'indicateur global d'état de santé objectif dont on pourrait étudier la distribution.

³ Kunst A E et al. : "Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens", *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte/INSERM, 2000.

⁴ Thierry Lang (Leclerc et al, 2000),

1.2 Les soins de prévention

1.2.1 Limites du système de soins curatifs

L'ensemble des études disponibles ne parvient pas à établir une relation générale non ambiguë entre recours aux soins et état de santé et tend à fortement relativiser le rôle du système de soins en général, et de la médecine curative en particulier, sur l'état de santé des populations.

Ainsi, l'ampleur des inégalités de santé est, dans une large mesure, déterminée hors du système de soins. Certaines études⁵ estiment que les soins curatifs ne contribueraient qu'à hauteur de 20% à l'état de santé des populations.

Cela signifie que les principaux déterminants et les principales pistes de solution sont à rechercher hors du système de soins. La non discrimination dans l'accès aux soins est vraisemblablement une condition nécessaire, mais non suffisante, de la réduction des inégalités sociales de santé.

1.2.2 Les trois dimensions de la prévention

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) distingue trois types de prévention : la prévention primaire, dont l'objectif est d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les causes ; la prévention secondaire dont l'objectif est de détecter la maladie ou la lésion et de la traiter à temps ; et la prévention tertiaire dont l'objectif est de diminuer les récurrences et les incapacités. Ces trois types de prévention ont un rôle déterminant dans la réduction des inégalités de santé.

La prévention primaire suppose une action sur l'environnement, afin de le rendre plus sain sur le plan bactériologique et toxicologique, et une action contre les comportements nocifs. Ce faisant, elle suppose d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, dont on a vu qu'ils expliquaient davantage les inégalités de santé que ne le faisait le système de soins. La qualité de l'environnement reflète en partie les inégalités sociales, comme l'a souligné le débat sur le saturnisme. En outre, la quasi-totalité de l'excès de mortalité prématurée, chez les hommes ou les milieux défavorisés, est liée à des comportements nocifs, et plus particulièrement à cinq causes : le tabac, l'alcool, les déséquilibres alimentaires, les accidents et les suicides.

⁵ (Evans, 1996)

La prévention secondaire n'est pas non plus neutre en terme d'inégalités de santé. On observe ainsi un biais de sélection dans le dépistage. Le comportement des patients à l'égard de la prévention dépend d'un grand nombre de facteurs psychologiques et sociaux. Des études ont permis de mettre en évidence une différenciation des pratiques des médecins selon les caractéristiques de leurs patients. Une étude réalisée sur le dépistage du cancer du sein⁶ a permis de souligner la responsabilité conjointe du patient et du médecin dans l'inaccessibilité à la prévention. Les femmes âgées, d'origine étrangère ou exerçant une activité manuelle salariée se voient moins souvent que les autres proposer un dépistage. Inversement, les autres patientes échappant au dépistage (patientes sans couverture complémentaire, commerçantes et professions artisanales) sont également à l'origine de cet évitement, en ne suivant pas les recommandations du médecin.

Quant à la prévention tertiaire, elle pose la question du suivi des prescriptions et des examens de contrôle, lequel dépend des caractéristiques sociales du patient, et notamment de son niveau d'éducation et de sa situation géographique.

Il est à constater que la prévention ne présente qu'un caractère subsidiaire dans la politique de santé publique, même si certaines actions importantes ont été réalisées : la loi Evin a permis une baisse de la consommation de tabac de 12% entre 1992 et 1997. En effet, la politique de prévention demeure structurellement lacunaire puisque moins de 5% du total des dépenses de santé lui sont consacrés (IGAS, rapport annuel, 2003).

1.2.3 Accès aux soins de prévention et hôpital

L'hôpital a un rôle particulier en matière d'éducation thérapeutique : apprendre à maîtriser le traitement mais aussi, plus largement à vivre avec sa maladie. Sa place est centrale pour les affections graves, habituellement rares, où le patient est très dépendant de l'hôpital pour ses soins. Elle est structurante pour les affections les moins sévères, mais fréquentes comme l'asthme ou le diabète de type 2 où il intervient plus ponctuellement comme prestataire de soins nécessitant un plateau technique lourd, aux côtés d'acteurs libéraux garants de la continuité des soins.

L'hôpital est aussi un acteur en matière d'éducation pour la santé, au sein d'un ensemble plus vaste d'acteurs : il s'agit d'exploiter le moment privilégié d'un contact avec le milieu de soins qu'est l'hôpital, pour interpeller la personne sur son état de santé et l'amener à

⁶ (Aubert et al, 1995)

développer des comportements moins à risques. Les addictions sont une cible privilégiée, et tout particulièrement le tabagisme et la consommation excessive d'alcool, mais le bon usage du médicament entre également dans ce cadre.

1.3 Inégalités sociales de santé et population en situation de précarité sociale

Le Haut Comité en Santé Publique (HCSP) considère une situation de précarité comme une fragilité de la personne liée à des conditions socio-économiques affectant lourdement les conditions de vie (travail, revenus, logement, etc.). Une situation de vulnérabilité est une fragilisation de la personne en lien avec ses conditions socioculturelles ou son état psychologique (aspects psychopathologiques de l'individu, addictions, présence ou non d'un entourage familial, affectif, etc.). Envisager la précarité amène ainsi à considérer les inégalités sociales en général et leurs conséquences sur la santé et les soins.

Le lien entre précarité et santé peut s'entendre comme un processus de vulnérabilité dont on peut craindre, à moyen et long terme, qu'il n'ait de profondes répercussions sur l'état de santé. La pauvreté économique et sociale entraîne, au-delà de la vulnérabilité organique et psychique, des sentiments d'inutilité sociale et de mésestime de soi qui provoquent une souffrance psychique intense, pouvant conduire au renoncement des soins que nécessitent le corps et l'adoption de comportements pathogènes aggravant la vulnérabilité préexistante.

Le Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie (CREDOC) qui a mené de grandes études qualitatives portant sur les histoires de vie⁷ et les suivis longitudinaux des personnes en situation de grande difficulté, a confirmé la corrélation entre le processus de fragilisation sociale et la dégradation de l'état de la santé. Il n'y a donc pas de maladies des pauvres (mis à part le saturnisme appelé aussi « la maladie des taudis »), mais une moindre capacité de ceux-ci à se défendre contre les agressions extérieures.

⁷ GILLES, M.O., LEGROS, M., L'épreuve de la pauvreté, CREDOC, 1995.

Les liens entre précarité sociale et inégalité de santé sont cependant complexes. L'état de santé peut contribuer à une précarisation sociale ou, à l'inverse, résulter, au moins partiellement, d'une situation sociale précaire.

Ainsi, en France, une enquête du Centre Régional et Départemental d'Etude en Santé Publique (CREDES) de 1991-1992, élabore un "score de précarité sociale" analysé en parallèle avec un "score de vulnérabilité médicale", en fonction des catégories socioprofessionnelles (CSP). Ce travail met en évidence les liens très forts qui existent entre CSP, précarité sociale et vulnérabilité médicale. Ce sont ainsi les catégories des employés et des ouvriers non qualifiés qui cumulent les pourcentages les plus élevés de vulnérabilité médicale et de précarité sociale.

L'hôpital occupe aujourd'hui une place importante en terme d'accès aux soins de prévention, compte tenu de l'évolution de ses missions et de son rôle « social ». Il constitue, pour les populations en situation de précarité sociale, le mode d'accès privilégié, voire prioritaire en matière d'accès aux soins primaires. Par ailleurs, les données de la littérature montrent que les populations précarisées en matière de soins primaires, notamment de prévention. **Ainsi, l'objet de ce travail porte sur le rôle que pourrait jouer l'hôpital dans la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention.**

2 DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE

Pour atteindre cet objectif, le champ de l'étude devait être circonscrit. Il fallait d'abord retenir un terrain d'investigation, puis définir les axes de nos recherches.

2.1 Le choix d'un hôpital : le CHU de Nantes

Il nous fallait un hôpital de référence. En l'espèce, le choix s'est porté sur le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes.

Premièrement, il constitue un acteur opérationnel à l'échelon du territoire régional et local. Deuxièmement, il propose un panel d'accès aux soins de prévention⁸, qui se décline en trois axes :

- des consultations spécialisées,
- une mise à disposition de ressources médicales et logistiques auprès d'autres acteurs,
- un rôle de proximité.

Il est à souligner, que le niveau d'analyse retenu, à savoir le CHU, ne permet pas d'appréhender la prévention de proximité dans sa globalité. La prévention de proximité n'est pas la même en terme de besoins, d'action ou de ressenti des populations en fonction de la taille de l'établissement. Le délai imparti de réalisation du Mémoire Interprofessionnel (MIP) n'a pas permis de prendre en compte la prévention de proximité menée au sein d'un hôpital local.

2.2 Le choix d'une région : les Pays de la Loire

La région des Pays de la Loire a été retenue pour les raisons suivantes. L'échelon régional présente un cadre d'action pertinent en matière d'organisation des soins, depuis le mouvement de déconcentration amorcé dans les années 1970-1980. La création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) en 1996 a renforcé la vocation régionale, qui est réaffirmée par des textes récents⁹.

⁸ Primaire, secondaire et tertiaire.

⁹ Loi du 4-03-2002 portant notamment création des Conseils régionaux de santé préfigurant la création des ARS. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JO du

Elle constitue au regard de ses indicateurs sociaux et épidémiologiques, une région moyenne. Un tel terrain d'analyse permet dans une certaine mesure de parvenir à des résultats gommant les écarts à la moyenne.

La proximité rennaise a facilité la logistique des déplacements, dans le temps court imparti pour le MIP.

Il est à noter que nombre de politiques en matière de prévention sont définies à l'échelon régional et déclinées sur différents territoires. Il existe donc une imbrication étroite entre la politique sanitaire régionale et chacun des établissements de soins constitutifs d'un territoire géographique donné. Cette imbrication devrait être renforcée dans la perspective des SROS de 3^{ème} génération avec les projets médicaux de territoire.

2.3 Les moyens de la recherche

2.3.1 Les sources de l'enquête

Au-delà du dossier documentaire fourni, des rapports institutionnels, des documents remis par les personnes rencontrées et des ouvrages généraux ont été consultés¹⁰.

Trois niveaux d'interlocuteurs ont été ciblés : les interlocuteurs régionaux (ARH, URCAM, URML, DRASS, ORS, CRAM), les acteurs de l'institution hospitalière (directeur, médecin, personnels paramédicaux, représentants des instances), et d'autres acteurs impliqués dans la prévention de terrain (CREDEPS, Ville, DDASS).

Ainsi, une grille d'entretien a été appliquée tant aux interviewes conduites auprès de seize interlocuteurs, que dans l'orientation de nos lectures.

2.3.2 Elaboration de la grille d'entretien

Afin de répondre à l'objectif que l'on s'était fixé, nous avons cherché à savoir :

- quelles étaient les points de vue des différents acteurs régionaux de la santé et du CHU de Nantes sur la thématique de la prévention
- quelles sont les actions de prévention déjà menées sur notre terrain d'étude

17/08/2004 qui dispose de la création des Agences Régionales de Santé (articles 66, 67, 68), dont l'expérimentation est prévue dès janvier 2005 dans quatre régions. Loi N°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JO du 11/08/2004 qui établit sur cinq ans 100 objectifs de prévention. Leur mise en œuvre passe par la création du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP), GIP présidé par le Préfet de Région. Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, JO du 17/08/2004, qui institue la représentation de droit commun du Conseil régional au sein de la Commission exécutive (COMEX).

¹⁰ Cf. bibliographie

- quelle est la place de l'hôpital dans ces actions de prévention
- quelles sont les lacunes constatées
- quelles sont les actions à développer.

Ces axes de recherche sont traduits dans la grille d'entretien qui a servi de support pour mener notre enquête. A savoir :

- 1) Quel est le positionnement de votre institution en matière de prévention ?
- 2) Quelles actions ou programmes de prévention ont été mis en place par votre institution afin de réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Vers quels types de populations étaient-ils destinés ?

- 3) Avec quels partenaires travaillez-vous ou souhaiteriez-vous travailler ?

Comment ce partenariat vous permettrait-il de répondre à la question de la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

- 4) Identifiez-vous un manque local d'action ou de programme pour réduire les inégalités d'accès aux soins de prévention ? (*c.a.d : quels sont les manques pour réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?*)
- 5) Quelle est la place de l'hôpital dans la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ? (*Pertinence et limite du rôle de l'hôpital*)
- 6) Quelles sont les actions qui devraient être développées ou supprimées par l'hôpital afin de répondre à la question de la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Quelle est selon vous l'action prioritaire qui devrait être développée?

3 TROISIEME PARTIE : LES RESULTATS DE L'ETUDE

3.1 Le dispositif régional et local

L'analyse des entretiens avec les interlocuteurs de l'ARH, de l'URCAM et de la DRASS, a démontré une réelle volonté politique d'impulser des actions, en matière d'accès aux soins de prévention, pour les populations en situation de vulnérabilité sociale. Par ailleurs, les entretiens avec la Direction Départemental de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS) et la Direction de la Santé publique de la Ville de Nantes nous ont informés des initiatives entreprises au niveau local afin de réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention.

3.1.1 Au niveau régional

La programmation des actions de santé s'est développée à la fin des années 1990 et a conduit à la définition de programmes régionaux de santé (PRS)¹², de Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)¹³ et de Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)¹⁴. Ces outils cherchent à fédérer autour d'objectifs communs les différents acteurs du champ sanitaire et social.

Les PRS ont pour ambition de structurer dans une approche globale les activités de promotion de la santé, d'éducation, de prévention, de soins, de réhabilitation et de réinsertion. Ils complètent les SROS.

Les priorités du PRS des Pays de la Loire, dégagées par la Conférence régionale de Santé (CRS) privilégient les cinq axes suivants : la conduite d'alcoolisation à risque, la prévention de l'infection à VIH, la prévention du suicide et de ses tentatives, cancer et société, et santé-précarité.

Le thème santé-précarité a fait l'objet d'un programme régional 1998-2002, s'appuyant sur plusieurs enquêtes menées auprès de médecins généralistes, d'organismes de sécurité sociale, des DDASS, des Conseils généraux et CCASS, des établissements de santé, et sur l'étude menée par l'Observatoire Régional de Santé : « Santé et Précarité

¹² L'article 67 de la loi du 29 juillet 1998

¹³ L'article 71 de la loi du 29 juillet 1998 crée les PRAPS. Il dispose que « ce programme comporte des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi qui sont mises en œuvre chaque année, dans chaque département, pour améliorer la santé des personnes démunies. »

¹⁴ L'article 76 de la loi du 29 juillet 1998 prévoit la création de PASS dans les EPS et les établissements privés PSPH.

dans les Pays de la Loire ». Ce PRS formule des propositions sur l'accès aux droits et l'accès aux soins, la prévention, la formation et les réseaux.

Le PRAPS I des Pays de la Loire 2000-2002 est la continuité du PRS « Santé, Précarité ». En 2003, a été lancé le deuxième PRAPS 2003-2006 renforçant le PRAPS I, et définissant de nouvelles priorités en matière d'accès à la santé et aux soins des personnes en situation de précarité.

La mise en œuvre de ces priorités repose sur une analyse :

- de l'offre de soins (actualisée dans le cadre de la préparation des SROS de 3^{ème} génération),
- des résultats de l'extension de la protection sociale (mise en place de la couverture maladie universelle, CMU),
- du financement des réseaux de santé par l'ARH et l'URCAM (avec le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) et de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux, DRDR¹⁵),
- et enfin du réseau français des villes-santé de l'OMS (Angers, La Roche-sur-Yon et Nantes).

Il s'agit notamment, de faciliter l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus démunies. Dans ce cadre, sont privilégiés le développement des dispositifs d'accès aux soins de santé (consolider la PASS, pérenniser les permanences santé dans les lieux d'accueil et d'hébergement...), et la continuité des soins (convalescence, distribution de moyens de prévention comme les contraceptifs et les produits de sevrage...).

Mises en place dans le cadre des PRAPS, les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale destinées à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier ainsi qu'aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Elles ont également pour fonction d'accompagner les personnes en difficulté dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits sociaux.

Dans la région des Pays de la Loire, les PASS ont largement été mises en place qu'il s'agisse du CHU, des centres hospitaliers ou des hôpitaux locaux. Cette mise en œuvre a été volontariste, aidée par une personne ressource de la DRASS, et par des moyens

¹⁵ L'URCAM recense sept réseaux de santé, principalement dans les domaines de la gérontologie (au nombre de quatre), des soins palliatifs, de la périnatalité et de l'alcoologie. Dans ce cadre, une dotation régionale de développement des réseaux (DRDR) de santé d'un montant de 2,23 millions d'euros (5^{ème} rang national) est attribuée à la région.

supplémentaires dégagés par l'ARH dans les Contrats d'Objectifs et de Moyens des établissements.

