



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Avril 2002

**Les postes d'interface socio-sanitaire
de Haute-Savoie :
une réponse adaptée aux exclusions des soins ?**

Geneviève DENNETIERE

Remerciements :

à Mme Yvette RAYSSIGIER

Enseignante au département POLITISS de l'Ecole Nationale de Santé Publique
pour ses conseils et son aide dans la réalisation de ce travail

au Dr André PECCOUD

Médecin Inspecteur de Santé Publique, pour son encadrement et sa disponibilité

à toute l'équipe de la DDASS de Haute Savoie

Pour l'accueil chaleureux que j'y ai reçu durant mon stage

Sommaire

PREAMBULE	1
1 PAUVRETÉ, PRÉCARITÉ ET EXCLUSION : DU CONTEXTE NATIONAL À LA RÉALITÉ LOCALE	3
1.1 Donner un sens aux mots	3
1.2 Lutte contre les exclusions en France : contexte et politiques	6
1.2.1 Constat de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion	6
1.2.2 Effets de la précarité sur la santé	7
1.2.3 Politiques publiques dans le domaine de l'exclusion.....	8
1.3 Haute savoie : un département prospère face à l'exclusion	13
1.3.1 Situation socio économique	13
1.3.2 Etablissements sanitaires et hébergement social	14
1.3.3 Populations en situation de précarité	15
1.3.4 Le PRAPS Rhône Alpes et sa déclinaison départementale	16
2 DES CONSTATS AUX ACTIONS	17
2.1 Avancées et freins vers l'accès aux soins	17
2.1.1 L'accès aux droits, condition indispensable pour améliorer l'accès aux soins	17
2.1.2 L'accès aux droits : condition indispensable mais pas suffisante pour améliorer l'accès aux soins	18
2.2 Dispositifs pour un accès effectif aux soins	22
2.2.1 Des réponses locales : les postes interface, vers l'accompagnement aux soins	22
2.2.2 Postes d'interface : quels résultats au regard des missions ?	25
2.2.3 Permanences d'accès aux soins de santé : un démarrage progressif et un bilan nuancé	32
2.2.4 Réseaux : une mise en place longue et complexe	35
2.2.5 Contrats de ville et actions de santé : implication souhaitée mais timide	37
3 DISCUSSION ET PROPOSITIONS	39
3.1 Discussion	39
3.1.1 Constat en demi teinte pour les postes interface : dispositif intéressant mais fragile	39
3.1.2 Faiblesse des Permanences d'Accès aux Soins de Santé et frilosité des hôpitaux	44
3.1.3 Difficultés de la psychiatrie à s'impliquer dans le domaine de la précarité	46
3.1.4 Nécessaire prise en compte des territoires dans la mise en œuvre des politiques contre les exclusions	48

3.2 Propositions d'action	50
3.2.1 Soutenir les actions d'interface existantes	50
3.2.2 Développer les PASS en plusieurs temps.....	51
3.2.3 Mettre en place le réseau psychiatrie	52
3.2.4 Coller au plus près des spécificités territoriales	52
3.2.5 Développer le rôle de coordinateur et d'animateur des services déconcentrés de l'Etat.....	53
CONCLUSION.....	55
BIBLIOGRAPHIE	57
LISTE DES ANNEXES	63

Liste des sigles utilisés

A.A.T.E.S.	Association d'Accueil aux Travailleurs, Etudiants et Stagiaires
A.L.A.P.	Association Logement Accueil Promotion
A.P.R.E.T.O.	Association Pour la REhabilitation des TOxicomanes
A.R.H	Agence Régionale de l'Hospitalisation
A.S.V	Ateliers Santé Ville
C.A.F.	Caisse d'Allocations Familiales
C.D.A.G.	Centre de dépistage anonyme et gratuit
C.D.P.A.	Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme
C.H.R.S.	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
C.L.I.	Commission Locale d'Insertion
C.M.E.	Commission médicale d'établissement
C.M.U.	Couverture Maladie Universelle
C.P.A.M	Caisses Primaires d'Assurance Maladie
C.R.A.M	Caisses Régionales d'Assurance Maladie
D.D.A.S.S.	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
D.I.V	Direction interministérielle à la ville
D.P.D.S.	Direction de la prévention et du développement social
D.R.A.S.S	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.R.E.E.S	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
D.S.Q	Développement Social des Quartiers
E.P.S.M.	Etablissement Public de Santé Mentale
F.A.S.	Fonds d'Action Sociale pour les travailleurs immigrés et leurs familles
F.N.P.E.I.S.	Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaire
H.C.S.P	Haut Comité de la Santé Publique
I.G.A.S	Inspection Générale des Affaires Sociales
I.N.S.E.R.M	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
M.A.P.A.D.	Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes
M.I.S.P.	Médecin inspecteur de santé publique
M.S.A.	Mutuelle Sociale Agricole
O.M.S	Organisation Mondiale de la Santé
O.N.P.E.S	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
P.D.I.	Programme Départemental d'Insertion
P.M.I.	Protection Maternelle Infantile
P.A.S.S	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
P.R.A.P.S	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
R.M.I	Revenu Minimum d'Insertion
S.I.V.U.	Syndicat Intercommunal à Vocation Unique
U.R.C.A.M	Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

PREAMBULE

Trois années après le début de la mise en œuvre de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions et deux ans après la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU), des progrès sont unanimement reconnus dans le domaine de l'accès aux soins des personnes en situation précaire.

Ces progrès sont largement attribués aux effets rapides de la CMU, que l'Inspection Générale des Affaires Sociales dans son premier bilan sur la mise en œuvre de la loi, qualifie d'*avancée sociale majeure*¹. D'autres dispositifs, instaurés par la loi contre les exclusions dans son volet santé, dont les deux principaux sont les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) et la création dans les hôpitaux des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), se sont progressivement mis en place. Les PRAPS sont un axe majeur de la loi de lutte contre les exclusions. Ils ont stimulé l'élaboration, par les services déconcentrés de l'État avec les partenaires locaux, de diagnostics et de programmes d'action au plus près des besoins des territoires. Les PASS se développent sur l'ensemble du territoire national, de façon très inégale cependant, allant de l'application à minima de la loi à des actions très innovantes, avec le développement de partenariats et de travail en réseau².

En Haute Savoie, le volet départemental du PRAPS a été initié en juillet 2000 pour une durée de trois années, après un diagnostic départemental réalisé en 1999. L'accès aux soins est l'un de ses objectifs spécifiques. C'est dans ce cadre que, dans les différents bassins de population du département, ont été renforcés ou développés des postes d'infirmiers dits « d'interface socio-sanitaire », chargés d'accompagnement des populations en situation précaire vers le droit commun.

Ces postes apparaissent aux acteurs de terrain comme un maillon important dans le processus d'amélioration de l'accès aux soins, ce qui génère des demandes de création de nouveaux postes dans le département. Face à ces demandes, les partenaires s'interrogent cependant sur la pertinence de les multiplier : sont-ils une réponse adéquate aux problèmes d'accès aux soins des populations en situation précaire ?