Les Etablissements Publics de Santé (EPS) ont été demandeurs de la mise en œuvre de la PASS dans la mesure où ils sont confrontés aux problèmes de la précarité en matière de santé, notamment au niveau des services des urgences. L'enjeu est désormais d'assurer une meilleure intégration des PASS dans leur environnement interne et externe.

3.1.2 Au niveau départemental

Un plan départemental relaie les ambitions régionales. Il a vocation à être un document de référence dans le domaine de la santé et de la précarité s'inscrivant dans le cadre de la lutte contre les exclusions. Elaboré pour trois ans (2002-2004), le second plan départemental établit les mêmes priorités que le PRAPS de deuxième génération. Axé sur la prévention, il définit des thèmes d'action en faveur des personnes fragilisées (exclus de la CMU, personnes âgées) et sur les problématiques sanitaires "santé mentale" et "alcool", tout en s'appuyant sur les dispositifs existants (accès à la prévention et aux soins, réseau santé précarité, promotion de la santé).

Le Comité Régional et Départemental d'Education Pour la Santé (CREDEPS) regroupe le Comité Départemental d'Education à la Santé et le Comité Régional. Il est hébergé par le CHU de Nantes. Selon un de ses responsables, cela en fait un pôle ressource au coeur du dispositif. En effet, cela lui permet d'occuper une place stratégique au plus près des acteurs opérationnels.

3.2 La place du CHU

Le rôle d'un CHU est avant tout identifié par sa technicité, son hyperspécialisation en matière curative. A contrario, selon la communauté médicale et les dirigeants, la réflexion en matière de santé publique a longtemps été négligée¹⁶.

Les entretiens et notre analyse montrent que trois éléments contextuels ont néanmoins modifié l'implication du CHU en matière de soins de prévention.

- Dans les entretiens, la direction du CHU a reconnu un manque d'engagement en Santé publique. Cela l'a conduite à recruter en 1997 un PU-PH dans cette discipline.
- Selon un dirigeant du CHU, l'implication de la médecine interne a également renforcé cette préoccupation, et un nouvel aspect de la prévention a pu être développé.

¹⁶ Entretien du 23/09/04 avec un ancien directeur du CHU de Nantes

- Enfin, d'après nos entretiens avec l'ARH et la direction du CHU, l'ARH a contribué dès 1998 au développement puis à la pérennisation de la PASS.

Dans ce contexte, les acteurs interviewés, comme la littérature spécialisée, s'accordent à dire qu'en terme de prévention, l'hôpital n'est performant que sur le plan de l'éducation thérapeutique, c'est-à-dire pour ce qui concerne l'éducation des patients déjà malades à prendre en charge leur traitement.

Toutefois, deux champs sont à développer dans le cadre des actions de promotion de la santé :

- la prévention (prévenir le risque)
- l'éducation à la santé (qui vise selon un programme de précaution à sensibiliser les personnes à risques).

Dans ces différents domaines, l'hôpital doit trouver un moyen efficace de toucher les populations défavorisées, qui sont celles qui ont le moins accès aux soins de prévention.

Le développement des actions du CHU en matière de prévention est tout d'abord passé par l'implication des personnels et a conduit à des modalités originales de mise en œuvre de la PASS.

3.2.1 L'implication des personnels

D'une façon générale, une acculturation de tous les professionnels de santé à la prévention est nécessaire. En effet, celle-ci n'est pas une discipline en tant que telle. Elle fait partie de la prise en charge globale et transversale du patient du domicile au domicile. La mobilisation de tous les personnels de l'hôpital pour mettre en œuvre la PASS a été impulsée par la Direction générale. Elle s'est construite selon le modèle du « quatuor », (qui implique les personnels médicaux, para-médicaux, administratifs et sociaux) mis en œuvre pour les soins palliatifs, comme l'a évoqué l'ARH.

Le projet d'établissement reflète les orientations prises par la direction et la communauté médicale en matière d'accès aux soins de prévention. Elles sont relayées par le COM. Deux orientations stratégiques ont retenu notre attention :

- intégrer les actions de prévention et d'éducation du CHU de Nantes dans la ville et le système régional de santé,
- prendre en charge les patients vulnérables¹⁷.

¹⁷ COM du CHU, pages 61 à 73 et 84 à 87.

A partir du référentiel Agence Nationale Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) « organisation de la prise en charge des patients », l'hôpital lors de son autoévaluation a mis en lumière certaines difficultés dans la trajectoire du patient. Elles ont conduit à renforcer les réseaux intra et extra hospitaliers, en intégrant la dimension éducative dans la prise en charge du patient.

Le CHU de Nantes a identifié quatre niveaux d'intervention dans ce domaine : l'éducation thérapeutique, les programmes spécifiques (VIH, asthme, diabète...), l'éducation pour la santé, et la prévention clinique.

Pour atteindre ces objectifs, le CHU s'est doté d'un comité de pilotage : le comité de promotion de la santé qui associe la compétence d'experts internes et extérieurs¹⁸.

3.2.2 La PASS, un service à part entière

La mise en place de la PASS est l'action centrale du CHU de Nantes en matière de réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention. Elle permet une organisation en réseau et un dépassement du rôle curatif. En effet, la PASS est un dispositif général de consultation médico-sociale, appelée « consultation Guillon »¹⁹, disposant d'une équipe pluridisciplinaire²⁰. Contrairement aux autres établissements de santé, la PASS n'est pas rattachée au service d'accueil des urgences. Elle est au premier étage de l'Hôtel-Dieu et dispose d'une équipe et d'un plateau technique autonome. Elle est ouverte pendant la journée.

Six objectifs affichés dans le COM gouvernent sa mise en place : permettre une meilleure identification des situations de précarité, rechercher une réouverture des droits des patients, faciliter l'accès aux médicaments pour les personnes en situation de précarité, mettre en place une consultation médico-sociale à visée généraliste, participer à la construction du réseau entre professionnels de santé et du social, contribuer à former et informer les personnels aux problèmes de la précarité.

Dans les faits, la PASS effectue surtout en matière de prévention des actions de mise à jour du suivi vaccinal, des dépistages des problèmes liés à la tuberculose, au VIH et aux hépatites²¹.

En résumé, le bilan de la PASS est satisfaisant. D'un point de vue qualitatif, la PASS est un moyen d'accès aux soins de prévention. D'un point de vue quantitatif, l'activité est

¹⁸ COM du CHU, page 87

¹⁹ Entretien du 24/09/2004 au CHU.

²⁰ L'équipe est composée d'une secrétaire, de 2 infirmières, de 2 assistantes sociales, une aide soignante, un interne de médecine générale, d'un temps médical assuré par le médecin hospitalier, et de 10 médecins libéraux assurant des vacations.

²¹ Entretien du 24/09/2004 au CHU.

croissante : 2400 accueils en 2000, 4700 en 2001. Le nombre de primo-consultant augmente.

Deux profils de populations accueillies se dessinent : les étrangers en situation irrégulière et des nationaux en situation de désocialisation, de déstructuration physique et mentale. La réussite du dispositif est liée à la motivation des acteurs de la PASS et à la qualité du réseau associatif. Elle est aussi conditionnée par la disponibilité médicale permanente d'un référent ayant une expertise dans le domaine de la précarité²².

3.2.3 Au-delà de la PASS, d'autres services s'investissent

Selon un médecin du secteur du moyen séjour²³, il apparaît que le CHU de Nantes est le terrain original et innovant d'actions en matière d'accès aux soins de prévention. En effet, certains services ont développé des pratiques internes en relation avec d'autres partenaires pour y parvenir. Mais elles restent encore isolées.

L'expérience du service de rééducation fonctionnelle est éclairante. Ce service a mis en évidence que l'efficacité de son intervention n'est possible qu'en maîtrisant l'amont et l'aval des processus de prise en charge à l'hôpital. Il ressort de cette expérience qu'une action de prévention efficace débute avec la formation des professionnels (médecins, personnels des maisons de retraites...). Il convient ensuite d'intégrer et de responsabiliser les bénéficiaires des soins, tout en leur apportant l'aide nécessaire pour la mise en œuvre des solutions.

L'évaluation des résultats en moyen séjour met en évidence la supériorité d'une prise en charge transversale et continue. Dans un but d'anticipation, il faut se projeter dans le long terme, et tisser un réseau de partenaires entre acteurs du sanitaire et du social. Il s'agit donc d'envisager le devenir du patient dès son entrée :

- communiquer avec le médecin traitant,
- établir des conventions avec des maisons de retraite,
- travailler avec les acteurs sociaux autour du logement, organiser l'aide à domicile et les soins requis,
- proposer une télésurveillance...

La sortie du malade ne doit donc pas être considérée comme la fin du dispositif : il convient de prévenir les ré-hospitalisations et d'identifier les risques futurs par un examen pluridisciplinaire. La programmation d'un examen médical dès la fin du séjour favorise la réorientation des patients.

²² Entretien du 23/09/2004 au CHU.

Pendant le séjour, la mise en place d'ateliers ciblés avec des partenaires privilégiés (ex : France Alzheimer pour les troubles mnésiques) illustre la pertinence des actions de préventions : les patients profitent de leur passage en moyen séjour pour bénéficier d'une prévention de la maladie d'Alzheimer.

3.3 Les lacunes identifiées

L'analyse des entretiens a permis d'identifier certains manques dans le dispositif d'accès aux soins de prévention.

Tout d'abord, un de ces manques concerne le repérage des besoins. Une bonne connaissance des territoires et des populations est nécessaire pour agir efficacement. Or, les acteurs interrogés soulignent un défaut de connaissance dans ce domaine.

Ensuite, l'analyse des entretiens fait apparaître un fort cloisonnement des acteurs et des actions. Ce cloisonnement est unanimement ressenti, notamment entre hôpital et médecine de ville, qui est le plus dénoncé. L'URML reconnaît cet état de faits. Elle envisage de proposer de nouvelles perspectives (comme la valorisation des consultations de prévention). A ce titre, le réseau de santé est présenté comme l'outil privilégié de coopération.

Cette synergie est, cependant, freinée par la diversité des acteurs et par l'émiettement des politiques et des ressources financières. En effet, la lutte contre les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention rencontre un certain nombre de manques. Ces derniers sont le reflet d'une relative incohérence des politiques :

- le choix de la méthode est en question ; faut-il s'attaquer à une pathologie particulière ou à une population ciblée ? Comment affiner les critères de repérage des populations en situation de vulnérabilité sociale et par conséquent des besoins induits.
- le cloisonnement des acteurs ainsi que leurs difficultés de communication constituent un frein certain aux vellétés de réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention. Cette situation conduit à un manque de visibilité et de lisibilité des dispositifs et expériences existants auprès des populations et professionnels concernés.

²³ Entretien du 27-09-04 au CHU.

- en outre, la région des Pays de la Loire souffrirait d'un problème de démographie médicale ; de ce fait se pose la question de la formation des médecins libéraux en matière de prévention ainsi que de leur implication dans les structures médico-sociales existantes (PASS, maisons médicales).
- concernant les personnes prises en charge sur le plan sanitaire, apparaît le problème de la continuité des soins, en particulier au domicile ou dans des structures comprenant des lits « infirmiers »²⁴.

Une double clarification est à opérer. La première concerne le niveau décisionnel. La deuxième touche les fonctions des opérateurs. Cette double clarification interroge l'articulation entre ces deux niveaux.

La multiplication des décideurs régionaux affaiblit le système de planification en matière de prévention. Toutes les compétences sont enchevêtrées et parfois redondantes. Les réformes récentes illustrent ce propos :

- La loi du 13 août 2004 préfigure un système complexe. Elle suppose d'une part, une cohabitation renforcée entre l'assurance maladie et l'Etat en matière de prévention. Elle se développe, d'autre part, en l'absence d'une Agence Nationale de Santé. Pour poursuivre, cette nouvelle organisation laisse entière la question du devenir des DDASS et des DRASS.
- Par ailleurs la loi du 9 août 2004 maintient, pour la prévention, la dichotomie en matière de répartition des compétences entre le Préfet et l'ARH.

Quant aux opérateurs, ils sont très nombreux à devoir intervenir dans le domaine de la prévention. Le sanitaire, le médico-social, le libéral, l'associatif, la Ville ont tous vocation à développer des actions dans le domaine de la prévention. Ce système est coûteux en énergie, en temps et en argent²⁵. Les formules juridiques du réseau restent mal définies.

Dans ce contexte, le CHU, qui dispose d'une autonomie de moyens, est l'acteur le plus sollicité et le plus efficace.

²⁴ Les lits de soins infirmiers sont des lits de soins de suite pour les personnes en grande précarité et sans domicile fixe

²⁵ Entretien du 22/09/2004 à l'ARH.

3.4 L'hôpital de demain : chef de file d'un réseau de santé de proximité ?

L'interrogation des acteurs sur le rôle de l'hôpital en matière de réduction des inégalités d'accès aux soins de prévention fait apparaître d'importantes divergences, même au sein du CHU. L'hôpital ne peut échapper à son rôle social mais ce n'est pas pour autant qu'il est le mieux placé pour le jouer.

Malheureusement notre enquête montre que les initiatives de prévention ne sont pas toujours connues, ni relayées auprès des bénéficiaires potentiels : l'UPML n'y a par exemple, pas fait référence. L'hôpital devrait donc s'ouvrir sur la ville, et notamment favoriser l'accès des généralistes, ou mieux articuler ses missions avec l'ambulatorio, afin de multiplier l'offre de prévention aux patients.

L'hôpital public a montré une forte capacité à accueillir et prendre en charge les personnes en situation de précarité. De sa légitimité sociale première, il a ultérieurement évolué vers un lieu de haute technicité sanitaire, tout en contribuant à réduire les inégalités sociales. Il a, jusqu'à une époque récente, su pallier les insuffisances globales de l'offre du secteur privé.

Les créations de PASS ont témoigné de leur capacité à prendre en compte la dimension sociale dans une action de santé.

Cependant, l'évaluation du SROSS 2 en Pays de Loire a mis en évidence que l'hôpital n'avait pas réussi à réduire les inégalités d'accès aux soins de prévention, mais qu'il aurait contribué à les aggraver.

En effet, le mouvement de concentration de l'offre, lié à une rationalisation des soins, l'a éloigné des populations qu'il était censé prendre en charge dans un cadre de proximité. Ce constat pose inéluctablement la question de la répartition de l'offre de soins en fonction du niveau d'action des territoires de santé.

- Ne s'est-on pas trop focalisé sur l'accès des droits, pour oublier l'égalité d'accès aux soins de prévention, essentielle pour ces personnes ?
- A cet effet, les missions de l'hôpital local ne pourraient-elles pas retrouver une nouvelle pertinence ?
- Quel maillage établir pour cibler les populations démunies? (réseaux)
- Quelle coordination de moyens mettre en œuvre? (filières)
- Dans quelles conditions l'intervention de l'hôpital pourrait devenir plus pertinente? Devra-t-il nécessairement devenir le promoteur pour impulser une démarche (pivot du système), pour laquelle il dispose déjà d'une infrastructure ? Enfin n'a-t-il pas vocation à être un «centre de ressources» par ses capacités de recherche ? (CHU).

- L'importance de ses missions actuelles, ne pourrait-elle pas le conduire à s'exonérer de son rôle de prestataire, en demeurant la « tête de réseau », tout en organisant le relais avec d'autres acteurs de proximité ?
- Son expertise, légitime, dans la formation des professionnels (médicaux et paramédicaux) ne serait-elle pas fondée à mettre en oeuvre des actions d'éducation pour la santé en faveur des malades devenus acteurs ?

4 QUATRIEME PARTIE : PROPOSITION D'ACTION, LA PREVENTION EN MATIERE D'ADDICTOLOGIE

4.1 La justification du choix

L'analyse des entretiens nous a permis de constater des lacunes en matière de prévention et plus particulièrement en direction des populations en situation de précarité sociale. Elles concernent la diabétologie, l'hygiène bucco-dentaire, la prévention du suicide... Elles sont reliées entre elles par la problématique du réseau et du cloisonnement. Parmi elles, nous avons choisi de privilégier l'éducation à la santé en addictologie. D'une part, parce que le CHU commence à développer des activités en addictologie. D'autre part, parce que les populations en situation de précarité sont particulièrement concernées par les inégalités d'accès aux soins de prévention en ce domaine.

4.1.1 Un champ réinvesti par le CHU

Le développement de la prévention en matière d'addictologie se trouve confronté à un triple cloisonnement : entre sanitaire et médico-sociale ; entre psychiatrie et sanitaire, et médecine de ville et médecine hospitalière.

D'une manière générale, il existe deux modèles pour traiter des addictions : les prises en charge psychiatriques et sanitaires. Ainsi la région des Pays de la Loire a favorisé le développement du volet santé mentale du fait de l'implication des CHS sur ce terrain. A contrario, l'investissement du secteur sanitaire dans ce champ est resté marginal.