C'est cette interrogation, relayée par l'équipe de coordination du PRAPS à la DDASS de Haute-Savoie, qui a motivé cette étude.

¹ Ministère de l'emploi et de la solidarité, Inspection Générale des Affaires Sociales - Premier bilan de la mise en œuvre de la loi relative à la lutte contre les exclusions, juin 2000.

² LEBAS Jacques, rapport de la mission d'accompagnement de la mise en place des PASS, mai 2000.

La question à laquelle tâchera de répondre ce travail est la suivante : *la création de nouveaux postes d'interface socio-sanitaire est-elle une réponse adaptée aux besoins des populations en situation précaire en matière d'accès aux soins?*

Afin de répondre à cette question, les objectifs retenus ont été les suivants :

- ✓ Analyser les difficultés d'accès aux soins des populations en situation précaire.
- ✓ Décrire l'historique et les différents modes de fonctionnement des postes d'interface, déterminer leurs points forts et leurs points faibles.
- ✓ Analyser ce qui existe dans le département en terme de mobilisation des professionnels et de travail en réseau.
- ✓ Faire des propositions pour renforcer la lutte contre les exclusions des soins dans un souci de partenariat et de pérennisation des actions engagées.

La méthodologie a consisté en une revue documentaire, une analyse des rapports d'activités et données chiffrées disponibles et des entretiens auprès des infirmières, partenaires institutionnels ou associatifs et acteurs de terrain.

Le résultat de ce travail sera présenté en trois parties : dans la première, après un rappel du contexte national et la synthèse des données récentes dans le cadre de la lutte contre les exclusions en santé, on trouvera une description de la situation en Haute-Savoie et une présentation du PRAPS de Rhône Alpes et de son volet départemental haut savoyard.

La deuxième partie s'attachera à décrire les postes d'interface socio-sanitaire et de les situer parmi d'autres dispositifs du département pour l'accès effectif aux soins.

La dernière partie comportera une discussion sur les forces et faiblesses des postes d'interface et des autres dispositifs décrits, en fonction des objectifs retenus par l'étude, et afin d'apporter des éléments de réponses à la question principale de ce travail.

Enfin des propositions seront formulées, en les situant dans le cadre plus général de l'élaboration des PRAPS de deuxième génération, qui doivent être arrêtés en janvier 2003.

1 - PAUVRETE, PRECARITE ET EXCLUSION : DU CONTEXTE NATIONAL A LA REALITE LOCALE

1.1 DONNER UN SENS AUX MOTS

Précarité, précarisation, populations en situation précaire, pauvreté, exclusion, marginalité, désinsertion, sont les termes les plus fréquemment utilisés dans le débat social actuel, termes auxquels on ajoutera diverses périphrases : «les plus démunis», «les moins favorisés», «les personnes en difficulté», ainsi que d'autres terminologies plus récemment apparues depuis la reprise de la croissance économique : «les oubliés de la croissance»... Une clarification de quelques-uns de ces termes mérite d'être faite avant d'aborder un sujet traitant de la lutte contre l'exclusion des soins.

Pauvreté :

Au cours des siècles, les définitions du pauvre et de la pauvreté ont peu varié. Le Larousse de la fin du XX^e siècle, qui voit dans le pauvre «quelqu'un qui a peu de ressources, peu de biens», n'est guère éloigné des dictionnaires antérieurs. Mais peut-on d'emblée s'interroger sur la signification de ce «peu» ? Où est la limite entre peu et suffisamment ?³

La pauvreté est un état défini par des limites économiques. Toutefois, le seuil de pauvreté est relatif, en fonction de l'histoire, du niveau de vie moyen du groupe observé ou encore des cultures.

En France, trois indicateurs principaux sont utilisés qui, même s'ils sont sujets à caution pris isolément, permettent d'appréhender les caractéristiques des familles, une fois croisés avec d'autres indicateurs (comme le logement ou l'emploi).

Le taux de pauvreté monétaire : En France le seuil de pauvreté correspond à la moitié de la médiane des revenus par unité de consommation, soit 3670FF (560 €) pour une personne seule en 2001 ou encore 7700 FF (1175€) pour un couple avec deux enfants. Le seuil de grande pauvreté correspond au tiers du revenu médian.

³ BRUZULIER J. L., HAUDEBOURG Guy – Cachez ce pauvre que je ne saurais voir -éditions ENSP - 2001.

L'indicateur de pauvreté de conditions de vie : Mis au point et calculé par l'INSEE, il se fonde sur diverses dimensions de la vie courante : logement, endettement, équipement... Vingt-huit indicateurs sont retenus et un indicateur global est construit. On calcule ensuite pour chaque ménage une échelle globale de difficulté.

L'indicateur de pauvreté administrative : Cet indicateur chiffre le nombre de ménages qui relèvent de la solidarité nationale au titre des huit minima sociaux (RMI, minimum vieillesse, allocation adulte handicapé, allocation parent isolé, allocation veuvage, allocation d'insertion, allocation supplémentaire d'invalidité, allocation de solidarité spécifique)

Précarité et précarisation :

S'il existe des définitions et des outils de mesures de la pauvreté, il est plus difficile de caractériser la précarité. Ce qui est précaire c'est ce qui n'a rien de stable, ce qui est fragile, incertain. La précarité renvoie aux incertitudes qui pèsent sur les individus. Le rapport Wresinski⁴ a donné une définition de la précarité que les plus hautes instances internationales ont faite leur :

Absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux

L'examen sous l'angle du sens étymologique et juridique du terme, proposé par Béatrice APPAY, apporte un éclairage supplémentaire :

Précaire vient du latin precarius, ce qui est obtenu par la prière. [] Ce sens étymologique exprime une absence de droit, en particulier du droit social, qui protège le sujet face au pouvoir qui l'asservit. Le second sens donné à précaire est d'ailleurs juridique : «ce qui existe par autorisation révocable» [] Cette définition, associée au sens étymologique est d'un grand intérêt pour la sociologie car elle exprime d'emblée un rapport social, un rapport de pouvoir et de domination, une référence au droit et au non droit, à l'autorité, à la mise en soumission par l'incertitude et le révocable⁵.

⁴ WRESINSKI J. - Grande pauvreté et précarité économique et sociale, rapport présenté en 1987 au Conseil économique et Social

⁵ APPAY B. - *Précarité, précarisation, réflexions épistémologiques* in Précarisation, risque et santé - M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy, V. Ringa - Inserm

Même si ce sens a disparu du paradigme dominant, cette analyse est intéressante car elle permet de percevoir l'importance de la généralisation de l'accès aux droits dans la lutte contre la précarité⁶.

Selon le Haut Comité de Santé Publique, si l'on peut définir la précarité à travers un certain nombre d'indicateurs plus ou moins quantifiables, « *les processus de **précarisation** résultent de situations intriquées, de fragilisations réciproques, de ruptures en chaîne qui peuvent mener jusqu'aux portes de l'exclusion [] Ces processus ne sont ni objectivables ni mesurables. Mais force est de constater l'existence de ce lien étroit entre altération du sens, souffrance psychique, violence et santé*⁷ »

Exclusion : dans son introduction au « Guide de l'action sociale contre les exclusions », J.P. HARDY note que ce terme s'impose dans les années 90, faisant peu à peu tomber en désuétude celui de *nouvelle pauvreté*, largement utilisé dans la décennie précédente. L'accent est mis cependant sur la différence entre exclusion et pauvreté :

*L'exclusion n'est pas réductible à la pauvreté puisque celle-ci ne signifie pas rupture du lien social qui est la caractéristique essentielle de l'exclusion*⁸.

Le Haut Comité de Santé Publique, dans son rapport sur la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé⁹, mentionne :

L'exclusion est en fait une réalité dynamique caractérisée par l'absence -pendant une période plus ou moins longue- de la possibilité de bénéficier des droits attachés à la situation sociale et à l'histoire de l'individu concerné.

Le terme lui-même d'exclusion peut induire un jugement des personnes, à faire porter un regard de réprobation ou à générer des attitudes de rejet de celui qui n'a pas pu se maintenir du « bon côté ».

⁶ par exemple, depuis la loi CMU, on ne demande plus l'octroi d'une aide médicale à une autorité plus ou moins bienveillante mais on bénéficie du droit à la couverture maladie universelle.

⁷ Haut comité de santé publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes : ENSP Editions, 1998/02. 285p

⁸ HARDY J.P. *Guide de l'action sociale contre les exclusions* : Champ et définitions, concepts et enjeux, Outils et dispositifs. Paris : Dunod, 1999. 438p

⁹ op. cit.

Le terme d'exclusion présente l'inconvénient majeur d'isoler des situations limites [] de produire une vision tranchée qui ne correspond pas à la grande majorité des situations réelles. La notion d'exclusion impliquerait l'existence d'une frontière qui n'est pas toujours repérable dans la réalité : il n'y a pas des inclus d'un côté et des exclus de l'autre, mais des individus qui connaissent des trajectoires mouvantes...¹⁰

Le regard porté par une société sur ses exclus n'est jamais bienveillant, parfois indifférent, il oscille souvent entre compassion et suspicion. Ceci est d'ailleurs souligné dans le dernier rapport de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion sociale qui constate que l'amélioration récente de la reprise économique s'accompagne d'un durcissement dans les représentations de l'exclusion¹¹.

1.2 LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS EN FRANCE : CONTEXTE ET POLITIQUES

1.2.1 Constat de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion

L'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion (ONPE), dans son rapport 2001-2002, souligne que la reprise économique amorcée en 1997 n'a pas permis de réduire le nombre de foyers disposant de très faibles ressources. Le taux de pauvreté monétaire est de 7% des ménages, représentant 4,5 millions de personnes, et cette proportion est stable depuis la première moitié des années 90.

Selon l'indicateur ayant trait aux conditions de vie, la situation des familles pauvres semble s'être légèrement améliorée par rapport à 1997. La part des ménages concernés par 8 difficultés majeures serait de 11% en 2001. L'amélioration concerne surtout les restrictions de consommation et les retards de paiement. Par contre, les difficultés budgétaires et les difficultés de logement ne se modifient que très peu.

Les évolutions sont plus encourageantes pour les bénéficiaires des minima sociaux qui ont diminué depuis 1997, notamment les allocataires du RMI et de l'allocation spécifique solidarité. Le rapport souligne que ce sont surtout les jeunes ou les allocataires inscrits

¹⁰ HELARDOT V. Exclusion, pauvreté, précarité...approche socio historique de l'intégration sociale. *La Santé de l'homme*. Juillet/août 2000. n° 348.

¹¹ ONPE rapport 2001-2002, la documentation française, Paris 2002

depuis moins d'un an qui sortent du dispositif. Le RMI tend ainsi à se « recentrer » sur des personnes très éloignées du marché de l'emploi.

Par ailleurs, la pauvreté n'est pas uniformément répartie sur le territoire national, la proportion des ménages sous le seuil de pauvreté variant de 1 à 7 selon les régions. Faible en Alsace, Rhône-Alpes et Ile de France, elle est beaucoup plus élevée dans un croissant Nord allant du Havre à la Lorraine, sur le littoral méditerranéen et suivant une diagonale allant de l'Aquitaine aux Ardennes, dessinant ainsi une sorte de Z sur la carte France métropolitaine.

Enfin, le rapport mentionne qu'en dehors de ces mesures quantitatives des indicateurs, les bilans d'activité d'associations mettent en évidence une augmentation de personnes dénuées de toute ressource, parmi lesquelles les étrangers et demandeurs d'asile sont les plus touchés.

1.2.2 Effets de la précarité sur la santé

Le Haut Comité de Santé Publique dans son rapport de 1998 estime que le phénomène de précarisation, au sens d'absence d'une ou plusieurs sécurités, touche 20 à 25 % de la population française, soit 12 à 15 millions de personnes. Il souligne que les conditions économiques et sociales de vie sont un déterminant fort de l'état de santé. Tout en mentionnant le manque de données longitudinales, il indique que la progression de ces phénomènes est susceptible de provoquer une réelle dégradation de santé des couches sociales les plus défavorisées et, au-delà de celle de la population tout entière

Le rapport 2002 du HCSP¹² observe que des progrès notables ont été réalisés récemment sur l'accès aux soins des plus démunis grâce à la loi relative à la lutte contre les exclusions et à la mise en place de la CMU, mais attire l'attention sur la situation des étrangers sans papiers et demandeurs d'asile qui restent à l'écart de ce dispositif.

L'ONPE dans son rapport 2001-2002 fait une analyse de l'accès aux soins. La CMU a favorisé une amélioration de l'accès aux soins : à la fin de l'année 2001, un total de 1,2 millions de personnes bénéficient de la couverture de base et 4,6 millions de la couverture complémentaire. Grâce à cette dernière, les disparités liées à l'aide médicale départementale ont été corrigées.

¹² à paraître

Cependant, les inégalités sociales persistent : plus grande prévalence de l'obésité, plus faible prise en charge des problèmes de vision et de santé bucco-dentaire chez les enfants de milieux défavorisés. Les problèmes rencontrés par les étrangers, qui sont confrontés à des difficultés spécifiques d'accès aux droits sociaux, subordonnés à la régularité et parfois à la stabilité du séjour en France, sont également mis en évidence.