Au niveau de l'agglomération nantaise, ce désinvestissement sanitaire a été récemment en partie comblé par le projet d'établissement du CHU de Nantes 2003-2007. Celui-ci décline les priorités définies par la Conférence régionale de Santé, reprises dans le PRS et le PRAPS. D'ailleurs, un service de soins en addictologie a été créé en 2002. L'ambition est d'introduire un volet d'éducation en santé : il s'agit d'exploiter le moment privilégié d'un contact avec le milieu de soin qu'est l'hôpital à travers la PASS ou le service des urgences, pour interpeller la personne, en situation de précarité sociale, sur son état de santé et l'amener à développer des comportements favorables à l'amélioration de son état de santé.

A travers le réseau nantais ville-hôpital de soins aux toxicomanes, il existe déjà un lien entre la médecine de ville et l'hôpital. Celui-ci peut servir de support au développement d'une action partagée en éducation pour la santé.

Contrairement à l'expérience menée dans 4 CHRS du département de la Mayenne, il n'existe pas de lien entre le sanitaire et le social dans l'agglomération de Nantes. L'exemple du Service Mutualisé d'Accompagnement aux Soins d'Addictologie²⁶, service du CHRS de Laval composé de médecin et de personnel soignant reste une expérience isolée. Cette équipe mobile assure une mission de soins des addictions dans 4 établissements sociaux. Le succès de cette opération tient d'une part, à la rencontre de professionnels d'horizons divers et d'autre part, à l'externalisation des interventions.

4.1.2 Une thématique importante pour la population en situation de précarité

Les enquêtes menées par l'ORS confirment que la région des Pays de la Loire occupe une position particulièrement défavorable vis-à-vis des autres régions, puisqu'elle connaît la plus forte proportion régionale de patients présentant un profil à risque sans dépendance après la Bretagne, en raison de la situation très mauvaise des hommes pour cet indicateur. Toutefois, cette situation défavorable de la région ne se retrouve pas pour la proportion de patients à risque avec dépendance à l'alcool, la région occupe une position moyenne pour cet indicateur.

L'« Enquête Alcool auprès des médecins généralistes » menée en 2002 par l'ORS dans les Pays de la Loire, montre également que la dépendance à l'alcool est beaucoup plus fréquente chez les personnes qui connaissent des situations sociales difficiles, l'alcool pouvant être à la fois cause et conséquence des difficultés. On compte en effet 25% de personnes avec un profil à risque avec dépendance parmi les patients au chômage contre 4% chez les personnes dont l'emploi est stable (à structure par sexe et âge identique). Chez les patients bénéficiaires du RMI, on observe une situation analogue.

Enfin, alors que le dépistage de l'alcoolisme permet de mettre en place un traitement de la dépendance qui est reconnu comme essentiel, l'enquête illustre la difficulté de ce repérage. Ainsi les soins de prévention en matière d'addictologie s'avèrent primordiaux pour réduire les inégalités sociales de santé.

4.2 Un programme d'action

Ce plan d'actions doit être envisagé comme un volet de la réponse que l'hôpital pourrait apporter dans la lutte contre l'addictologie. La mission de soins curatifs de l'hôpital dans ce domaine ne permet pas à elle seule de diminuer l'ampleur du phénomène. Aussi, les

²⁶ SMASA

actions de prévention doivent-elles prendre une place non négligeable parmi cette activité hospitalière.

A la lumière des synthèses des entretiens et de nos recherches, les contours de la place de l'hôpital en matière de prévention se sont précisés. La lutte contre l'addictologie permet d'illustrer concrètement les actions que peut conduire l'hôpital en matière de prévention des inégalités sociales de santé. Le plan d'actions de lutte contre l'addictologie pourrait être transposé à d'autres programmes de prévention.

Ce plan de lutte contre l'addictologie s'articule autour des actions suivantes :

- Engagement de la direction du CHU et de la CME pour légitimer son action et entraîner les autres partenaires dans cette démarche :
 - convaincre la direction du CHU de la pertinence et des besoins grâce à un projet qui va présenter les populations à cibler, les partenaires à associer, les conventions à établir, les moyens financiers et les répercussions positives que cela pourrait avoir pour le CHU (désengorgement des urgences, meilleure prise en charge des patients,) et pour la santé publique en général,
 - traduire cette priorité dans le projet d'établissement et dans le COM, afin de permettre la demande d'allocation de ressources auprès de l'ARH ,

- Formalisation des partenariats entre le CHU et les autres acteurs au moyen de conventions ou de procédures,

- Formation en direction du personnel du CHU et des partenaires,

- Plan de communication interne en direction des autres services de l'hôpital afin de leur permettre d'orienter les patients de manière adéquate

- Plan de communication externe construit avec les partenaires externes :
 - diffusion de l'information auprès des partenaires : la municipalité, médecins de ville, établissements spécialisés, associations de lutte contre l'addictologie, médecine du travail,

- Promotion de l'éducation pour la santé en direction du public :
 - plaquettes d'information diffusées dans les salles d'attente des médecins généralistes, dans les établissements sociaux, dans les débits de boissons,
 - interventions dans les établissements scolaires,

- journées de sensibilisation ouvertes au public et aux professionnels,
 - consultations de prévention et de soins,
- Education thérapeutique des patients pris en charge (programmes et procédures standardisées)

Les actions entreprises devront faire l'objet d'une évaluation annuelle afin d'en apprécier l'efficacité (indicateurs de résultat définis précisément).

Pour permettre de mieux visualiser les différentes étapes du plan d'action et leurs effets attendus, ce dernier a été traduit dans le tableau ci-après, en présentant, pour chacun des axes de travail retenu, les dimensions suivantes :

- action,
- objectifs,
- moyens,
- acteurs,
- obstacles,
- avantages prévisibles,
- indicateurs d'évaluation.

Action	Objectifs	Moyens	Acteurs	Obstacles	Avantages prévisibles	Indicateurs d'évaluation
Convaincre la direction du CHU de l'intérêt du programme d'actions	Mise en œuvre du programme d'actions	Projet d'établissement et COM, allocation de ressources	Equipe de direction du CHU, CME, ARH, promoteurs du projet	Inertie des acteurs, Rationalisation des moyens,	Légitimation de l'action	Présence d'un volet de lutte contre l'addictologie dans le projet d'établissement et le COM. Ressources effectivement attribuées.
Plan de communication interne	Faire connaître le programme d'actions aux acteurs de l'hôpital.	Note de service aux directeurs de pôles, aux chefs de service et cadres de santé. Utilisation du journal interne, d'intranet.	DG du CHU, cadres de santé, les promoteurs du projet.	Cloisonnement des services et un travail de communication insuffisant.	Meilleure coordination des services, Amélioration de l'orientation des patients, désengorgement des urgences et de la PASS	Les outils de communication mis en place.
Formalisation des partenariats	Etablissement de conventions avec les partenaires.	Signature de conventions multipartenariales.	URML, URCAM, Etablissements sociaux, Associations	Dichotomie sanitaire/social Hôpital/méd.ville	Repérage des populations cibles, Décloisonnement de la prise en charge.	Respect des conventions conclues. Information du médecin traitant ou de l'institution de l'entrée et de la sortie du patient.
Formation du	Sensibilisation des	Plan de formation du CHU.	Organismes de	Résistance à sortir de	Amélioration des	Nombre de personnes

personnel du CHU et des partenaires	professionnels à la prévention et à la prise en charge de l'addictologie. Acquisition des outils nécessaires à la mise en œuvre.	Formation par le personnel du CHU des partenaires.	formation. Instances consultatives du CHU. Les personnes ressources du CHU et les partenaires.	l'hôpital, Contrainte temporelle.	compétences des personnels impliqués du CHU et des partenaires. Meilleure qualité du service rendu.	ayant bénéficié de la formation.
Plan de communication externe	Diffusion d'une information construite en partenariat.	Brochures, Présentations orales. Questionnaires.	Médecins de ville, établissements spécialisés, médecine du travail et scolaire	Non association des partenaires à la construction de l'information. Nécessité de campagnes régulières. Difficulté du recensement exhaustif des partenaires. Difficile évaluation de l'impact des campagnes.	Participation accrue des partenaires. Prise en charge des patients plus en amont. Réduction du phénomène d'addictologie sur le bassin de santé.	Nombre de questionnaires.
Promotion de l'éducation pour la santé	Informier le public et changer les comportements.	Plaquettes d'information, interventions dans les établissements scolaires, journées de sensibilisation ouvertes au public et aux professionnels, consultations de prévention et de soins.	Personnels du CHU, médecins de ville, Etablissements sociaux, Assurance-maladie, Associations et débits de boissons. Acteurs de la ville.	Pas de répercussions immédiates. Mobilisation de moyens et de personnels importante.	Prévenir l'addictologie et ses effets. Réduire le nombre de personnes présentant des conduites addictives.	Vérification de la diminution du nombre de personnes bénéficiaires du programme. Baisse du nombre des rechutes.

Education thérapeutique	Assurer le suivi du traitement préconisé, Eviter la rechute, Changer les comportements à long terme.	Interventions pluridisciplinaires autour du patient.	Les professionnels du CHU, Les médecins de ville, Les patients	Convaincre les professionnels de l'utilité de l'éducation thérapeutique. Habitudes de vie difficiles à changer. Adhésion du patient.	Responsabilisation du patient. Le patient acteur de sa santé. Réduction structurelle du phénomène d'addictologie.	Baisse du nombre des rechutes.

4.3 Discussion du plan d'actions

Ce plan d'actions permet de mettre en relation des professionnels issus de sphères d'activité différentes dont les frontières restent souvent étanches. La mise en œuvre de ce type de plan d'actions propose un décloisonnement ponctuel. Cependant, il ne peut à lui seul ni engager la modification des représentations professionnelles ni généraliser immédiatement les actions en partenariat. Seules les actions en réseau permettront de réduire de manière efficace les inégalités d'accès aux soins de prévention.

Si les professionnels concernés se trouvent associés à une action dont la réalisation nécessite de s'organiser en réseau, ils seront plus réceptifs aux programmes pluridisciplinaires qui pourraient leur être proposés à l'avenir, notamment dans le cadre des actions de santé publique.

Les préconisations de ce plan d'actions ont été prévues pour répondre aux spécificités de la lutte contre l'addictologie. La connaissance préalable du phénomène de l'addictologie a permis d'adapter au mieux les différentes étapes du plan d'actions.

En outre, une utilisation plus répandue de cette démarche accélèrera les décloisonnements professionnels qui sont un obstacle à l'efficacité de la prévention.

Pour autant, la mise en œuvre d'un tel plan d'actions se justifie par le rôle de catalyseur qu'il peut être amené à jouer. En effet, si son efficacité est prouvée lors de son évaluation quant à l'addictologie, nul doute qu'il sera plus aisé de l'utiliser sur d'autres domaines moins complexes. La démarche retenue par notre groupe s'appuie sur une logique qui peut être transposée à d'autres interventions dans le domaine d'actions de santé publique, centrant ses propositions sur l'amélioration de la prise en charge de la prévention.

CONCLUSION

L'étude de l'action du CHU de Nantes permet d'appréhender les différents facteurs qui concourent à la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins. La mise en place de la PASS pour répondre à la demande de soins de prévention des populations précarisées a nécessité une volonté politique de la Mairie (contexte politique nantais), des tutelles, et de la direction du CHU.

Qualifiée comme un succès au cours des entretiens que nous avons menés avec les acteurs locaux et régionaux, la PASS reste une réponse imparfaite à la lutte contre les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention. En effet, la mauvaise coordination des acteurs et le délaissement de l'aspect préventif dans le système de santé sont autant de freins à son efficacité.

C'est pourquoi nous avons proposé le développement d'une action de prévention ciblée sur l'addictologie. Celle-ci résume, selon nous, les possibilités d'action dont dispose l'hôpital pour répondre aux besoins de prévention primaire et secondaire.

Néanmoins, l'action sur les inégalités sociales d'accès aux soins souffre encore d'un déficit culturel à l'hôpital. Le rôle même de l'hôpital dans ce combat est parfois contesté. Au sein même du CHU, certains professionnels de santé ne se sentent pas concernés par cette dimension sociale du soin. En dehors de ses murs, certains partenaires (UPML, DDASS, établissements médico-sociaux) lui disputent cette mission d'accès aux soins de prévention.

Cette contestation découle du flou qui demeure autour de la vocation sociale de l'hôpital. Il est donc souhaitable de s'interroger sur l'organisation des soins de prévention et de clarifier le rôle de l'hôpital dans ce domaine.

Bibliographie

1- Les ouvrages

BOLTANSKI L. *Les usages sociaux du corps*, Paris, Annales Economies Sociétés Civilisations, 1971

CHAUVIN P., JOUBERT M., FACY F., *Précarisation, risque et santé*, INSERM, 2001

EVANS R.G., BARER M.L, MARMOR T.R, *Etre ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Les Presses de l'Université de Montréal, 1996

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *La santé en France*, 2002

KUNST A.E., *Cross-national comparisons of socio-economic differences in mortality*, Erasmus, University of Rotterdam, 1997

LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité et santé*, Flammarion, 1998

LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (dir), *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte, 2000

LUCAS-GABRIELLI V., TONNELIER F., VIGNERON E. *Une typologie des paysages socio-sanitaires en France*, CREDES, Série analyses, avril 1998

POMEY, POULLIER, LEJEUNE, *Santé publique*, Paris, Ellipses, 2000

VIGNERON E. *Distance et santé, la question de la proximité des soins*, Edition PUF, Collection « Médecin et société » 2001

TONNELIER F. VIGNERON E. *Géographie de la santé en France*, Edition PUF, Collection « Que sais je », 1999

2- Les articles

ABBEY-HUGUENIN, H., AGARD Ch., ASSERAY N., BARON D., BILLAUD E., LOMBRAIL P., PASCAL J., Elaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital, *La presse médicale*, 2004

AUVRAY, L., DOUSSIN, N., LE FUR, Ph., Santé, soins et protection sociale en 2002, *Questions d'économie de la santé*, décembre 2003

BIHR A., PFERFFERKORN R., Santé et inégalités sociales, *Raison présente*, n°133, 2000

BUCHMELLER T., et al. , Consulter un généraliste ou un spécialiste : influence des couvertures complémentaires dans l'accès aux soins, *Questions d'économie de la santé*, n°47, CREDES, 2002

COLLET M., MENAHEM G., PARIS V., PICARD H., Précarités, risqué et santé, *Questions d'économie de la santé*, n°63, janvier 2003

CAMBOIS E., ROBINE J-M, Apports des indicateurs d'espérance de vie sans incapacité à l'étude des inégalités sociales de santé ?, *Santé publique*, volume 13, n°2, 2001

CNAM, La consommation médicale des bénéficiaires de la CMU, *Point de conjoncture* n°4-5, septembre 2002

COLLET M., MENAHEM G., PARIS V., PICARD H., Précarités, risque et santé, *Questions d'économie de la santé*, n°63 , CREDES, 2003

COUFFINHAL A., DOURGON P., TUBEUF S., Outils de mesure des inégalités de santé : où en est la recherche ?, *Poster du CREDES*, janvier 2003

DATAR : santé et territoires, *Gestions hospitalières*, n°428, Août 2003, pp. 557-568.

DOURGNON P., GRIGNON M., JUSOT F., L'assurance maladie réduit-elle les inégalités de santé ?, *Questions d'économie de la santé*, n°43, CREDES, 2001

Géographie, Hôpital et Santé, *Gestions hospitalières*, n° 407, Juin 2001

GAUTIER A., MENARD C., Inégalités et comportements de santé des 18-75 ans, *Baromètre santé*, 2000

GOLDBERG M., MELCHOIR M., LECLERC A., LERT F., Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé, *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n°4, décembre 2002

LANG Th., LOMBRAIL P., PASCAL J., Accès au système de soins et inégalités sociales de santé, *revue de l'observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité*, 2004e

LUCAS-GABRIELLI V., TONNELIER F. Déserts médicaux ou zones défavorisées - Démographie médicale et indicateurs de besoins, *Technologie et Santé*, n°45, 2001/12, pp. 32-38.

PICHERAL H. Les influences réciproques dans le domaine hospitalier entre démographie et géographie, *Revue Hospitalière de France*, n°485, Mars-avril 2002

PROVILLE S. Du secteur sanitaire au territoire de santé, *Bulletin juridique de la santé publique*, n° 74, Juin 2004, pp. 10-13.

RAIKOVIC M. Du pôle hospitalier au bassin hospitalier, *Décision santé*, n°186, Juin-Juillet 2002, pp. 29-31.