La santé des personnes sans domicile est particulièrement précaire, mais le faible recours de ces personnes aux structures de soins ne permet sans doute pas une estimation précise de leurs problèmes de santé. Les problèmes les plus souvent évoqués sont l'état dépressif et le stress, la souffrance psychique est le symptôme majeur de la l'exclusion :

L'exclusion est intimement liée à des sentiments d'inutilité sociale et de dévalorisation de soi qui entraînent une intense souffrance psychique et la difficulté à s'insérer dans un tissu relationnel. C'est également cette souffrance qui conduit au renoncement y compris de son propre corps et finalement à l'adoption de comportements pathogènes qui aggravent une vulnérabilité souvent déjà importante aux maladies organiques et psychiques¹³.

1.2.3 Politiques publiques dans le domaine de l'exclusion

Le 29 juillet 1998, la loi n° 98-657 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (LCE) est votée, fixant dans son article premier une perspective ambitieuse : « *La loi de lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation* »

Si, pour la première fois, un dispositif législatif et réglementaire de grande envergure relevait le pari de prendre l'individu dans la globalité de ses besoins, depuis la fin des années 70 plusieurs politiques publiques s'étaient attaquées aux problèmes de pauvreté et de précarité. Bien qu'initialement prévues pour être complémentaires, ces différentes politiques semblent plutôt s'être empilées, donnant l'image d'un mille-feuilles et rendant ces dispositifs complexes et peu lisibles pour l'utilisateur. Parmi ces politiques, le développement de la politique de la ville et l'instauration du Revenu Minimum d'Insertion occupent une place particulièrement importante.

¹³ HELARDOT V., op.cit.

La politique de la ville

La politique de la ville est une politique publique contractuelle, territoriale et mettant en œuvre des actions à dominante économique, sociale et urbanistique en direction de l'ensemble de la ville.¹⁴

[Elle a pour but de lutter contre les phénomènes d'exclusion dans l'espace urbain et de favoriser l'insertion professionnelle, sociale et culturelle des populations habitant dans des grands ensembles ou des quartiers d'habitat dégradé]¹⁵.

On a coutume de citer comme point de départ de la politique de la ville les opérations Habitat Vie Sociale, apparaissant en 1977, et qui en intègrent déjà des ingrédients (transversalité, partenariat). Mais ces opérations ne se sont, pour l'essentiel, traduites que par des réhabilitations de logements.

Au début des années 80, le Développement Social des Quartiers, prémices de l'actuelle politique de la ville, propose la réhabilitation du bâti ainsi que des actions d'accompagnement social, dont la promotion de la santé. Il s'agissait de mettre en synergie un véritable réseau d'acteurs institutionnels et de terrain. Après les lois de décentralisation de 1983, le partenariat avec les collectivités locales devient progressivement un moyen essentiel de la politique de la ville.

Le début des années 90 est marqué par des lois importantes pour la politique de la ville : la loi Besson, qui a pour objectif de garantir le droit au logement, la loi de solidarité financière entre les collectivités locales, instituant une dotation de solidarité urbaine (les communes favorisées financent les communes moins favorisées), la loi d'orientation pour la ville, ayant pour objectif la répartition intercommunale harmonieuse du logement social (visant à créer une meilleure cohésion sociale et éviter les phénomènes de ségrégation).

Le XI^e plan voit l'émergence du contrat de ville comme outil principal de la politique de la ville. En avril 2001, 247 contrats de ville pour la période 2000-2006 sont signés. Ils sont à

¹⁴ BORDONNE J. Guide des politiques locales d'insertion. Dunod, 1999. 333p

¹⁵ Extrait de l'article 1 de la loi 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville.

70% intercommunaux et les conseils généraux y sont très majoritairement présents. Ces nouveaux contrats de ville incluent la santé comme l'une des priorités¹⁶.

Dans une circulaire conjointe du 13 juin 2000, la Délégation Interministérielle à la Ville (DIV) et Direction Générale de la Santé (DGS) recommandent la mise en place d'Ateliers Santé Ville qui visent au développement de programmes locaux de santé en cohérence avec les PRAPS.

Le Revenu Minimum d'Insertion est créé par la loi n° 88-1088 du 01/12/1988 (modifiée par la loi du 29/07/1992, abrogé et codifié par Ordonnance 2000-1249 21 décembre 2000)

Toute personne qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation de l'économie et de l'emploi, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. L'insertion sociale et professionnelle des personnes en difficulté constitue un impératif national. Dans ce but, il est institué un revenu minimum d'insertion. (Code de l'action sociale et des familles art L522-17)

Le RMI répond à un double objectif :

- Établir un revenu minimum permettant une existence décente pour tous
- Mettre en place les moyens d'une insertion sociale et professionnelle

Ce dispositif repose sur un partenariat entre l'État et les collectivités territoriales, l'État étant responsable de la gestion de l'allocation et le Conseil Général finançant les missions d'insertion sociale en cogestion avec l'État.

D'autres droits «connexes», dus notamment à la loi de 1992, peuvent être cités :

- Ouverture de droits automatiques à la sécurité sociale et à la couverture complémentaire maladie au titre de l'activité liée au contrat d'insertion
- Affiliation automatique à l'assurance personnelle des bénéficiaires du RMI et des membres de leur famille non couverts par un régime obligatoire d'assurance maladie. Les cotisations sont prises en charge par l'aide sociale départementale¹⁷.
- Les droits à l'allocation de logement sociale ainsi qu'à l'allocation logement et à l'aide personnalisée au logement sont ouverts aux bénéficiaires du RMI.

¹⁶ DAVID J. Politique de la ville : chronologie. *Revue française des affaires sociales*. juillet-septembre 2001n°3

¹⁷ En janvier 2000, lors de l'application de la loi sur la Couverture Maladie Universelle, les bénéficiaires du RMI ont été affiliés d'office à la CMU.

Malgré les dispositifs mis en place, la montée des phénomènes de précarité et d'exclusion n'a pu être contenue au cours des années 80. La loi portant création du RMI, n'a pas atteint les objectifs fixés, en particulier s'agissant de son volet insertion. Dans les années 90, les gouvernements reprennent à leur compte l'idée d'une loi d'ensemble, défendue depuis longtemps par les associations : le projet de loi voit le jour en 1996, sous le double pilotage de Jacques Barrot et Xavier Emmanuelli, sous le gouvernement d'Alain Juppé, mais c'est le gouvernement de Lionel Jospin qui reprend à son compte et fait voter cette loi en 1998.

La loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions est construite autour de trois objectifs :

- Garantir l'accès aux droits fondamentaux : accès à l'emploi, accès au logement, accès aux soins, exercice de la citoyenneté.
- Prévenir les exclusions : procédures de traitement des situations de surendettement, dispositions sur les saisies immobilières et interdiction bancaire, mesures relatives au maintien dans le logement, dispositions en faveur des foyers les plus modestes.
- Améliorer le fonctionnement des institutions et la coordination des acteurs par le développement de partenariats : rénovation du dispositif de formation des travailleurs sociaux, réforme des institutions sociales et médico-sociales intervenant dans la lutte contre les exclusions, mise en place d'outils de coordination, connaissance des populations et suivi des politiques.