Santé et territoires, *Technologie et santé*, n° 45, Décembre 2001

SROS de troisième génération : Bilans et perspectives, *Revue Hospitalière de France*, n°49, Mars 2004, pp. 4-33.

Un territoire pour la santé, *Gestions hospitalières*, n° 417, Juin 2002

VIGNERON E., HAAS S., Territoires de santé : quelle(s) méthode(s), *Gestions Hospitalières*, Juin 2004, pp. 477-484.

3- Rapports

Alcool, dommages sociaux, abus et dépendance, INSERM, Expertise collective, Paris 2003

Aménagement du territoire et établissements de santé, Editions des Journaux Officiels, Avis du CES, n°14, 2004

Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé française ?, TUBIANA M., LEGRAIN M., Académie nationale de médecine, Paris, 2002

Conditions de vie et inégalités de santé : histoires, évènements et processus, FASSIN D., AIACH P., PHILIPPE C., mission interministériel de recherche expérimentation, 1997

Deuxième bilan de l'application de la loi relative à la lutte contre les exclusions, Rapport de l'IGAS, mars 2003

Géographie et socio-économie de la santé, CREDES, Actes du 5^{ème} colloque du CREDES, avril 1998

Inégalités de santé, séminaire « les politiques de santé », ENA, disponible sur le site Internet, 2003

La prévention dans les établissements de soins : exemple de l'addictologie, ENSP Module interprofessionnel de santé publique, 2003

La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, La documentation française, 1998

Les permanences d'accès aux soins, LEBAS J., rapport au ministre de l'emploi et de la solidarité, Paris, 2000

Précarité, santé, solidarité, Fédération Hospitalière de France, 2003

Rapport 2001-2002, OBSERVATOIRE NATIONALE DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION, Paris, La Documentation française, 2002

Santé, pour une politique de prévention durable, IGAS, rapport annuel, 2003

Synthèse des bilan de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, Rapport présenté par Maryse FOURCADE, Valérie JESKE et Pierre NAVES, membres de l'IGAS. Rapport IGAS n°2004-054, mai 2004

Territoires et accès aux soins, CREDES, La Documentation Française, 2003

Territoires et accès aux soins, POLTON D., MAUSS H., CREDES, La Documentation française, 2003

4 Documents Pays de la Loire

Le contrat d'objectifs et de moyens (1998-2003)

Le projet d'établissement du CHU de Nantes (2003-2007) (disponible sur le site internet)

PRAPS 2003-2006 Région Pays de la Loire, DRASS, Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Santé, Août 2003 (disponible sur internet)

5 Les sites internet

- www.santé.gouv.fr
- www.sante-pays-de-la-loire.com
- www.chu-nantes.fr
- www.irdes.fr
- www.ensp.fr
(Conférences et programmes régionaux de santé)

Liste des annexes

- ANNEXE I Grille d'entretien type
- ANNEXE II Entretien à l'ARH, le 22 septembre 2004
- ANNEXE III Entretien à la DRASS avec un inspecteur, le 24 septembre 2004
- ANNEXE IV Entretien à l'ORS avec un Directeur, le 27 septembre 2004
- ANNEXE V Entretien à l'URCAM avec un Directeur, le 24 septembre 2004
- ANNEXE VI Entretien à la CNAM avec un médecin, le 27 septembre 2004
- ANNEXE VII Entretien au CREDEPS avec un directeur, le 28 septembre 2004
- ANNEXE VIII Entretien à la DDASS avec un médecin inspecteur, le 23 septembre 2004
- ANNEXE IX Entretien à la Ville de Nantes avec un Directeur, le 23 septembre 2004
- ANNEXE X Entretien à l'UPML avec un Directeur, le 23 septembre 2004
- ANNEXE XI Entretien avec un Directeur du CHU de Nantes, le 23 septembre 2004
- ANNEXE XII Entretien avec un ancien président de la CME du CHU de Nantes le 27 septembre 2004
- ANNEXE XIII Entretien avec un cadre infirmier du CHU de Nantes le 23 septembre 2004
- ANNEXE XIV Entretien avec une coordinatrice du CHU de Nantes le 23 septembre
- ANNEXE XV Entretien avec un médecin de la PASS du CHU de Nantes le 24 septembre
- ANNEXE XVI Entretien avec un médecin de la filière Moyen séjour du CHU de Nantes le 27 septembre 2004

ANNEXE XVII Entretien avec un professeur de Santé Publique, au CHU, le 28 septembre
2004

ANNEXE XVIII Tableau croisé des résultats

ANNEXE I

Grille d'entretien :

Durée moyenne d'entretien : 1 heure

Présentation succincte du MIP

- 7) Quel est le positionnement de votre institution en matière de prévention ?
- 8) Quelles actions ou programmes de prévention ont été mis en place par votre institution afin de réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Vers quels types de populations étaient-ils destinés ?

- 9) Avec quels partenaires travaillez-vous ou souhaiteriez-vous travailler ?

Comment ce partenariat vous permettrait-il de répondre à la question de la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

- 10) Identifiez-vous un manque local d'action ou de programme pour réduire les inégalités d'accès aux soins de prévention ? (*c.a.d : quels sont les manques pour réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?*)

- 11) Quelle est la place de l'hôpital dans la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ? (*Pertinence et limite du rôle de l'hôpital*)

- 12) Quelles sont les actions qui devraient être développées ou supprimées par l'hôpital afin de répondre à la question de la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Quelle est selon vous l'action prioritaire qui devrait être développée?

Remerciements

ANNEXE II

Entretien ARH

Quel est le positionnement de votre institution en matière de prévention ?

C'est un positionnement délicat dans la mesure où les inégalités sociales au sens strict ne font pas partie de la problématique sanitaire. La prévention n'est pas que du rôle de l'hôpital. Néanmoins, dans une perspective légaliste du rôle de l'hôpital et de ses partenaires, les travaux préparatoires du SROS III placent l'organisation des soins sous l'angle curatif, préventif et palliatif. Cependant, un décalage existe entre le nombre conséquent d'institutions chargées d'une mission de prévention et la réalité de la mise en œuvre de cette dernière.

Avez-vous participé à un programme pour réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

L'ARH intervient sur la prévention à l'hôpital à deux niveaux :

- Au niveau politique par le PRAPS (ligne conductrice),
- Au niveau opérationnel par les projets d'établissements et les COM.

La prévention trouve aujourd'hui une place dans les projets d'établissements. Cette place existe mais elle n'est pas forcément présentée de façon stratégique. De plus à travers le COM, la prévention est marginale. On peut citer l'action en matière d'éducation thérapeutique, qui alloue par l'intermédiaire du COM du temps médical et paramédical. Le COM finance aussi des consultations avancées mais aussi des structures (comme le réseau « rappel » constitué en un GIP dédié à l'alcool et au tabac). approche qui ne peut être que partagée et disséminée et qui pose la problématique de l'articulation des prises en charge)

- Au niveau de la dotation des réseaux de santé : il est à noter une politique volontariste de l'ARH pour inciter à la constitution de réseaux de santé. Ces derniers doivent permettre une prise en charge globale et transversale des patients, à partir de l'hôpital mais aussi à partir d'autres acteurs (engagement des médecins libéraux, politique de la ville, associations... pour). Dans ce cadre, l'engagement des médecins libéraux peut être délicat. Or un tel projet n'a de sens que par l'association du milieu libéral. Par ailleurs, créer un réseau implique d'amorcer une dynamique et constitue un investissement administratif et institutionnel lourd pour le porteur, qui devra inscrire son projet dans le temps.

La région Pays de la Loire présente peu de spécificités par rapport à la moyenne nationale. A ce titre, quatre thématiques fortes et générales sont abordées et ne sont pas déclinées en fonction de publics spécifiques. Il s'agit de la prévention :

- des cancers
- des pathologies liées aux cancers et maladies cardio-vasculaires
- de l'éducation thérapeutique
- et de l'addictologie.

Dans le réseau, il s'agit d'articuler prévention/soin/curatif en donnant sa place et son rôle à chacun des acteurs, notamment l'acteur associatif.

Avec quels partenaires travaillez-vous ou souhaiteriez vous travailler ?

DRASS et URCAM (financement des réseaux) sont les partenaires privilégiés. URML est un partenaire récent.

Identifiez-vous un manque local d'action ou de programme pour réduire les inégalités d'accès aux soins de prévention ?

Les Pays de Loire sont une région non atypique dans le domaine de la prévention, sauf particularités (alcool et santé mentale). L'approche est régionale. Dans l'attente des résultats des travaux préparatoires au SROS III, il est difficile de descendre à un niveau de repérage infrarégional pour arrêter des stratégies de prévention ciblées. L'approche populationnelle se fait par l'outil PMSI. (rapport flux de population à l'estimation des besoins)

Quelles sont les actions qui devraient être développées ou supprimées ? Quelle est selon vous l'action prioritaire ?

Une priorisation est délicate en l'état car il s'agit d'une région moyenne. De plus les actions sont très difficilement évaluables. Il ne s'agit pas d'une absence de remontées d'information ni d'un défaut d'indicateurs. Mais il est difficile de simplement connaître l'impact du dispositif de prévention sur le système de soins (y a-t-il une diminution du nombre de malades ? une amélioration de l'état de santé et une réduction des coûts, notamment hospitaliers, qui en découlerait ?).

Si des priorités devaient être faites, on dégagerait 3 axes :

- le cancer
- la santé mentale
- et l'éducation thérapeutique autour des maladies cardiovasculaires en lien avec l'alcool

La prévention en matière d'alcool est un enjeu fort dans la mesure où il existe un manque de structures adéquates. C'est de plus un terrain privilégié du décloisonnement médico-socio-psy.

Quelle est la place de l'hôpital pour réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ? Pertinence et limite du rôle de l'hôpital ? Quelles actions supplémentaires pourrait mener l'hôpital ?

D'une façon générale, une acculturation est nécessaire. La prévention n'est pas une discipline en tant que telle. Elle fait partie de la prise en charge globale et transversale du patient du domicile au domicile. De ce fait, elle implique les personnels médicaux, para médicaux et administratifs et sociaux, à l'instar du « quatuor » dédié aux soins palliatifs.

Au niveau de la structuration hospitalière, la prévention s'effectue de l'hôpital local au CHU. Cependant 3 niveaux peuvent être pris en compte :

- le niveau CHU avec vision captatrice et le développement de consultations spécialisées
- Le niveau du CH qui met à disposition des ressources humaines et logistiques
- Le niveau de proximité commun à tous mais différent d'un hôpital local en attente d'appui au CHU captateur. La prévention de proximité n'est pas la même en terme de besoins, d'actions ou de ressenti des populations en fonction de la taille de l'établissement.

Sur les réseaux :

L'ARH souhaite que les EPS n'oublient pas la prévention dans leur projet d'établissement. Il est nécessaire de présenter un projet pour accompagner la prévention et d'articuler l'action des acteurs.

Sur l'accès aux soins :

Les PASS ont largement été mis en place qu'il s'agisse du CHU, des centres hospitaliers ou des hôpitaux locaux. Cette mise en œuvre a été volontariste, aidée par une personne ressource de la DRASS et des moyens supplémentaires dégagés dans les COM (création des postes d'assistante sociale, d'infirmière et de temps médical).

Les EPS ont été demandeurs de la mise en œuvre de la PASS dans la mesure où ils sont sensibles à la thématique santé et précarité (exemple des urgences). Malgré son bilan satisfaisant, la PASS n'a pas eu d'impact quantitatif et n'a pas permis de diminuer la demande sociale.

lecture conseillée :

- site ARH
- Evaluation du SROS II (chapitre « la détérioration de l'accessibilité aux soins »)
- La lettre de l'ARH

Remerciements

ANNEXE III

P.V. entretien DRASS.

Quel est le positionnement de votre institution en matière de prévention ?

La DRASS est un service régional déconcentré. Ses missions sont définies par la loi de santé publique et les ordonnances Juppé. Depuis 1996, il y a un développement de la régionalisation en matière de santé.

Trois textes majeurs sont parus au cours de l'été 2004 :

- La loi de santé publique du 9 août 2004, qui organise la prévention à l'échelon régional.
- La loi sur l'Assurance Maladie
- La loi de décentralisation.

La loi de santé publique met à disposition 4 outils :

- le plan régional de santé publique (PRSP), qui est un ensemble coordonné de différents plans. Après avoir procédé à un diagnostic, on y propose les priorités.
- La conférence régionale de santé, dont le président est désormais élu
- Le groupement régional de santé publique (GRSP), qui sera mis en place en 2005. Ce GIP fédère les acteurs suivants : ARH, Etat, URCAM, CRAM, INPES, INVS (Institut national de veille sanitaire), le CIRE (cellules interrégionales épidémiologiques), les collectivités locales si elles le veulent.
- Le SREPS (le schéma régional d'éducation pur la santé), qui a pour but de mettre en place un réseau structuré pour une culture commune. Ce schéma coordonne l'action des CRES et des CODES.

La DRASS a des moyens modestes concernant les leviers d'action de la prévention.

Quelles actions ou programmes de prévention ont été mis en place par votre institution afin de réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

A l'issue des conférences régionales de santé sont ressorties des priorités en matière de prévention, et ont conduit à l'élaboration de 5 PRS (plan régionaux de santé) :

- Alcoologie (risque et pratiques addictives). Ont été ajoutés le tabagisme et la toxicomanie.
- La prévention du suicide (avec un relief particulier pour la Mayenne et la Sarthe)
- Le SIDA (plan national obligatoire)
- Cancer et société
- PRAPS (issu de la loi de lutte contre les exclusions de 1998), et le développement des PASS. En Pays de Loire, l'ARH a donné des moyens importants pour les PASS.

Un des buts des PRS est de focaliser le partenariat autour d'objectifs.

En outre, des programmes nationaux comme le PNNS ont été déclinés au niveau régional.

Selon l'interlocuteur, le PRAPS est l'outil majeur de réduction des inégalités d'accès aux soins. Le PRAPS des Pays de Loire 2003-2006 a deux priorités : l'éducation pour la santé (« ateliers santé » où les personnes s'expriment sur leurs besoins) et la mise en place de dispositifs en direction des exclus.

Avec quels partenaires travaillez-vous ou souhaiteriez vous travailler ?

Le partenariat autour des PRS a permis de se mettre d'accord sur des objectifs, des actions et de mutualiser les financements. Cette mutualisation s'appuie sur un appel à projet commun.

Parmi les différents partenaires de la DRASS, on retrouve :

L'INPES (institut national de prévention et d'éducation pour la santé).

L'URCAM

Les collectivités locales (Conseils généraux, communes,...), avec le travail est plus complexe, car on les voit peu.

L'URML, qui s'investissent de plus en plus dans ce partenariat. Les médecins sont devenus une véritable force de proposition.

Dans les orientations du SROS 3, la démocratie sanitaire donne une voix plus importante aux usagers, notamment grâce aux CRU (comités régionaux des usagers).

La DRASS souhaiterait renforcer le partenariat avec les élus, car ils ont un rôle de relais auprès des administrés, de par leurs missions spécifiques auprès des populations précaires (RMI,...).

La formalisation interviendra dans le cadre du futur GRSP, dont les décrets d'application le concernant ne sont toujours pas parus.

Identifiez-vous un manque local d'action ou de programme pour réduire les inégalités d'accès aux soins de prévention ?

La difficulté aujourd'hui réside dans l'hétérogénéité entre les départements de la région Pays de la Loire. En outre, au sein même des départements, une dichotomie entre les zones urbaines et rurales. Par conséquent, les besoins ne sont pas de même nature. Pour pallier ce phénomène, il faut travailler davantage au niveau des territoires.

Quelle est la place de l'hôpital dans la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ? (Pertinence et limite du rôle de l'hôpital ?)

On demande beaucoup à l'hôpital aujourd'hui. Sa participation en matière de prévention s'articule essentiellement autour des PASS.

Quelles sont les actions qui devraient être développées ou supprimées par l'hôpital, afin de répondre à la question de la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Il faut insister sur le dispositif des PASS, et travailler pour s'inscrire dans un réseau.

Le décroisement du sanitaire et du social doit être encouragé.

Pour y parvenir, prévoir des formations réunissant des professionnels des deux secteurs a déjà connu de bons résultats.

L'action prioritaire est la suivante : des formations communes entre personnels sanitaires et sociaux, sur le thème de la souffrance psychique.

Remerciements

ANNEXE IV

Entretien OBSERVATOIRE DE LA SANTE DES PAYS DE LA LOIRE

Quel est le positionnement de votre institution en matière de prévention ?

L'ORS n'a pas vocation à intervenir directement, puisque sa mission est de l'ordre de l'analyse et des données régionales, il apporte la dimension cognitive aux acteurs qui eux, mettent en œuvre des actions, des programmes. Ces acteurs sont nombreux : DRASS, ARH, URCAM, Conseil Général,

Les informations rassemblées et analysées par l'observatoire traitent aussi bien des comportements, des données purement épidémiologiques, mais il développe de plus en plus des outils d'évaluation par rapport au suivi des actions entreprises.

C'est ce qui est fait à travers une enquête 'baromètre santé-jeunesse', mais les moyens actuelles ne permettent pas d'appréhender un échantillon suffisamment important pour le moment.

Quelles actions ou programmes de prévention ont été mis en place par votre institution afin de réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

L'ORS n'a pas pour mission de mettre en œuvre des actions de santé publique, il est là pour éclairer les décisions des acteurs de la santé publique au plan régionale. Il n'a pas le choix de faire réellement ce qu'il souhaite. Dès lors, il peut apparaître certains décalages entre les actions prioritaires retenues et développées par les acteurs, et des phénomènes mis en exergue par l'observatoire (suicide des 40-50 ans).

Avec quels partenaires travaillez-vous ou souhaiteriez-vous travailler ? Comment ce partenariat vous permettrait-il de répondre à la question de la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

L'ORS compte tenu de son positionnement institutionnel et de ses missions se situe au carrefour de tous les acteurs : collectivités locales, associations d'éducation à la santé, hôpitaux, services déconcentrés de l'Etat, assurance maladie..). Par conséquent le souci principal de l'observatoire reste d'assurer la diffusion la plus large possible de sa production. Toutefois, ces données restent inégalement utilisées voire simplement connues de tous les acteurs.

A ce titre, il peut être fait une mention spéciale de la diffusion d'une brochure publiée à 12 000 exemplaires à destination des médecins des Pays de la Loire (avec l'aide du Conseil Régional).

La production de l'observatoire fait une place de plus en plus large aux inégalités sociales de santé dans ses analyses. Par exemple, au moment de l'élaboration de la loi de santé publique, les régions avaient été consultées, et dans ce cadre, outre l'analyse des données épidémiologiques, l'observatoire avait consacré tout un chapitre aux inégalités sociales de santé. Mais les indicateurs utilisés, limités à la mortalité restent insuffisants. S'agissant des aspects strictement sociaux, des indicateurs propres aux populations précaires ont été créés, afin de procéder à des comparaisons avec des populations non-précaires.

Identifiez-vous un manque local d'action ou de programme pour réduire les inégalités d'accès aux soins de prévention ?

Vu de l'observatoire, le manque réside essentiellement plus dans l'appréhension de l'inégalité devant la prévention qu'en termes d'accès aux soins, notamment en matière de tabagisme et d'alcoolisme.

Quelle est la place de l'hôpital dans la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

L'hôpital n'est pas au cœur de la prévention primaire ni secondaire. En revanche, il se situe en première ligne en matière de prévention tertiaire.

Quelles sont les actions qui devraient être développées ou supprimées par l'hôpital afin de répondre à la question de la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Quelle est selon vous l'action prioritaire qui devrait être développée ?

L'articulation entre l'hôpital et la cité doivent être développée, avec le souci de saisir l'ensemble des données relatives aux patients (sociales, habitudes de vie...)

En matière d'éducation thérapeutique, il conviendrait de s'interroger sur qui fait quoi, qui prend en charge... Dans cette perspective, l'hôpital doit se situer résolument dans la prévention tertiaire, l'entrée à l'hôpital doit constituer un moment déclenchant.

Indications sur les travaux de l'observatoire :

La santé observée dans les Pays de la Loire

Principaux problèmes de santé des habitants des Pays de la Loire

Analyses particulières sur les situations de précarité

ANNEXE V

Entretien à l'URCAM

Préambule

Notre interlocuteur a commencé l'entretien par un rappel historique de la création des URCAM via les ordonnances de 1996 et leur mise en œuvre en 1998 par un décret de 1997.

Il nous a rappelé la critique principale qui avait été faite au plan JUPPE : cloisonnement des enveloppes dénoncé à trois niveaux :

- celui de la médecine de ville / médecine hospitalière,
- celui du sanitaire / social et médico-social
- celui du curatif / préventif.

Ces cloisonnements résultant de l'histoire de la protection sociale.

Aujourd'hui, deux lois importantes viennent de paraître :

- la réforme de l'assurance maladie : loi du 13/08/04
- la loi de santé publique du 9/08/04

La loi du 13/08/04 ²⁷(articles 66, 67 et 68) : elle s'oriente vers la création des agences régionales de santé (ARS) et leur mise en expérimentation dans 2 voire 4 régions dès janvier 2005. Ces ARS sont un lieu unique pour dépasser les cloisonnements suscités. Leurs missions seraient de coordonner les actions de prévention et de « jouer » sur des transferts d'enveloppes.

C'est un système complexe à mettre en place et à concrétiser, d'une part, à cause de la cohabitation entre l'assurance maladie et l'Etat et, d'autre part, parce que l'on ne parle pas de la a création d'une agence nationale de santé (risque d'incohérence). Par ailleurs, dans ce cadre, la question reste posée du devenir des DRASS et des DDASS. De même, on ne sait pas sur quel modèle l'ARS va être mise en place (modèle déconcentré ou modèle décentralisé) ?

Le point faible du système actuel et du système à venir reste la thématique santé publique et la prévention.

²⁷ Loi n°2004 - 810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

La loi santé publique du 9/08/04²⁸: première loi de programmation quinquennale avec des objectifs de prévention déterminés (100) plus les plans nationaux annoncés par le président de la République. La mise en œuvre opérationnelle passera par la création d'un groupement régional de santé publique (GRSP) présidé par le préfet de région qui désigne également le directeur, la santé publique restant du domaine de compétence du préfet de région et non de l'ARH (la dichotomie est donc maintenue malgré tout, ce qui est contraire à la doctrine de la Santé Française de Santé Publique).

Quel est le positionnement de votre institution en matière de prévention ?

Avant la réforme de l'assurance maladie du 13/08/04, l'URCAM disposait d'un rôle résiduel en matière de prévention. A ce titre, la part du financement reste modeste. C'est le directeur de la DRASS qui a la responsabilité de mettre en place la politique de prévention via les PRAPS et les PRS.

En coopération avec la DRASS, l'URCAM (rôle effectif) a lancé des appels à projet pour soutenir le financement d'actions dans le cadre du PRAPS et du PRS. Le budget pour ces derniers s'élevait à 890 000 euros qui proviennent du FNPEIS²⁹ et 700 000 euros pour le soutien aux associations de lutte anti alcoolique.

Avec le nouvel article L. 183-1 du code de la sécurité sociale (loi du 13/08/04), l'URCAM est censée coordonner les actions de prévention et d'éducation sanitaire des caisses primaires et de veiller à la mise en œuvre par chacune desdites actions en adéquation avec les priorités de santé publique arrêtées au niveau régional. A ce titre, la loi santé publique fait évoluer le rôle de l'URCAM quant à sa mission et quant à sa participation puisqu'elle devient membre de droit du GRSP.

Quelles actions ou quels programmes de prévention ont été mis en place par votre institution afin de réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

L'URCAM a contribué aux actions de prévention :

d'une part, au titre du financement (actions de prévention en lien avec le PRAPS) mais celui-ci reste modeste,

et, d'autre part, au titre de l'élaboration du PRAPS.

Vers quel type de population étaient-ils destinés ?

Les objectifs fixés en matière d'action de prévention sont trop généraux pour identifier de vraies populations cibles.

²⁸ Loi n°2004 - 806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

²⁹ Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire

Avec quels partenaires travaillez-vous ou souhaiteriez vous travailler ?

Actuellement, l'URCAM travaille en collaboration avec l'ARH en ce qui concerne la coordination des soins et avec la médecine de ville. Notamment avec les médecins généralistes, l'URCAM conduit un projet de développement du concept « diagnostic éducatif partagé ». Il s'agit pour le médecin généraliste de prendre le temps d'expliquer à son patient le diagnostic et de contractualiser avec lui pour qu'il puisse intégrer une partie du traitement dans sa vie quotidienne (engagement réciproque : le médecin s'engage à faire et le patient tente d'appliquer). L'URCAM, dans ce cadre, est prête à accorder un supplément d'honoraires au médecin. Cette expérimentation est menée à Nantes avec la collaboration de 30 médecins généralistes.

Identifiez-vous un manque local d'action ou de programme pour réduire les inégalités d'accès aux soins de prévention ?

Il existe une insuffisante coordination entre le travail social et le système de soins et de prévention. Il faudrait que le travail social soit axé davantage sur l'information des populations précarisées à l'accès aux soins de prévention.

Avec la nouvelle loi relative aux libertés locales³⁰, le département est confirmé dans sa compétence de prise en charge de l'action sociale et médico-sociale. Il est responsable du financement et de la détection des situations de précarisation (problème de moyens notamment financiers pour le faire).

Quelle est la place de l'hôpital en matière de prévention pour réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Le rôle de l'hôpital est à rechercher à travers le dispositif de la PASS.

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, l'hôpital se doit de réhabiliter cette mission fondamentale.

Quelles sont les actions qui devraient être développées ou supprimées ? Quelle est selon vous l'action prioritaire ? Quelles actions supplémentaires pourrait mener l'hôpital ?

L'interlocuteur s'est estimé incompetent pour répondre à cette question.

Remerciements

³⁰ Loi n°2004 – 809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

ANNEXE VI

Entretien à la CNAM

Ce service dépend de la CNAM, et intervient en tant qu'expert médical pour donner des conseils techniques à l'URCAM, ou réaliser des enquêtes.

Quel est le positionnement de votre institution en matière de prévention ?

La prévention n'est pas l'activité principale de ce service. Cependant, il peut être sollicité pour des enquêtes spécifiques, qui requièrent une expertise technique.

Leur but est de constater que les pratiques ne sont pas optimales dans des champs particuliers (ex : prise en charge des personnes asthmatiques).

Quelles actions ou programmes de prévention ont été mis en place par votre institution afin de réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Le service peut être amené à effectuer des enquêtes à la demande de l'URCAM, qui peuvent révéler des inégalités sociales. Les programmes sont pilotés conjointement par l'URCAM (ambulatoire et médico-social) et par l'ARH (volet hospitalier). La CRAM est aussi un copilote, concernant le versant économique et administratif.

Par exemple, une étude de la santé dentaire des résidents des maisons de retraite a été menée dans la région par les dentistes-conseils. Il en est résulté que les soins conservateurs pour ces personnes n'étaient pas réalisés. L'URCAM a de ce fait programmé un examen systématique à l'entrée des institutions

Leur source d'information est double : d'une part le PMSI pour l'activité hospitalière, et d'autre part les fichiers de la CPAM concernant les médicaments et actes biologiques, seuls codifiés aujourd'hui. Ceci constitue un obstacle dans la conduite des enquêtes.

Les enquêtes concernent parfois des populations déterminées (en fonction d'une pathologie par exemple), mais jamais des catégories socioprofessionnelles ou des populations à risque.

L'interlocuteur souligne cependant qu'une enquête concernant les critères d'inéligibilité à la chirurgie ambulatoire, comprenait des questions d'ordre sociologique, tels que le temps de trajet jusqu'à l'hôpital le plus proche, l'accès au téléphone,...

Avec quels partenaires travaillez-vous ou souhaiteriez vous travailler ?

Les partenaires principaux de la direction du service médical sont la CRAM, l'URCAM et L'ARH à titre interne ; et l'URML à titre externe.

Le service médical, expert de première ligne, fait appel à des partenaires multiples en fonction du champ exploré (universitaires, médecins hospitaliers,...). Ces personnes sont recontactées pour assurer le relais de l'action.

Identifiez-vous un manque local d'action ou de programme pour réduire les inégalités d'accès aux soins de prévention ?

La planification qui s'est opérée depuis 1999 dans le sens d'une concentration de l'offre a réduit l'accessibilité aux soins. Dans le même temps, cette évolution a éloigné une partie de la population des actions de prévention, notamment les plus démunis. Si le secteur public compensait les carences du secteur privé en 1999 (selon l'évaluation du SROS 2 des Pays de Loire), ce n'est plus vrai aujourd'hui. La répartition de l'offre de soins et de prévention doit s'efforcer de couvrir la région en cause.

Le médecin relève aussi qu'il existe un cloisonnement entre l'hôpital et la médecine de ville, renforcé par la répartition des attributions entre l'Assurance Maladie (ambulatoire) et l'ARH (secteur hospitalier).

Quelle est la place de l'hôpital dans la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ? (Pertinence et limite du rôle de l'hôpital ?)

Il ne faut pas perdre de vue que le CHU de Nantes est aussi un établissement de proximité pour la population nantaise, à côté de ses activités spécifiques, telles que la recherche ou ses missions interrégionales.

Le CHU a un rôle particulier de recherche et d'évaluation en matière de prévention. Il doit aussi, comme tout établissement hospitalier, concourir à des actions de prévention grâce à des campagnes d'affichages, ou des consultations pour aider au sevrage (tabagisme, alcoologie,...).

Cependant, il faut regretter que la population n'identifie pas encore le CHU comme un acteur de prévention.

Quelles sont les actions qui devraient être développées ou supprimées par l'hôpital, afin de répondre à la question de la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Le CHU a vocation à développer des actions originales, eu égard à sa mission de recherche, et à ses possibilités techniques internes. Par exemple, le CHU de Nantes a transposé un programme anglo-saxon, pour démontrer l'utilité d'un réseau pour les insuffisants cardiaques de la région nantaise. Il a ainsi obtenu un cofinancement de l'URCAM et de l'ARH.

Les priorités retenues par le médecin sont les suivantes :

- Développer l'articulation entre les médecins de ville et l'hôpital
- Développer la coopération entre les professionnels du sanitaire et du social.

ANNEXE VII

Entretien au CREDEPS

Quel est le positionnement de votre institution en matière de prévention ?

Le CREDEPS (comité régional et départemental d'éducation et de promotion de la santé) a pour spécialité l'éducation pour la santé, par conséquent, il fait de la prévention son métier. La prévention passe par « l'éducation » c'est-à-dire accompagner des publics dans une démarche de transfert de compétences, de savoir- être, sur une longue durée.

Le but du CREDEPS, association para-publique est de faire en sorte que les personnes se débrouillent dans leur vie avec leurs compétences et leurs contraintes. Etre dans un équilibre, initier les personnes à comprendre et à savoir afin qu'elles puissent décider.

Quelles actions ou programmes de prévention ont été mis en place par votre institution afin de réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Le CREDEPS qui regroupe une dizaine de professionnels a une vocation de coordination régionale des différentes actions de prévention pour la santé. Afin de réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention, différents programmes sont mis en place, essentiellement de formation :

Le programme de prévention des conduites addictives en milieu scolaires : 60 classes de primaires et collèges. Prévenir les conduites à risques chez les enfants de 7 à 12 ans par le renforcement des compétences psychosociales. Permettre à l'enseignant d'animer des actions de développement des compétences psychosociales. Permettre à l'enfant d'avoir accès à une prévention qui le rend capable de développer des possibilités de libre choix face à une prise de risques.

Le programme de promotion de l'éducation du patient : promouvoir l'éducation du patient dans les lieux de soins, en exercice libéral ou en institutions publiques. Formation des acteurs de soins, de 12 médecins libéraux.

Ateliers santé en faveur de publics en difficultés sociales : jeunes de la PJJ, adultes en réinsertion par le travail, habitants du quartier des Dervallières, jeunes adultes sur une plateforme d'orientation et de construction de projet professionnel.

Conseil régional des jeunes Commission Santé : 17 jeunes font partie de la commission santé, en tant qu'élus du CRJ, venant des 5 départements de la Région.

Les formations organisées sur programme ou à la demande : faciliter un abord global des questions de santé et assurer un soutien méthodologique au montage de projets de promotion de la santé.

Un calendrier de formations est proposé chaque année.

Avec quels partenaires travaillez-vous ou souhaiteriez-vous travailler ?

Le CREDEPS travaille avec le CHU de Nantes et différents partenaires impliqués dans la promotion de la santé. Il fait partie de la fédération nationale d'éducation en santé publique (FNESP) et INPESP.

Identifiez-vous un manque local d'action ou de programme pour réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Les professionnels ne sont pas assez « décentrés », il faut écouter les autres professionnels ainsi que comprendre leurs contraintes propres. La principale difficulté réside dans le fait que ce sont les professionnels les moins bien formés et les moins bien payés qui se retrouvent aux côtés de la précarité ! Alors que l'on devrait y trouver les personnes les plus performantes et motivées.

Quelle est la place de l'hôpital dans la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

La place de l'hôpital est essentielle.

Quelles sont les actions qui devraient être développées ou supprimées par l'hôpital afin de répondre à la question de la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Pas de réponse.