Le volet santé de la loi est décliné dans les articles 67 à 77 et plus particulièrement l'article 71, qui instaure l'obligation de mettre en place dans chaque région un Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) et les articles 73 et 76, qui inscrivent dans le code de la santé publique (art L 6112-1 et L 6112-6) la mission sociale de l'hôpital et la création d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

Les dispositions de la loi du 29 juillet 1998 sont complétées **par la loi 99-641 du 27 juillet 1999 instaurant la création d'une couverture maladie universelle (CMU)**

La loi, votée le 27 juillet 1999 a fait l'objet de plusieurs décrets d'application et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000.

La loi CMU a été rendue nécessaire pour deux raisons essentielles :

- l'exclusion de l'accès aux soins d'un nombre croissant de personnes ne pouvant souscrire une couverture complémentaire par insuffisance de ressources
- l'échec de l'assurance personnelle et de l'aide médicale départementale, cette dernière étant source de disparités géographiques importantes selon les barèmes appliqués par les départements

La loi CMU a ainsi deux objectifs : d'une part, affilier à un régime d'assurance maladie de base les 150 000 personnes qui en étaient encore privées et, d'autre part, financer de façon plus égalitaire la protection complémentaire de plusieurs millions de personnes.

Désormais, toute personne résidant sur le territoire français, et si elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité, a droit à l'affiliation à la CMU. L'affiliation reste subordonnée au principe de contributivité à l'exception des personnes dont le revenu fiscal est inférieur à un seuil, fixé par décret (équivalent à 562€ mensuels pour une personne seule).

La loi prévoit par ailleurs une réforme de l'aide médicale par l'instauration d'une Aide Médicale d'Etat (AME), destinée à permettre, sous conditions de ressources, l'accès aux soins de personnes qui ne sont pas juridiquement en position de bénéficiaire de la CMU. Elle concerne les étrangers en situation irrégulière et les étrangers en situation régulière, mais présents depuis moins de 3 mois sur le territoire français (à l'exception de ceux à qui le délai de résidence n'est pas opposable, notamment les demandeurs d'asile).

Aucune règle de durée préalable de résidence en France n'est imposée pour bénéficier de l'accès aux soins dispensés dans un établissement de soins du service public hospitalier ou du service privé participant au service public. Un critère de résidence de plus de 3 ans est par contre imposé pour l'accès aux soins de ville.

Enfin, en juin 2001, dans le cadre de la stratégie européenne de lutte contre les exclusions, un plan national d'action contre la pauvreté et l'exclusion a été élaboré pour trois années, s'articulant autour de quatre axes mettant l'accent sur deux axes forts : le retour à l'emploi des personnes qui en sont le plus éloignées et l'accès effectif aux droits fondamentaux. Le programme interministériel précisant les actions engagées dans ce cadre constitue, en cohérence avec le plan européen, une nouvelle étape dans la politique de lutte contre les exclusions. S'agissant du droit à la santé, ce programme comporte 6 volets : renforcement des PRAPS, soutien des actions santé de la politique de la ville, développement de l'éducation pour la santé, amélioration de l'accès aux soins de santé, prise en compte des besoins de santé mentale et prise en compte des problèmes des migrants.

1.3 HAUTE SAVOIE : UN DEPARTEMENT PROSPERE FACE A L'EXCLUSION

1.3.1 Situation socio-économique¹⁸

Un département à croissance démographique forte :

Le département est partagé en deux zones : Annecy et le Genevois, à forte densité de population, le Chablais et la vallée de l'Arve, zones montagneuses plus rurales et moins peuplée (voir carte en annexe). La population est passée de 570 000 habitants en 1990 à 630 000 en 2000, soit un taux de croissance de 11%, l'un des plus importants du territoire français. La proximité de la Suisse -et les salaires confortables des frontaliers- ainsi que l'attrait exercé par les sites touristiques particulièrement nombreux -et les possibilités d'emploi saisonnier qu'ils offrent- sont à l'origine d'un flux migratoire en provenance de départements moins favorisés. Ce dynamisme démographique résulte en une proportion plus importante de la population de moins de 20 ans et une part moins importante de plus de 60 ans que dans le reste de la région Rhône-Alpes.

Un département économiquement privilégié :

Le département est découpé en 4 zones d'emploi : Annecy, le Chablais, le Genevois et la vallée de l'Arve. Même au plus fort de la crise, le taux de chômage est resté modéré (8,3%) et, d'autre part, la reprise s'est faite plus tôt qu'ailleurs.

Depuis 1997, le nombre de chômeurs a diminué de 35%, le taux de chômage est estimé à 6,6% de la population active, soit 17 800 chômeurs (contre 8,3% en Rhône Alpes et 9,6% pour la France). La part de bénéficiaires du RMI par rapport à la population active est de 2,2% soit 7000 (dont 3600 allocataires). Cette situation est plus favorable que dans le reste de la région, elle-même favorisée par rapport au niveau national (9,6%). La part d'allocataires de la Caisse d'Allocations familiales (CAF) située sous le seuil de pauvreté est estimée à 6% de la population du département

Ces indicateurs sociaux varient selon les arrondissements, celui de St Julien ayant les taux de RMI les plus élevés. Ceci s'explique en partie par l'arrivée de populations espérant trouver du travail en Suisse et se retrouvant en situation difficile dans cette zone frontalière. Par contre, l'arrondissement de Bonneville présente une situation plus favorable, la tension sur le marché du travail et un taux de chômage modéré se traduisent par un besoin plus faible en aide sociale spécifique.

¹⁸ Source des données chiffrées : Conseil Général, observatoire départemental, note synthétique, décembre 2000.

Une pénurie chronique de logements :

La présence des frontaliers (environ 28 000) a dopé le marché immobilier et provoqué une hausse importante des prix. Le département étant très touristique, le nombre de résidences secondaires y est élevé. Cela se traduit par une pénurie de logements et un coût de loyer élevé. La pénurie de logements sociaux est importante, le taux de logements sociaux varie de 11 à 12% des résidences principales, soit bien inférieur à l'objectif des 20% fixé aux communes.

1.3.2 Etablissements sanitaires et hébergement social

L'offre hospitalière de court séjour :

La Haute Savoie est tout entière intégrée au secteur sanitaire n°11 du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (qui inclut en outre le pays de Gex du département de l'Ain). Le département comprend 6 établissements publics de soins de courte durée sur 9 sites : Le Centre Hospitalier de la Région d'Annecy (CHRA), les Hôpitaux du Lemman (Thonon et Evian), le Centre Hospitalier Intercommunal d'Annemasse Bonneville (CHIAB), les Hôpitaux du Mont Blanc (Sallanches et Chamonix), l'hôpital de Saint Julien en Genevois et le centre hospitalier de Rumilly. Il existe également 5 établissements privés de soins de courte durée.