***NB :** une cassette vidéo a été visionnée au cours de cet entretien. Il s'agissait de témoignages de personnes en état de vulnérabilité sociale, hébergées dans un foyer de l'Armée du Salut. Leurs réflexions portaient sur les accidents de la vie qui les ont amenés dans cette situation, sur les conditions de vie au foyer à savoir la promiscuité : les difficultés de la vie en collectivité, les problèmes d'hygiène, de mélange des publics occasionnant des montées de stress dans les relations sociales, la violence etc.*

ANNEXE VIII

Entretien DDASS

Avec quels partenaires travaillez-vous ou souhaiteriez-vous travailler ? Comment ce partenariat vous permettrait-il de répondre à la question de la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Les partenariats sont personnalisés en fonction de l'histoire, de la situation démographique. Dans les pays de la Loire, les partenariats sont très liés entre la DRASS, la DDASS, l'ARH et les hôpitaux. Ceci est le fruit de certaines personnalités ainsi que de leur volonté à faire « bouger les choses ».

L'exemple de la convention justice/santé est à relever : toute personne arrêtée en état d'ivresse au volant d'une voiture, est adressée directement au CCAT, avant ou après être passée en jugement même s'il y a de la prison. Sur 1000 personnes suivies par le CCAT en matière d'addictologie, 500 y arrivent par le biais de cette convention.

Identifiez-vous un manque local d'action ou de programme pour réduire les inégalités d'accès aux soins de prévention ?

La situation locale en terme de démographie médicale est terrible. La Mayenne se situe dans les trois derniers départements de France ! Concernant les médecins libéraux, leur soutien est faible mais ils ne sont pas opposés à l'existence de structures de prévention.

Le manque local réside tout comme au niveau national dans l'énorme cloisonnement qui existe de part la loi entre le social et le sanitaire. Il y va également de la culture des métiers, chaque acteur devrait percevoir les difficultés des autres. La santé, c'est l'Etat, le social, c'est le Conseil Général : incompréhension totale.

Pour la DDASS, la T2A paraît annoncer une catastrophe, dans la mesure où il faudra privilégier tout ce qui génèrera des points ISA ; en ce qui concerne les activités transversales, telles que la PASS, les services d'addictologie, quid de leur avenir en dépit des enveloppes MICAG.

Quelle est la place de l'hôpital dans la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

L'hôpital a un rôle essentiel à jouer dans la prévention ! Cependant, il existe une dérive qui fait que toutes les institutions veulent travailler pour leur propre compte. L'hôpital doit soigner, donc beaucoup vont se spécialiser afin de se protéger... L'hôpital doit avoir une vision sociale, une prise en charge globale des personnes. Pas de coordination suffisante des acteurs, le médical ne doit pas être dédouané. Par exemple, la Mayenne est

confrontée à un problème important : le suicide. Le PRS suicide prévoit une coordination avec les associations, les hospitaliers doivent reconnaître la justification de l'existence de ces associations et de leurs compétences.

L'hôpital doit s'ouvrir aux associations de prévention, s'appuyant sur des médecins, des soignants formés au social. Il faut intégrer la dimension sociale dès l'entrée à l'hôpital.

Quelles sont les actions qui devraient être développées ou supprimées par l'hôpital afin de répondre à la question de la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

- actions à développer : - ouverture de l'hôpital sur les autres acteurs de prévention
- élaboration d'une démarche d'évaluation des actions de prévention tout en réalisant ses limites.
- actions à supprimer : pas de réponse

ANNEXE IX

Entretien Ville de Nantes

Quel est le positionnement de votre institution en matière de prévention ?

La Santé est à la base une compétence de l'Etat. Cependant, la ville de Nantes en tant que collectivité territoriale a ses propres compétences en matière de prévention et donc de promotion de la santé :

- tenue du fichier des vaccinations,
- **promotion de la santé et prévention,**

la Direction de la Santé au sein de la Mairie est une particularité de la ville de Nantes. Une cinquantaine de personnes y travaillent dont 11 médecins, 17 IDE et 7 assistants sociaux. Nantes se positionne fortement dans la promotion de la santé et notamment dans la prévention au niveau de la santé scolaire. L'éducation pour la santé couvre environ 150 écoles primaires. Cette éducation concerne également les quartiers « défavorisés » de la ville.

Quelles actions ou programmes de prévention ont été mis en place par votre institution afin de réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Vers quels types de populations étaient-ils destinés ?

Depuis 2 ans, la ville de Nantes a clarifié ses politiques de santé : le point fort est la lutte contre les inégalités de santé. Les actions menées se résument à de « la discrimination positive » :

choix des publics prioritaires en fonction de critères de vulnérabilité (zone d'habitats sensible, 3 zones de scolarisation également sensible dans lesquelles les équipes sont plus présentes qu'ailleurs, facteurs sociaux, les jeunes en général). Dans les ZEP, par exemple, la ville travaille beaucoup avec l' UFSBD en matière de prévention d'hygiène dentaire.

Semaine thématique dans le cadre des « classes santé » avec participation des parents.

Repérage de population dans des zones d'habitats sensible dépassant les périmètres des ZEP.

Avec quels partenaires travaillez-vous ou souhaiteriez-vous travailler

La ville travaille avec différents partenaires : DDASS, DRASS, Assurance Maladie.

Ce partenariat se traduit souvent par des conventions de programme : la ville met 1 euro , la DRASS 1 euro pour un programme de lutte contre les inégalités d'accès aux soins de prévention.

Ces partenariats se formalisent en réseaux de prévention :

réseaux locaux sur les quartiers : services sociaux, conseil général, CAF, CCAS, associations de soins infirmiers, chantiers d'insertion, association anti-alcool, réseau tabac, association SIDA...

réseaux thématiques tel que le réseau toxicomanie que la ville pilote

réseau santé mentale à l'initiative de la ville et d'un bailleur social : Nantes Habitats, afin d'intégrer la santé mentale dans la cité, pour aider le CHS à trouver des lits alternatives à l'hospitalisation

Réseau police / tutelle / services sociaux

Réseau international villes/santé de l'OMS, fédéré autour de la promotion de la santé telle que définie par la Charte d'Ottawa.

Identifiez-vous un manque local d'action ou de programme pour réduire les inégalités d'accès aux soins de prévention ?

En matière d'organisations des réseaux, la difficulté première demeure la quasi absence des médecins libéraux. Les manques locaux sont chroniques : la loi de Santé Publique est un effet de manche, très peu de moyens sont donnés à la promotion de la santé, partant à la prévention ! L'impression qui en ressort est que l'Etat se désengage financièrement parlant tout en renouvelant ses engagements.

Un manque chronique : les lits de soins infirmiers pour les personnes sortant de l'hôpital et en situation de précarité qui nécessite un hébergement et un suivi médical ; ce genre de financement est difficile à réaliser sur le budget PRAPS, l'ARH ne s'y intéresse pas beaucoup, en raison d'une conception curative et hospitalo-centrée de la gestion des inégalités de santé.

Quelle est la place de l'hôpital dans la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Le rôle de l'hôpital est essentiel. Il fait une prévention bio-médical, qui doit cependant absolument s'élargir à une prévention sociale avec un meilleur repérage des situations qui posent problèmes via les aides soignants et les infirmières.

Un effort a tout de même été réalisé avec les PASS. Il est à noter que la ville de Nantes était pionnière en la matière ; en effet, depuis de nombreuses années, « Médecins du Monde » et la ville travaillant sur la précarité et ses conséquences sur la santé.

L'hôpital général a des difficultés à sortir de ses murs, la psychiatrie y est mieux parvenue avec la sectorisation.

Quelles sont les actions qui devraient être développées ou supprimées par l'hôpital afin de répondre à la question de la réduction des inégalités sociales d'accès aux

soins de prévention ? Quelle est selon vous l'action prioritaire qui devrait être développée ?

Actions à développer :

faire en sorte que les médecins prennent plus et mieux en compte l'aspect social du soin (problème de formation ?).

Faire rentrer les généralistes à l'hôpital notamment dans les PASS.

Actions à supprimer : les consultations privées à l'hôpital !

ANNEXE X

Entretien UPML

Présentation de l'URML :

Création par Décret de 1993

Missions : - participation de la médecine libérale à l'organisation des soins

- évaluation des pratiques professionnelles

- système d'information

- représentation

Statut juridique particulier : une assemblée générale de 60 membres (généralistes et spécialistes libéraux) et un bureau exécutif

Financement par cotisations obligatoires des médecins libéraux

Evolution : reconnaissance croissante et multiplication des sollicitations

Une volonté de recentrer l'institution sur la promotion des réseaux et la participation des médecins libéraux est aujourd'hui affichée. L'objectif est d'inciter les médecins à développer l'expertise libérale en les indemnisant.

Quel est le positionnement de votre institution en matière de prévention ?

En matière de prévention, la participation de l'URML est très récente mais prometteuse dans le cadre de la démarche ville-hôpital et du SROS 3^{ème} génération.

D'importantes limites ont été évoquées. Des limites politiques sont avancées en premier lieu. L'URML est réticent à s'investir dans des politiques publiques nationales. Sa participation est très sensible au climat politique et le problème de la pérennité des actions se pose.

Les limites sont également structurelles. Il apparaît difficile de mobiliser les médecins généralistes sur cette question. Le principe du paiement à l'acte limite leur participation. L'absence de formation des médecins dans ce domaine et les lacunes de la formation médicale initiale expliquent aussi cette faible mobilisation.

Quelles actions ou programmes de prévention ont été mis en place par votre institution afin de réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Les actions de l'URML se traduisent par la participation à deux types de réseaux. Des petites réseaux locaux financés par l'URCAM sont soutenus par l'URML sur un plan politique et/ou technique.

Ex : consultations gratuites de Médecins du monde.

L'URML participe de façon plus directe aux réseaux régionaux.

Vers quels types de populations ?

Personnes en situation de grande précarité, conduites addictives et personnes âgées.

Avec quels partenaires travaillez-vous ou souhaiteriez-vous travailler ?

L'URML est représentée au niveau du PRASP mais sa participation reste limitée.

Son partenaire principal est l'URCAM.

Identifiez-vous un manque local d'actions pour réduire les inégalités d'accès aux soins de prévention ?

La mise en place de la CMU a permis de réduire les inégalités sociales de santé selon le Président de l'URML. L'existence de limites culturelles est présentée comme la cause principale du non accès aux soins de prévention. Les inégalités sont également géographiques et liées à l'âge. Le problème de la démographie médicale et des conditions d'exercice de la médecine libérale sont des soucis majeurs.

Quelle est la place de l'hôpital ?

L'hôpital s'est trop spécialisé et doit développer une médecine généraliste pour réduire les inégalités d'accès aux soins de prévention. L'hôpital doit également s'ouvrir sur la ville et la médecine de ville.

Ex : création de la maison de garde

Cette nécessité d'ouverture concerne essentiellement le corps médical hospitalier.

Quelles sont les actions qui devraient être développées par l'hôpital ?

- ouverture sur la ville
- organisation du retour à domicile après hospitalisation, liaison établissement-domicile.

ANNEXE XI

Entretien à la Direction du CHU

Quel est le positionnement de votre institution en matière de prévention ?

Le modèle d'un CHU, c'est avant tout le curatif et la technicité. Malheureusement, la mauvaise évolution des facteurs de risques conduit l'hôpital dans une impasse : on ne peut pas faire que du curatif. Pour mieux prendre en compte les besoins du patient, il faut faire de la promotion de la santé, et sortir de l'isolement, en passant par des réseaux. A ce titre, la PASS est un élément du réseau, qui tente de dépasser le modèle classique de prise en charge de la santé.

Trois grands champs couvrent la promotion de la santé : il s'agit de la prévention (prévenir le risque), de l'éducation thérapeutique (qui cible les personnes déjà malades) et de l'éducation à la santé (qui vise selon un programme de précaution à sensibiliser les personnes à risques). Sur ces trois champs, l'hôpital doit se positionner et apporter une réponse aux populations défavorisées par la mise en œuvre d'une nouvelle organisation de travail et le développement de nouvelles activités de production.

Trois éléments contextuels ont favorisé cette prise de conscience au CHU de Nantes :

- Le CHU de Nantes avait jusqu'en 1997 la particularité de ne pas disposer d'une école de santé publique. Ainsi, jusqu'en 1997, le CHU était focalisé sur le curatif et ses techniques de pointe (greffes organes et cellules), et se caractérisait à contrario par l'absence d'une réflexion santé publique. L'arrivée d'un PUPH en 1997 a conduit l'hôpital à se réinterroger en matière de santé publique,
- La médecine interne est par ailleurs souvent cloisonnée et spécialisée, ce qui peut freiner le développement de la médecine sociale. L'arrivée du Professeur Barrier et d'un jeune chef de clinique a changé la donne. Le CHU a pu développer un aspect prévention, notamment en médecine interne. En son sein s'est développée une médecine sociale.
- Enfin, la démarche offensive de l'ARH a contribué dès 1998 au développement de la PASS.

Quelles actions ou programmes de prévention ont été mis en place par votre institution afin de réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

La mise en place de la PASS est le point principal d'action du CHU de Nantes en matière de réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention. Elle a permis une organisation en réseau et un dépassement du curatif. Elle a nécessité une nouvelle organisation du travail et la mise en place de nouvelles techniques de soins. La promotion de la santé s'est beaucoup développée, dans ces trois aspects : prévention, éducation pour la santé, et éducation thérapeutique.

Contrairement aux autres établissements de santé, la PASS n'est pas située aux urgences. Elle est au premier étage de l'hôtel dieu et dispose d'une équipe et d'un plateau technique autonome. Elle est ouverte pendant le service de jour.

3 objectifs gouvernent sa mise en place : rechercher une réouverture des droits des patients, les orienter vers une structure de prise en charge, les faire entrer si besoins dans une démarche de soins.

A quelles types de population sont elles destinées ?

Il ne s'agit pas de prendre en charge toutes les populations en difficulté. La PASS ne doit pas être un alibi pour les autres acteurs de santé, comme par exemple les médecins libéraux. Il s'agit de prendre en charge les personnes en situation de vulnérabilité sociale. Les urgences servent de détecteurs des personnes vulnérables, et les orientent vers la PASS. A se titre, la PASS devrait bénéficier, comme les urgences d'une infirmière d'accueil qui ferait le tri dans l'urgence sociale. Le deuxième détecteur, c'est la médecine de ville qui réoriente ses patients en difficulté sur la PASS.

Avec quels partenaires travaillez vous ou souhaiteriez vous travaillez ?

Nous travaillons bien évidemment avec la DASS qui anime un réseau de précarité. Les médecins libéraux assurent des vacations à l'hôpital, à la PASS. Enfin, la réussite de la PASS n'aurait pas été possible sans une implication forte, dès 1998, de l'ARH. Celle-ci a mené une politique offensive de promotion du dispositif PASS.

Identifiez vous un manque local d'action ou de programme pour réduire les inégalités d'accès aux soins de prévention ?

Je n'identifie pas de manque concernant l'hôpital, sauf en ce qui concerne l'éventualité de mettre en place un réseau PASS –Chirurgie dentaire pour assurer une mission d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire pour les populations fragiles socialement.

En alcoologie, on sait que les comparaisons entre le CHU et les hôpitaux psychiatriques sont défavorables au CHU. Cela est du notamment à l'expertise et à la proximité des hôpitaux spécialisés.

Si la T2A ne remet en cause le système de la PASS, par le biais de l'enveloppe MIGAC, plusieurs aspects ne sont pas encore réglés, à commencer par le volume réel de l'enveloppe MIGAC. Il y a aussi celui de la valorisation des consultations pluridisciplinaire qui jouent un rôle important pour l'éducation thérapeutique des patients.

Enfin, la réussite de la PASS incite les autres acteurs à se déresponsabiliser. Cela induit un manque au d'implication des services sociaux de la ville et des acteurs libéraux, des cliniques privées à but lucratif...

Quelle est la place de l'hôpital dans la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Par le biais de la PASS, l'hôpital a répondu à un besoin de prévention auquel aucune autre institution ne pouvait répondre. Cependant, il doit veiller à ne pas aller plus loin, et à ne pas hypertrophier son rôle social. Ce n'est pas la vocation de l'hôpital de réduire les inégalités sociales de santé. Il ne doit redevenir l'hôpital des pauvres. Il doit rester un pôle d'excellence et de technicité dans le soin curatif. C'est sa mission principale. Les derniers chiffres concernant l'évolution de la clientèle hospitalière sont très inquiétants à ce propos. La proportion de population pauvre soignée à l'hôpital est en forte augmentation en valeur absolue et en valeur relative sur les cinq dernières années. Le développement de la PASS ne s'est fait qu'à l'hôpital public, alors qu'initialement les établissements PSPH devaient également faire partie du dispositif. Ce constat fait peser un risque sur l'hôpital public qui devrait connaître une répartition homogène de la population accueillie.