L'offre psychiatrique :

La psychiatrie générale est répartie en 7 secteurs, trois rattachés au CHRA, trois rattachés au Centre de Soins Spécialisés de La Roche sur Foron et un rattaché au centre hospitalier de Thonon. La psychiatrie infanto-juvénile est répartie en 3 inter secteurs, rattachés respectivement au CHRA, au centre de soins spécialisés de La Roche et au CH de Thonon¹⁹.

La psychiatrie non sectorisée est représentée par deux cliniques privées (Annemasse et Sévrier). L'activité ambulatoire est assurée par 12 CMP adulte et 10 CMP infanto-juvénile.

L'hébergement social :

Les CHRS sont au nombre de 7, totalisant 227 places d'hébergement. Ils sont localisés à Annecy (2), Annemasse, Bonneville, Cluses, Douvaine et Thonon. L'hébergement d'urgence comprend 15 structures de nuit, totalisant 153 places et 3 structures d'accueil de jour. Le dispositif d'accueil des demandeurs d'asile comprend 155 places d'urgence et 117 places de Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA).

¹⁹ La Haute Savoie présente un taux d'équipement plus faible que le reste de la région, retard lié à l'implantation tardive de la psychiatrie publique dans le département.

Le dispositif de veille sociale est opérationnel depuis janvier 2002, il est géré par une association (Les Trois Fontaines).

1.3.3 Populations en situation de précarité

L'étude du Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire (CAREPS), menée en 1999 dans le cadre du diagnostic préalable à la mise en place du PRAPS, tente une classification de ces populations en deux grands ensembles²⁰ :

- Les personnes « précarisées » : il s'agit des populations dont les ressources sont limitées : bénéficiaires du RMI ou de minima sociaux, travailleurs saisonniers, familles sur-endettées. A cette première catégorie peuvent être rattachés les travailleurs migrants, concentrés dans certaines parties du département, avec le problème particulier de la prise en charge du vieillissement de ces populations. Une partie de ces personnes subit, sur de nombreux dispositifs d'aide, les effets de seuil en raison de ressources dépassant de peu le plafond pour l'attribution d'aides. En outre, le coût de la vie particulièrement élevé dans ce département, est un facteur de fragilisation supplémentaire.
- Les personnes marginalisées : surtout présentes dans l'agglomération d'Annecy et dans les villes du bord du lac Léman, il s'agit de populations d'"errants" (attirent des zones touristiques) et de populations locales en exclusion. On peut rattacher à cette catégorie les gens du voyage et les étrangers en situation irrégulière.

Hormis les allocataires des aides sociales et les chômeurs, il est difficile de chiffrer cette population. S'agissant cependant de l'accès aux soins, une indication est apportée par les données présentées dans le rapport du CAREPS sur les bénéficiaires de l'aide médicale. Avant la mise en place de la CMU, dans le cadre de l'aide médicale départementale, la carte solidarité santé, dispensant de l'avance de frais en cas de soins à domicile, était attribuée aux bénéficiaires du RMI, de l'allocation veuvage et aux assurés sociaux en situation de précarité. L'aide médicale d'État était accordée aux personnes sans résidence stable et aux demandeurs d'asile. Le nombre de bénéficiaires de la Carte Solidarité Santé en 1999 s'élevait à 15 786, essentiellement localisés à Annecy et Annemasse. Le nombre de bénéficiaires de l'aide médicale d'État était de 685, localisés à Annecy ou sa périphérie.

²⁰ Dans leur rapport, les experts du CAREPS qui ont mené cette étude, mentionnent toutefois que cette classification peut être perçue comme arbitraire, les situations très hétérogènes des personnes permettant mal de les « classer ».

1.3.4 Le PRAPS Rhône Alpes et sa déclinaison départementale

Des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (P.R.A.P.S.) sont rendus obligatoires par la loi du 29 juillet 1998 (LCE). Ces programmes, ont pour objectif l'amélioration de la santé des personnes les plus démunies, à travers la mise en place d'actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi au niveau départemental.

Le PRAPS Rhône Alpes, validé par le comité régional, a été établi à partir d'analyses départementales préalables de la situation des personnes démunies. Ses objectifs traitent de l'accessibilité à la prévention et aux soins et visent la réduction des difficultés liées aux structures, aux dispositifs, aux droits, aux pratiques professionnelles et aux usagers eux-mêmes, selon six axes d'actions prioritaires :

- La prévention, la promotion de la santé et l'éducation pour la santé
- L'offre de soins
- La santé mentale, incluant la souffrance psychique
- L'accès aux droits
- Le travail en réseau des professionnels
- L'information et la communication.

Le volet départemental du PRAPS pour la Haute-Savoie se décline suivant quatre des objectifs régionaux²¹ :

1/ Faire de l'ouverture et du maintien des droits un temps de la démarche de santé pour les populations en situation de précarité. Mettre en place un système partenarial d'organisation et de suivi de la mise en œuvre de la CMU

2/ Faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité au plus près du droit commun d'ici 2003.

3/ Mieux prendre en compte la souffrance psychologique des personnes en situation de précarité et des exclus.

4/ Adapter l'offre de prévention aux besoins du public en situation précaire en matière de promotion de la santé et en matière de dépistage.

Le premier PRAPS arrive à échéance fin 2002 et le processus d'élaboration du PRAPS de deuxième génération va débuter durant le second semestre de 2002. Des actions d'évaluations sont en cours dans le département : évaluation des PASS et évaluation des actions développées en vallée de l'Arve par l'infirmière de santé publique (poste d'interface).

²¹ PRAPS Rhône Alpes, volet départemental de la Haute Savoie 2000-2003.

2 - DES CONSTATS AUX ACTIONS

2.1 AVANCEES ET FREINS VERS L'ACCES AUX SOINS

2.1.1 L'accès aux droits, condition indispensable pour améliorer l'accès aux soins

2.1.1.1 La mise en place de la CMU et de l'Aide Médicale d'Etat (AME)

La mise en place de la CMU s'est faite dans le département en janvier 2000. Les assurés volontaires, les personnes bénéficiant de la carte solidarité santé et les bénéficiaires du RMI au 31 décembre 99 ont vu leurs droits automatiquement prolongés dans le dispositifs CMU. Au 31/12/2001, on compte dans le département un total de 25 097 bénéficiaires. Les données comparatives entre la fin de l'année 2000 et la fin de l'année 2001 sont présentées dans le tableau 1.

**Tableau n°1 : CMU – Nombre de bénéficiaires (assurés + ayant droit)
et évolution entre 2000 et 2001**

	décembre 2000	décembre 2001
base seule sans cotisation	651	1 804
base + compl sans cotisation	4 689	4 235
base seule avec cotisation	6 321	5 186
base + compl avec cotisation	47	34
complémentaire seule	18 077	13 838
Total	29 785	25 097

Source : CPAM

Les personnes automatiquement rattachées à la CMU en janvier 2000 ont vu leurs droits prolongés jusqu'en juin 2001. La révision de ces droits est la cause de la baisse du nombre total de bénéficiaires entre 2000 et 2001. Le nombre de bénéficiaires de la CMU de base non soumis à cotisations est, par contre, en augmentation.