Quelles sont les actions qui devraient être développées ou supprimées par l'hôpital afin de répondre à la question de la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

On pourrait supprimé tout ce qui touche à la prévention du tabagisme, qui ne relève pas du rôle de l'hôpital et qui pourrait être fait par les services municipaux. On pourrait promouvoir des actions de prévention d'hygiène bucco-dentaire, en couplant la faculté d'odontologie à la PASS. Enfin, la PASS pourrait être améliorée par la mise en place d'une infirmière d'accueil, en renforçant les réseaux externes. Ce dernier pose aujourd'hui des problèmes de coopération entre les participants qui ont peu de temps, et des logiques très différentes d'actions.

ANNEXE XII

Entretien à la CME du CHU

Quel est le positionnement de votre institution en matière de prévention ?

Le rôle du CHU aujourd'hui reste essentiellement centré sur le curatif. Même si, il faut le reconnaître, il y eut une prise de conscience sur les lacunes de l'hôpital en matière de prévention. Ce la est dû en partie à une meilleure prise en compte de la place de l'utilisateur à l'hôpital. On ne peut plus se contenter de ne soigner les gens qu'en fonction de sa spécialité : c'est l'individu dans sa globalité qui doit être pris en compte. En ce qui concerne les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention, c'est la PASS qui illustre le mieux cette évolution du CHU.

Jusqu'à présent, l'hôpital faisait de la prévention, mais seulement au niveau tertiaire, en terme d'éducation thérapeutique. Mais aujourd'hui, il faut aller plus loin, se diriger vers l'éducation pour la santé.

Quelles actions ou programmes de prévention ont été mis en place par votre institution afin de réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

La PASS est l'action la plus importante. Elle a pu voir le jour grâce à une volonté politique forte de la part de la direction générale de l'établissement, mais aussi grâce à l'esprit d'ouverture de la communauté médicale d'établissement : en effet, l'affectation d'un PH à temps plein, qui est l'un des facteurs de réussite de la PASS à Nantes a été approuvé par l'ensemble de la CME.

La PASS répond à un besoin essentiel : celui d'identifier la porte d'entrée du système de soins pour les populations en difficultés. Le SAU est aujourd'hui le seul connu et le seul identifiable. Par la PASS on crée un nouveau moyen d'entrer.

A quelles types de population sont elles destinées ?

Aujourd'hui, on ne peut que constater la montée de l'exclusion en France : 10 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. C'est bien évidemment vers cette population que se tourne la PASS.

Avec quels partenaires travaillez vous ou souhaiteriez vous travailler ?

On a beaucoup travaillé avec la ville pour monter le projet de la PASS. Le Président du Conseil d'administration a joué un rôle important dans le soutien de ce projet. Notre principal souci a été de faire accepter par l'ARH qu'un PH à temps plein soit affecté à la PASS. Pour le reste, on travaille beaucoup avec quelques médecins libéraux qui ont encore la « fibre sociale ». Malheureusement, ils deviennent rares : il y a un désenchantement chez les médecins généralistes. D'abord, cela tient au fait qu'ils ont

souvent choisi leur métier par défaut : ils ont raté l'internat et n'ont pas pu se spécialiser. En ce sens, l'expérience de l'examen national classant est assez probante : les places de médecins générales ont été choisies en dernier. Ce manque de vocation incite les médecins de ville à se désengager de la permanence des soins comme de la problématique sociale. Et le fait que les ARH n'aient pas de pouvoir sur eux ne facilite pas les choses. Les URML ne jouent pas leur rôle non plus. Au lieu d'être des forces de propositions, elles ne sont que des organismes de défenses des médecins libéraux.

Identifiez vous un manque local d'action ou de programme pour réduire les inégalités d'accès aux soins de prévention ?

Il y a déjà une fragilité de la PASS : elle repose essentiellement sur la présence des vacataires. Aussi faut-il espérer que l'on trouve toujours des vacataires parmi les médecins généralistes.

Il y a plusieurs lacunes dans le système de lutte contre les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention, à commencer par le manque de lisibilité des acteurs : on multiplie les institutions intervenant dans le champs du sanitaire et du social, si bien qu'on ne sait jamais qui est responsable de la politique.

Les réseaux sont trop peu exploités : le FAQSV est mal utilisé, il reste souvent des fonds qui ne sont pas alloués. Dans ce domaine, la France est très en retard sur ces voisins européens.

Enfin, il y a une grosse lacune dans la culture de la prévention : les médecins ne s'intéressent pas à cette problématique dans leur études, ils n'y sont pas sensibilisés, et d'ailleurs, cela ne les intéresse pas : on ne fait pas médecine pour faire de la prévention ou du social.

Quelle est la place de l'hôpital dans la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Si le CHU a bien répondu à un besoin dans ce domaine en créant la PASS, il n'a pas vocation à faire du social. Son intérêt stratégique est tout autre. Aujourd'hui, le CHU de Nantes, comme la ville de Nantes, ont un combat à mener pour jouer sur la scène européenne. Le CHU veut devenir le pôle majeur à l'ouest de l'Europe, en terme de formation et de recherche médicale. Dans ce cadre, l'enjeu de l'accès aux soins de prévention pour les populations défavorisées n'est pas mobilisateur. Ce n'est pas sur cela que la direction mettra réellement des moyens. Par exemple, le CHU a développé en pédiatrie un aspect social : cela a très bien marché, mais ça s'est fait au détriment de la réputation de la formation et de la recherche du CHU. Donc cela n'intéresse pas l'hôpital, bien que l'aspect social soit très important en pédiatrie.

Le CHU doit aujourd'hui faire le grand écart entre sa fonction de recherche et de formation, et sa fonction sociale. Ce n'est plus possible. Il faut clarifier le rôle du CHU, et pourquoi pas créer un CHG à Nantes qui prendrait en charge l'aspect plus social de nos missions.

Quelles sont les actions qui devraient être développées ou supprimées par l'hôpital afin de répondre à la question de la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Pour le CHU, il n'y a pas grand-chose en plus à développer. Comme je vous l'ai dit, réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention n'entrent pas dans nos priorités.

C'est plus au niveau de la pratique médicale qu'il y a des choses à faire : développer l'approche globale du patient, sortir de la logique de service et de spécialité pour agir sur la situation de santé en générale. Pour cela, il faut imposer aux médecins la culture du « projet de soins ».

ANNEXE XIII

Entretien aux Urgences

Quel est le positionnement de votre institution en matière de prévention ?

La réponse à cette question est difficile. Elle doit être abordée à un niveau stratégique et politique. Elle fait directement référence à une demande de santé publique. Cela peut se comparer à une démarche de travail spécifique qui mobilise l'ensemble de l'établissement : expérience personnelle de travail sur le SIDA à partir de 1992, ou ouverture des PASS...Aux Urgences aussi, il est possible de constater un besoin d'organisation de l'accueil des populations. On y développe un travail de collaboration, parfois difficile, avec différentes associations. Malgré tout, la volonté est là pour favoriser l'accueil.

L'interlocuteur se dit sensible à la volonté de l'hôpital de se positionner par rapport aux partenaires régionaux. Il en veut pour preuve les thématiques de la cancérologie ou des jeunes suicidaires prisent en compte dans le projet d'établissement et qui implique l'ensemble de l'encadrement.

Quelles actions ou quels programmes de prévention ont été mis en place par votre institution afin de réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Absence d'exemple précis de programme de prévention à partir duquel l'interlocuteur peut témoigner. Néanmoins, celui-ci fait référence à des expériences particulières concernant l'organisation de la permanence des soins.

D'abord, la création du Centre 15 qui illustre selon lui une démarche de centralisation de l'offre de soins (en matière de régulation) et d'implication des médecins libéraux. L'idée directrice étant que les urgences médicales ne concernent pas seulement que l'hôpital public. Ce problème est toujours d'actualité puisque l'on assiste parallèlement aux difficultés qu'éprouvent les cliniques privées à se regrouper pour faire face à l'activité des urgences.

Enfin, la mise en place récente d'une maison médicale installée à proximité du CHU et qui a vocation à délester le service des Urgences pour prendre en charge ce qui relève de la médecine générale et non de la véritable urgence.

Vers Quel type de population étaient-ils destinés ?

Principalement 2 types. D'une part, envers les personnes âgées souffrant d'altération de l'état générale depuis plusieurs semaines. Cette situation semble concerné plutôt la classe moyenne, ou populaire. Ici, c'est le problème du retour au domicile qui est posé, celui-ci n'étant pas pris en charge par le médecin de ville. Or, il s'agit d'une véritable demande de santé publique.

D'autre part, envers la population marginalisée, les SDF, qu'ils soient concernés ou non par un problème de santé.

Avec quels partenaires travaillez-vous ou souhaiteriez vous travailler ?

Peu de travail en partenariat. Sinon, avec quelques ONG, des foyers ou centres sociaux, ainsi qu'éventuellement la PASS, mais l'interlocuteur avoue ne pas vraiment connaître cette structure.

Identifiez-vous un manque local d'action ou de programme pour réduire les inégalités d'accès aux soins de prévention ?

Il faut partager le travail effectué sur la prévention. On ne doit pas se désinvestir d'une demande (de santé) de la population. A plus long terme, il faudra se poser cette question. En effet, aux Urgences, il n'est pas possible, par exemple, de prendre le temps pour connaître la trajectoire de vie d'un SDF.

Ce qui manque, ce sont des dispensaires comme autrefois, des structures proches de la population qu'elle connaît. Ce serait le premier niveau de réponse de santé. La prévention serait alors possible.

Quelle est la place de l'hôpital en matière de prévention pour réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Il est illusoire de croire que l'hôpital, qui centralise déjà la demande (de soins), puisse y répondre à lui seul.

Le CHU a, par exemple, créé récemment un poste de médecin gériatre localisé aux Urgences pour mieux répondre à la demande. Cependant, on ne sait pas comment va se réaliser ce travail de prise en charge gériatrique : soit en liaison avec les structures avals, soit avec les structures en amont.

Quelles sont les actions qui devraient être développées ou supprimées ? Quelle est selon vous l'action prioritaire ? Quelles actions supplémentaires pourrait mener l'hôpital ?

Lors de travaux antérieurs sur l'insuffisance cardiaque chronique, il n'a pas été possible de trouver des données chiffrées pertinentes. Aujourd'hui, ce type de recherche nécessite un travail préalable sur les données disponibles ; ce qui n'est pas fait.

Cette expérience en cardiologie a abouti à la construction d'un réseau notamment avec le secteur libéral ayant et portant sur une démarche d'éducation thérapeutique. L'objectif était clairement de réduire le nombre d'hospitalisations (ou ré-hospitalisations). Toutefois, l'idée fondamentale est bien de se projeter dans l'avenir par rapport à un besoin de santé publique auquel l'hôpital pourrait mal y répondre. Dans cette optique, on remarque que les médecins qui s'investissent le font plutôt par le biais de la recherche clinique et des financements correspondants (type PHRC).

Dans le cadre de l'évaluation des apports de l'éducation thérapeutique, l'avantage de ce type de recherche est d'abord de comprendre les patients.

Enfin, l'enjeu fort est la mobilisation de l'ensemble du corps infirmier afin d'augmenter les connaissances en matière de démarches de santé publique à l'hôpital. C'est pourquoi, il faut développer la formation universitaire et la recherche pour mieux comprendre les populations et avoir ainsi les moyens d'agir par la suite.

ANNEXE XIV

Entretien à la Direction des Soins

Quel est le positionnement de votre institution en matière de prévention ?

Dans le cadre de mes fonctions, je suis assez éloignée du terrain de la prévention. L'hôpital a de grosses lacunes dans ce domaine, notamment pour ce qui concerne l'alcoolisme, le tabagisme, ou encore l'hygiène bucco-dentaire. Le curatif reste le domaine d'action principale de l'hôpital.

Cependant, étant chargée de la mise en œuvre du projet de soins, je peux vous dire que nous ne délaissions pas cet aspect du soin du patient. L'éducation thérapeutique est un bon exemple de ce que je promeut dans l'établissement.

Quelles actions ou programmes de prévention ont été mis en place par votre institution afin de réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

La PASS reste le succès numéro un du CHU dans ce domaine. Pour compléter le dispositif, un réseau entre la faculté d'odontologie et le service PASS a permis de faire bénéficier aux patients en situation de précarité d'une information en matière d'hygiène bucco-dentaire. Cela est d'autant plus important qu'on sait que les problèmes dentaires touchent plus fortement les populations défavorisées que les autres catégories socioprofessionnelles.

Par ailleurs, à l'arrivée aux urgences, les médecins pratiquent au cours de l'anamnèse un dépistage des besoins en soins de prévention des patients en situation de vulnérabilité sociale.

Enfin, une maison médicale de garde a été installée à l'entrée des urgences. Mais son efficacité reste très limitée, les populations venant aux urgences préfèrent éviter d'avoir à payer une consultation.

A quelles types de population sont elles destinées ?

Essentiellement aux populations dans une situation sociale difficile : étranger en situation irrégulière, sans domicile fixe, ... Deux problèmes essentiels se posent dans le choix des actions. D'une part, ces populations sont très « volatiles », elles ne restent pas au même endroit, et ne reviennent pas souvent à l'hôpital. Elles ont souvent adopté un mode de vie dangereux pour leur état de santé, mais difficile pour elle et pour nous à rectifier. C'est pourquoi nous ciblons particulièrement les populations défavorisées socialement et dont nous savons qu'elles reviennent souvent à l'hôpital.

Pour les autres, l'hôpital a selon moi plus un rôle d'alerte et de veille qu'un rôle actif à jouer.

Le deuxième problème, c'est le fonctionnement de l'hôpital. On travaille majoritairement sur du court séjour, avec une DMS très courte et un turn-over fort. On n'a pas le temps nécessaire pour bien prendre en charge les besoins de prévention du patient, ni même l'efficacité requise pour le faire. Les personnels soignants et médicaux sont essentiellement orientés vers le curatif.

Il me semble cependant que la problématique est différente entre un CHU de 3000 lits et un petit CH.

Avec quels partenaires travaillez vous ou souhaiteriez vous travailler ?

On travaille en interne en développant les partenariats avec les services. Ainsi, après le dépistage des besoins aux cours de l'anamnèse, on peut demander au service psychiatrique addictologie une consultation et une information pour le patient.

En externe, on peut aussi orienter le patient vers des associations qui pourront prendre en charge la prévention du patient.

Reste que ces réseaux ne sont pas formalisés.

Identifiez vous un manque local d'action ou de programme pour réduire les inégalités d'accès aux soins de prévention ?

Il existe évidemment un manque de personnel compétent pour prendre en charge les problèmes sociaux et les problème d'hygiène du patient. Par ailleurs, il semble nécessaire de développer les formations du personnel soignant dans le domaine de la prévention.

Quelle est la place de l'hôpital dans la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Ce n'est pas son rôle d'agir dans ce domaine. C'est même un danger que de laisser l'hôpital retrouver son rôle d'hospice pour les indigents. Il risque d'y perdre sa réputation, et sa technicité. Par ailleurs, faire de l'hôpital un acteur dans la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention, c'est aussi inciter les acteurs dont c'était la mission principale à se désresponsabiliser. De ce mouvement résulte d'ailleurs l'encombrement actuel de l'hôpital.

Quelles sont les actions qui devraient être développées ou supprimées par l'hôpital afin de répondre à la question de la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

La première priorité est de mettre en place ce que j'appellerai un pôle « supportif ». Il s'agit de faire bénéficier à un patient hospitalisé pour une pathologie particulière de soins de prévention concernant les autres affections qu'ils risquent de développer. Par exemple, un malade obèse atteint d'une pathologie cardiovasculaire pourrait bénéficier de soin

dispenser par une infirmière de diabétologie sur la prévention du diabète. Il s'agit donc de faire bénéficier aux autres services de l'expertise des infirmières en diabétologie. Cela peut se faire soit par le biais d'une formation aux soignants, soit par le biais d'une demi-journée consacrée à un enseignement collectif aux patients d'un service. En fait, chaque service pourrait vendre son expertise en formant les autres. Les assistantes sociales pourraient en faire de même auprès des soignants.

Ce pôle supportif pourrait aussi bénéficier à l'extérieur de l'hôpital. Quant à sa composition, il serait composé de soignants référents de chaque service, former aux préalables à la prévention.

ANNEXE XV

Entretien à la PASS

Quel est le positionnement de votre institution en matière de prévention ?

Il existe une volonté de faire et une implication forte des acteurs : personnels administratifs (direction), personnels sociaux, personnels médicaux et personnels para médicaux. La réflexion est commune et réactualisée. Il est important de souligner que la PASS est intégrée à un volet du COM via la création des postes de praticien hospitalier et d'aide soignante.

La PASS fait l'objet d'une évaluation. En effet, l'accent est mis sur l'évaluation de l'activité de cette dernière avec l'élaboration d'un rapport d'activité annuel. Cela a pour corollaire de faire prendre conscience à l'ensemble des services hospitaliers du bien fondé et de l'intérêt du dispositif.

Les indicateurs d'évaluation sont :

- le système de recueil de données informatiques à l'entrée (données chiffrées démographiques, sociales, médicales),
- le motif de recours à la consultation,
- le logiciel CLINICOM avec un volet spécifique consacré à la PASS en phase d'évolution,
- l'utilisation de questionnaires prospectifs débouchant soit sur des travaux de recherche (ex : population étrangère ou dépistage tuberculose ou hépatite), soit sur des enquêtes, soit sur des études (ex : impact de la PASS sur le désengorgement des urgences - prise en charge de 25% ; étude sur la pale occupée par PASS à travers le renoncement au soin – taux de renoncement 10%).

Quelles actions ou quels programmes de prévention ont été mis en place par votre institution afin de réduire les inégalités d'accès aux soins de prévention ?

La PASS comporte fatalement une action de prévention. Mais, il faut s'interroger sur le point de savoir : quel domaine de la prévention exploite-t-on ? La PASS est une alternative au renoncement aux soins.

Vers quel type de population étaient-ils destinés ?

Quant au profil des patients consultant : deux types

- des étrangers (3/4) en provenance de l'Afrique ou de l'Europe de l'Est (roumains, arméniens, géorgiens) avec une perception de la santé complètement différente de celle des français, la PASS s'apparentant à un premiers recours aux soins et on a une demande de prévention. Il s'agit d'une

population jeune, moyenne d'âge 30 ans. Par ailleurs, c'est le « bouche à oreille » qui fait qu'ils choisissent la PASS et non les urgences comme primo consultation.

- Des français en situation de désocialisation, de déstructuration physique et mentale.

Avec quels partenaires travaillez-vous ou souhaitez-vous travailler ?

D'une part, avec des partenaires internes :

- ce qui compose le « Quatuor » : direction, personnels sociaux, personnels médicaux, personnels para médicaux,
- plus précisément, avec certains services, il a été établi des protocoles : les urgences, la médecine interne et la psychiatrie. Ces services ont une bonne connaissance de la structure PASS et la collaboration est active et effective. Des rencontres et réunions régulières sont organisées. Il faut souligner l'importance de la collaboration avec les urgences car celles-ci disposent d'une assistance sociale qui grâce à un outil de repérage (questionnaire) peut cerner les populations en difficultés et les signaler à la PASS.

Aussi, les étudiants en médecine (3^{ème} année) sont sensibilisés à la thématique « santé précarité » et une journée portes ouvertes a été organisée avec projection d'un film sur l'organisation et le fonctionnement de la PASS.

D'autre part, avec des partenaires externes :

- le milieu associatif par le biais de rencontres et réunions,
- les services sociaux de la ville et de Conseil général.

Identifiez-vous un manque local d'action ou de programme pour réduire les inégalités d'accès aux soins de prévention ?

Les actions actuelles de la PASS sont :

- suivi vaccinal,
- assurer, dépister et rassurer quant au problème de la tuberculose,
- dépister à un stade précoce les hépatites et le VIH.

L'aspect dépistage de paramètres nutritionnels est à développer, ainsi que l'éducation thérapeutique via les infirmières (ex : suivi médicamenteux pour les patients anti tuberculeux).

La prévention est aussi toute tentative d'éducation thérapeutique par la vérification de la bonne compréhension de l'information et du traitement par le patient.

Quelle est la place de l'hôpital en matière de prévention pour réduire les inégalités d'accès aux soins de prévention ?

Incontestablement, la mission sociale de l'hôpital via la PASS bénéficie au CHU d'une bonne intégration dans la vie de l'hôpital. La dimension sociale fait partie de la culture du CHU.

Quelles sont les actions qui devraient être développées ou supprimées ? Quelle est l'action prioritaire ?

En lien avec la réponse précédente, la PASS aimerait développer le dépistage des paramètres nutritionnels (carences en vitamine C). Une étude sur la dénutrition de la population précarisée par rapport à la population générale est à mener.

L'entretien s'est terminé sur un constat et une ouverture. Si demain, on fermait les frontières, la diminution de la fréquentation par les étrangers de la PASS n'aurait pas d'incidence sur l'utilité du dispositif. La PASS orienterait son action sur les besoins d'autres usagers qu'elle pourrait alors mieux prendre en charge.

ANNEXE XVI

Entretien au CHU

Quel est le positionnement de votre institution en matière de prévention ?

Ce praticien n'a pas pu donner une réponse institutionnelle, puisque ce sont les COM qui transcrivent les actions de prévention au CHU, mais elle s'est positionnée au niveau de son service.

Les deux secteurs de prévention concernent les chutes et les troubles mnésiques. Pour cela, il faut former les soignants et éduquer les patients.

Quelles actions ou programmes de prévention ont été mis en place par votre institution ?

Pour prévenir les chutes, l'action du service se situe au niveau de la prévention primaire et secondaire.

La prévention primaire se traduit par la mise en place des consultations d'une demi-journée par semaine, où les personnes sont adressées par leur médecin traitant. Cette consultation est multidisciplinaire, et dure en moyenne de 1h30 à 2h. Des journées d'information auprès du grand public autour de la prévention des chutes seront mises en place prochainement. Un atelier « équilibr'âge » sera mis en œuvre en partenariat avec la CRAM. Des formations continues à destination des médecins généralistes et des personnels des maisons de retraite, ainsi que des formations universitaires complètent ce dispositif. Concernant les troubles cognitifs, il reste à établir un partenariat avec France-Alzheimer.

La prévention secondaire cible la chute et les troubles mnésiques. L'organisation de la sortie des personnes les oriente sur l'atelier des troubles de l'équilibre et de la marche, animé par un éducateur sportif. La dimension de la prévention est aussi présente dans les actions curatives, pour anticiper la perte d'autonomie, la douleur, l'hypertension, le diabète, qui peuvent être des facteurs aggravants de l'état du patient.

De même, une rencontre avec les proches permet avec l'accompagnement d'une assistante sociale (1/2 ETP) de procéder au réaménagement du logement. Dans le cas d'un retour à domicile difficile, un rendez vous à horizon de 2 mois est programmé dès la sortie. En tout état de cause, la reprise dans le service est acquise en cas d'échec, ce qui a priori, à un effet positif, puisque le taux de ré-hospitalisation est faible. Il est à noter que ce retour s'effectue directement avec le médecin traitant, sans passage préalable aux urgences.

Il est difficile pour le service de cibler les personnes isolées ; en outre, il y a déjà beaucoup à faire avec les seules personnes qui s'adressent au service.

Un réseau concernant les personnes souffrant d'insuffisances cardiaques a permis de répertorier les patients suivis, et d'éviter une réhospitalisation en envoyant du personnel de l'hôpital au domicile des malades.

Avec quels partenaires travaillez-vous ou souhaiteriez vous travailler ?

Il existe un partenariat formalisé entre le service et les maisons de retraites, qui s'engagent à prendre les patients à leur sortie du service. En contrepartie, le service s'engage à reprendre la personne sans passage aux urgences. Cette pratique a conduit les maisons de retraite à prévenir le service lorsqu'elles avaient des places disponibles.

Avec l'aide de l'assistante sociale, le service aide les familles à organiser le dispositif complet pour organiser le retour à domicile, ou l'entrée en structure. Ainsi, le personnel du service accompagne les patients lors des visites des établissements, les aide à accéder à leurs droits (APA, allocation logement,...), et sollicite les professionnels qui interviendront au domicile (aide-ménagère, téléalarme, infirmière,...). Les patients ne sortent pas du service sans que leur devenir soit étudié.

Le service garde le contact avec les médecins traitants, en les informant de l'entrée et de la sortie de leur service de leur patient. En cas de modification du traitement, le service en explique les raisons au médecin de famille, pour garantir la continuité de la prise en charge thérapeutique. Cette action répond à une recommandation de l'ANAES, qui appelait à améliorer les relations avec la médecine de ville.

Identifiez-vous un manque local d'action ou de programme pour réduire les inégalités d'accès aux soins de prévention ?

Le CHU a créé une consultation pour les personnes en difficultés sociales. Cependant, ce dispositif souffre d'un manque de visibilité, même au sein de l'hôpital. Si beaucoup d'actions sont mises en place pour réduire les inégalités, le déficit de communication en limite la portée.

En outre, l'hôpital reste souvent concentré sur la maladie qui est à l'origine de l'entrée du patient, sans s'interroger sur son environnement.

De manière générale, il y a un manque d'informations des actions menées sur le bassin de vie.

Quelle est la place de l'hôpital dans la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ? (Pertinence et limite du rôle de l'hôpital ?)

L'hôpital se retrouve parfois à gérer des situations qui ne relèvent pas de sa compétence. Il est souvent le dernier recours pour des situations que les autres acteurs refusent de prendre en charge.

La création de maisons médicales en proximité des urgences n'a pas permis de désengorger ces dernières. En effet, leurs tarifs sont plus élevés que ceux de SOS médecins, qui se déplace à domicile...

Quelles sont les actions qui devraient être développées ou supprimées par l'hôpital, afin de répondre à la question de la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Il n'existe pas aujourd'hui de réseau gérontologique sur le bassin. Une autre limite est l'insuffisance des places dans les MAS, qui s'ajoute à la situation difficile des personnes de moins de 60 ans, dont l'avenir est complexifié par la dichotomie social / sanitaire.

Il faut rappeler aux patients qu'ils n'ont pas que des droits, et leur faire prendre conscience que certaines obligations s'imposent à eux. La promotion de l'éducation à la santé peut y contribuer.

Le médecin interrogé a aussi souligné le manque de moyens humains, et l'absence de réflexion à long terme concernant les effectifs médicaux et paramédicaux.

Il a insisté également sur la nécessité de mieux former les intervenants à domicile.

Enfin, il a rappelé la nécessité de développer le réseau ville/hôpital, et de faciliter l'accès des médecins libéraux au CHU.

ANNEXE XVII

Entretien au CHU, pôle Santé publique

Quel est le positionnement de votre institution en matière de prévention ?

La prévention primaire est trop souvent idéalisée. Les préventions secondaire et tertiaire sont également incontournables. Par la prévention, il faut agir sur les conduites, les comportements.

Quelles actions ont été mises en place par votre institution afin de réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Le pôle Santé publique du CHU participe au conseil de la PASS. Le pôle s'est battu pour que cette PASS soit un service extérieur aux urgences. Il est également apparu essentiel de mieux connaître les personnes accueillies aux urgences. Pour ce faire, un outil de repérage des personnes en situation de vulnérabilité sociale a été élaboré.

Identifiez-vous un manque local d'actions pour réduire les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

La tendance générale est de trop se focaliser sur l'accès aux droits au détriment de l'accès aux soins. Le système de soins n'a pas assez conscience de la constitution des besoins de santé.

Quelle est la place de l'hôpital dans la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

L'hôpital ne peut échapper à son rôle social. Mais est-il le mieux placé ? L'hôpital a un rôle de vigilance vis-à-vis de certaines populations à jouer. L'évaluation de la performance des établissements de santé devrait comporter un volet social. Faire de la prévention à l'hôpital nécessite une vision systémique et repose sur une responsabilité collective de tous les acteurs de l'institution. La volonté institutionnelle doit notamment être portée par la Direction.

Quelles sont les actions qui devraient être développées ou supprimées par l'hôpital afin de répondre à la question de la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention ?

Il n'y a pas d'actions à supprimer mais à rationaliser. Un effort pour améliorer la communication interne est également nécessaire.

Quelle est selon vous l'action prioritaire ?

Le développement des soins de support apparaît comme une voie intéressante à généraliser. Ces soins de support ont été initialement institués en cancérologie. Il s'agit de soigner la personne en prenant en compte toutes les dimensions du soin.

ANNEXE XVIII

ANALYSE DES ENTRETIENS

	Prévention	Actions	Domaines	Partenariat	Lacunes	Rôle de l'hôpital	Propositions
ARH	-positionnement délicat -SROS 3	-PRAPS -Projets d'établissement et COM -Réseaux de santé	-cancérologie -maladies cardio-vasculaires -éducation thérapeutique -addictologie	-DRASS -URCAM -URML	-repérage des besoins	-acculturation nécessaire -prise en charge globale et transversale	-évaluation -cancérologie -santé mentale -éducation thérapeutique (alcoologie)
DRASS	-moyens modestes -outils :PRAPS, CRS, GRSP, SREPS	-PRS	-alcoologie -suicide -SIDA -cancérologie -PRAPS et PASS	-INPES -URCAM -collectivités locales -URML	-hétérogénéité des territoires et des populations	-PASS -COM	-décloisonnement sanitaire et social -formation commune des professionnels
DDASS	-suivi et animation	-PRAPS et PASS -SMASA (addictologie)	-addictologie -personnes âgées	-DRASS -ARH -Hôpital	-démographie médicale -cloisonnement	-rôle pivot -intégration du volet social	-évaluation -coopération

Commune	-promotion de la santé	-vaccinations -éducation pour la santé	-écoles -ZEP -bucco-dentaire -repérage des populations sensibles	-DRASS -DDASS -Assurance maladie -CAF -collectivités territoriales -réseaux, ...	-absence de la médecine libérale -manque de moyens -retour à domicile (SSIAD)	-rôle pivot avec la PASS	-repérage des populations -décloisonnement ville-hôpital
URCAM	-rôle résiduel -rôle renforcé depuis loi du 13/08/04 (coordination)	-appels à projets PRAPS-PRS		-ARH	-cloisonnement	-rôle fondamental avec la PASS	
CNAM	-experts de première ligne auprès de l'URCAM	-enquêtes	-selon commandes -pathologies	-URCAM -CRAM -ARH -URML	-concentration hospitalière augmentant les inégalités	-recherche et évaluation de la prévention	-expérimentation -décloisonnement

URML	-participation récente et prometteuse	-réseaux locaux et régionaux	-précarité -addictologie -personnes âgées	-URCAM	-dimension politique -difficulté à mobiliser -formation -démographie médicale	-rôle essentiel de la médecine généraliste	-ouverture de l'hôpital sur la ville et la médecine libérale
ORS	-observateur	-enquêtes -analyses -diffusion de l'information	-selon commandes	-au carrefour de tous les acteurs	-accès aux soins	-rôle majeur sur la prévention tertiaire	-décloisonnement ville-hôpital -éducation thérapeutique
CREDEPS	-éducation pour la santé	-formation des acteurs de proximité -ateliers santé	-écoles -soignants -médecins libéraux	-usagers -CHU -FNESP (Fédération nationale) -INPESP	-formation -cloisonnement		
CHU-Santé publique	-formation et promotion à la prévention au sein du CHU	-PASS -création d'un outil de repérage			-accès aux soins -connaissance des besoins	-rôle de veille sociale	-rationaliser -communiquer -soins de support

CHU-PASS	-alternative au renoncement aux soins	-vaccination -dépistage -information	-tuberculose -hépatites et VIH -nutrition	-«Quatuor » associations -collectivités territoriales		-rôle social	-développement dépistage dénutrition
CHU-direction	-médecine sociale	-PASS autonome	-précarité sociale	-conseil général -médecins libéraux -ARH	-alcoologie	-rôle spécifique mais hors de ses missions (ex : tabagisme)	-bucco-dentaire -coopération
CHU-CME	-éducation thérapeutique	-PASS	-précarité	-collectivités territoriales -ARH -médecins libéraux	-désengagement de la médecine libérale -manque de lisibilité -atomisation des acteurs	-rôle social non prioritaire	-clarifier rôle de l'hôpital -développer une approche globale du patient
CHU-Coordonnatrice générale	-éducation thérapeutique	-PASS ex : réseau faculté d'odontologie	-précarité	associations relais	-formation des professionnels -hygiène des patients	-rôle social hors de sa mission	-formation -pôle supportif (prévention amont des maladies chroniques)

CHU- Moyen séjour	-service médico-social primaire et secondaire	-consultations multidiscipli- -naires -journées d'informations -formations continues -atelier troubles équilibre	-chutes -troubles cognitifs -aménagement logement consultation à 2 mois -retour direct -aide aux visites de structures -continuité soins	-France Alzheimer -CRAM -familles -service social -maisons de retraite -SSAD -médecins traitants	-manque de visibilité dispositif -déficit de communication des expériences existantes auprès des professionnels et populations	-gestion de problèmes hors de sa mission	-réseau géronologique -place dans les MAS -relier social et sanitaire -rappeler devoir des patients dans l'éducation pour la santé -moyens humains -formation interve nants à domicile -réseau ville/ hôpital
CHU- Cadre des urgences	-travail de collaboration -accueil	-centralisation offre de soins : 15	-précarité -personnes âgées	-ONG -foyers -centres sociaux	-coopération nécessaire autour de la trajectoire de vie	Nécessité de partenaires d'amont et d'aval	-nécessité de repérage pour des solutions adaptées -éducation thérapeutique