En 2001, une aide temporaire à la mutualisation a été mise en place par la CPAM pour tout nouveau demandeur de CMU complémentaire dont les revenus seraient situés entre 3601FF (549€) et 4000FF (610€), dans l'attente des mesures prévues par le gouvernement en 2002. Elle permet d'obtenir une aide de 75FF (11,5€) par mois et par personne couverte, pour le financement de la cotisation à un organisme complémentaire.

S'agissant de l'Aide Médicale d'Etat, en décembre 2001, le nombre de bénéficiaires s'élevait à 238 personnes, dont 164 assurés et 74 ayant-droit.

Il reste que, pour avoir accès aux droits, il faut avoir l'information que ces droits existent et avoir envie de faire la démarche pour leur ouverture. Ceci, malgré les procédures simplifiées d'accès à la CMU, peut constituer un obstacle difficilement surmontable pour certains publics : en 2001, un quart des personnes reçues par les PASS du département n'avaient aucune couverture sociale et un autre quart n'avait pas d'assurance complémentaire, alors que la mise en place de la CMU a été effective dès janvier 2000.

2.1.2 L'accès aux droits : condition indispensable mais pas suffisante pour améliorer l'accès aux soins

Si l'accès aux droits est une condition nécessaire, voire indispensable, pour accéder aux soins, peut-on pour autant en déduire que l'accès aux soins découlera systématiquement de sa mise en place?

L'étude du CAREPS citait les difficultés pouvant limiter cet accès aux soins, les classant en deux grandes catégories : les difficultés liées aux insuffisances de l'offre et celles liées aux personnes elles-mêmes. Ce classement est sans doute réducteur mais permet d'appréhender les « points faibles » sur lesquels il faudra agir et les éléments à prendre en compte pour mesurer l'efficacité des actions mise en place.

➤ Les difficultés émanant des insuffisances de l'offre de soins ou des dispositifs d'aide :

Bien que des études précises ne soient pas disponibles, la plupart des acteurs de terrain mentionnent une avancée importante due à la CMU, en dépit de certaines lourdeurs administratives. Il est ajouté toutefois que la prise en charge de certains soins reste insuffisante (par exemple pour les soins dentaires et optiques). Par ailleurs, si la CMU a permis à des personnes qui en étaient jusqu'alors totalement dépourvues, de bénéficier d'une couverture sociale, les effets de seuil restent un problème pour les personnes ayant des revenus légèrement supérieurs aux seuils d'attribution de la CMU²².

²² . Il faut ici préciser qu'en Haute Savoie, l'aide médicale départementale de droit commun (sur décision des commissions cantonales) était attribuée avec des conditions de ressources plus avantageuses que celles régissant l'attribution de la CMU.

Le nombre de médecins libéraux exerçant en Haute Savoie en janvier 2001 est de 727 généralistes et 470 spécialistes soit des densités respectives pour 100 000 habitants de 115 (moyenne française 110) et 74 (moyenne française = 84)

Tableau 2 : Répartition des généralistes et spécialistes par catégorie – Haute Savoie – Année 2001							
	Secteur 1	Secteur 2	DA	Hors Convention	TOTAL	Proportion en S1	Proportion hors S1
Généralistes	503	184	0	22	709	70.9%	29.1%
ORL	4	17	0	0	21	19.0%	81.0%
Dermatologues	7	22	0	0	29	24.1%	75.9%
Ophthalmologues	16	24	0	1	41	39.0%	61.0%
Pédiatres	15	11	0	0	26	57.7%	42.3%
Psychiatres (adultes)	41	24	0	0	65	63.1%	36.9%
Gastro entérologues	16	9	0	0	25	64.0%	36.0%
Gynéco-obstétriciens	43	18	1	0	62	69.4%	30.6%
Rhumatologues	15	4	2	0	21	71.4%	28.6%
Pneumologues	13	1	0	0	14	92.9%	7.1%
Chir.-dentistes	476	0	1	1	478	99.6%	0.4%
Chir.-dentistes ODF	23	0	0	0	23	100.0%	0.0%

DA : dépassements autorisés d'honoraires ODF : orthodontistes

Source : site CNAM – annuaire de professionnels de santé

La répartition par catégorie des médecins libéraux en Haute-Savoie est présentée dans le tableau n°2. Un tiers des généralistes et deux tiers de certains spécialistes sont en secteur 2, ce qui restreint l'offre de soins à tarif conventionné. D'autre part l'insuffisance de l'offre dans certaines spécialités limite également l'accès aux soins : la durée moyenne nécessaire à l'obtention d'un rendez-vous chez un ophtalmologue est de 6 mois, l'accès à un Centre Médico-Psychologique (CMP) nécessite plusieurs mois d'attente. Ces délais sont difficilement supportables par des personnes qui vivent dans la résolution immédiate de problèmes.

*« Si on dépiste un problème de vue chez un nourrisson, il faut plusieurs mois pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologue, c'est impossible pour certaines mamans... Si personne n'est là pour le leur rappeler, l'enfant ne sera pas traité »
(assistante sociale)*

La réticence de certains professionnels à recevoir ces populations est également mentionnée dans l'étude du CAREPS²³. Les arguments rapportés sont divers : perturbation de l'organisation des consultations, non-respect des rendez-vous, crainte d'une modification de typologie de la clientèle, de fuite de la clientèle habituelle, d'une dévalorisation de leur activité... Les résultats globaux de cette enquête masquent des différences d'approche selon les types de professionnels enquêtés²⁴, aussi est-il intéressant d'analyser les réponses par type de professionnels : il apparaît alors que près de 2/3 des généralistes et spécialistes disent ne pas voir d'obstacle à l'accueil des personnes défavorisées, alors que les dentistes mentionnent plus fréquemment des réticences.

Ces résultats sont à mettre en relation avec ceux d'études menées dans d'autres départements : une enquête réalisée dans les Bouches du Rhône²⁵ auprès de 434 médecins généralistes ne retrouve pas de réticences déclarées par ceux-ci à la prise en charge des populations défavorisées.

Lors des entretiens, les acteurs sociaux de terrain ou les infirmières d'interface rapportent toutefois que ce sont fréquemment les mêmes professionnels de santé qui accueillent ces personnes et craignent de voir s'éteindre leur bonne volonté s'ils sont trop souvent sollicités. Par ailleurs des cas de refus de recevoir des patients ayant la CMU sont mentionnés par les travailleurs sociaux, surtout pour les prothèses dentaires et l'optique.

Les insuffisances émanant des personnes elles-mêmes :

La santé n'est généralement pas perçue par les populations démunies comme une priorité face à la multiplicité des autres problèmes auxquels il faut faire face. Le recours aux soins est souvent différé jusqu'à ce qu'il soit impossible de faire autrement.

L'utilisation des structures de droit commun, si elle apparaît comme une option éthiquement satisfaisante, suppose cependant une démarche de soins conforme à celle qui est prônée par les professionnels de santé pour l'ensemble de la population. Or, le rapport à la santé des personnes des milieux les plus pauvres est parfois très éloigné de ces préconisations, ce qui d'ailleurs peut être source d'incompréhension entre deux mondes qui ne fonctionnent pas sur les mêmes logiques.

²³ CAREPS, Enquête menée auprès de professionnels libéraux de santé, décembre 1999.

²⁴ 155 médecins généralistes, 97 spécialistes, 55 pharmaciens et 106 dentistes

²⁵ VIAU A, MORIN M, SOUZY AM, OBADIA Y : Connaissances, attitudes, pratiques et représentations des médecins généralistes face aux populations défavorisées. ORS PACA – Conseil général des Bouches du Rhône / Insertion, Marseille, 1997.

Chez les publics les plus marginalisés, peu se plaignent d'ailleurs de problèmes de santé. Il existe dans la littérature de nombreux témoignages à ce sujet. A titre d'exemple, on peut reprendre un constat de F. CHOBEAUX²⁶, s'agissant de la santé des jeunes en errance :

Peu d'entre eux se préoccupent de se faire soigner ou de faire traiter des problèmes qu'ils connaissent et dont ils souffrent [] C'est comme si une préoccupation globale et active pour leur propre santé portait sur un sujet à la fois si complexe, si impliquant, et exigeait une telle projection dans le temps, que leur intérêt ne pouvait aller que vers ce qui peut être immédiatement résolu, que vers ce qui leur paraît donc le plus simple.

Le refus des soins peut également participer d'une démarche « active » des personnes vivant dans l'exclusion qui, victimes de l'indifférence collective, essayent de s'y rendre indifférents :

A une société qui les méprise assez pour ne pas leur faire de place, ils font le coup du mépris en refusant des soins qu'ils voient comme des cache-misère destinés à les faire passer pour malades alors qu'ils savent bien qu'ils sont d'abord des maltraités sociaux. Pour qu'ils changent de point de vue, et acceptent les soins dont ils ont souvent besoin, nous devons comprendre avant de les aborder qu'on peut souffrir à en mourir sans être malade : il suffit d'être exclu²⁷.

Les professionnels rencontrés en entretien durant cette étude font les mêmes constats :

« ... Cet homme, à son arrivée au CHRS boitait un peu. Il disait cependant que cela n'était pas grave. C'est au bout d'une semaine que, son voisin de lit se plaignant de l'odeur dégagée lorsqu'il ôtait ses chaussettes, il a accepté de nous montrer son pied dont deux orteils étaient gangrenés » (directeur de CHRS)

Ces observations conduisent à encourager les démarches d'accompagnement aux soins, de présence médicale dans les lieux de contact avec ces personnes, afin d'établir la confiance nécessaire qui amènera à une démarche de soins. C'est bien à ce niveau que se situent les missions des infirmiers d'interface.

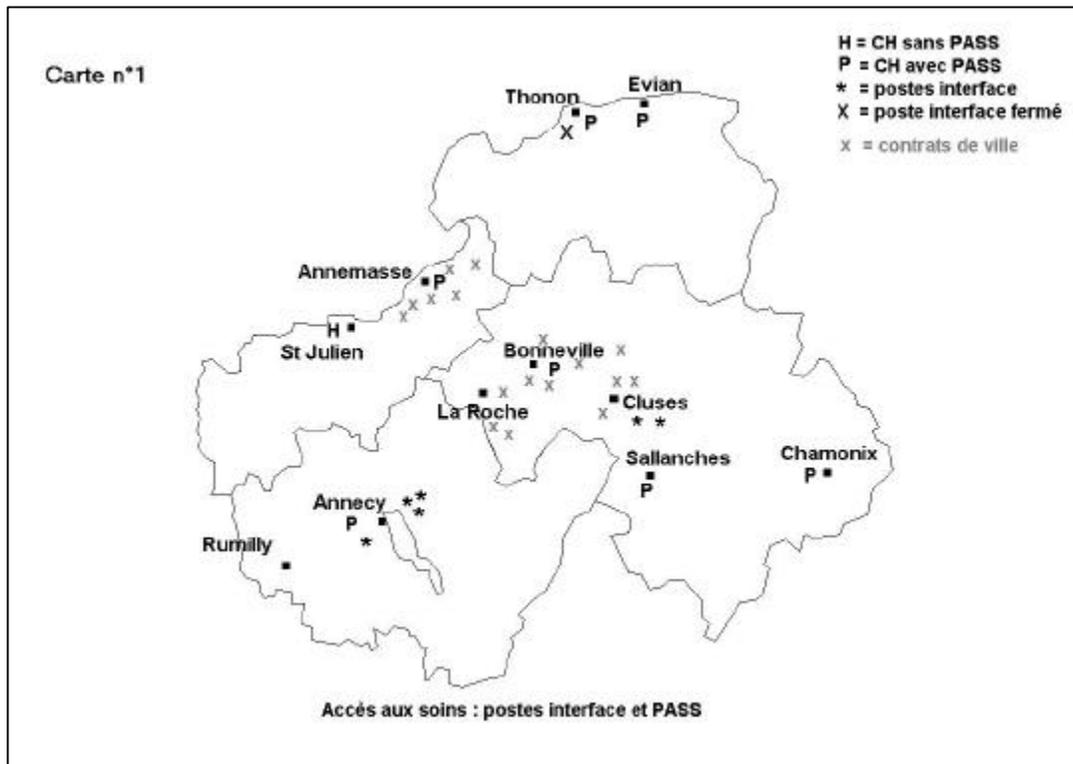
²⁶ CHOBEAUX F. : *Les nomades du vide*. Arles : Acte Sud.1996. 127p.

²⁷ MAISONDIEU J. , *De l'exclusion pathogène au syndrome d'exclusion*, in Rhizome, n°4, mars 2001.

2.2 DISPOSITIFS POUR UN ACCES EFFECTIF AUX SOINS

2.2.1 Des réponses locales : les postes interface, vers l'accompagnement aux soins

Depuis 1995, des postes dits « d'interface socio-sanitaire » ont été créés en Haute Savoie. Ces postes, quoique situés dans des contextes différents, ont tous un objectif commun : l'accompagnement des personnes en difficultés dans leurs démarches d'accès à la prévention et aux soins vers les dispositifs de droit commun. Dans le cadre de la mise en place du PRAPS 2000-2003, le développement de ces postes d'interface fait l'objet d'une fiche action. Concourrant à l'atteinte de l'objectif spécifique « faciliter l'accès aux structures de soins », les objectifs opérationnels cités dans cette fiche, restent cependant assez flous (engager une réflexion) et laissent apparaître une interrogation sur la nécessité du développement de ces postes. Les actions menées dans le cadre de ces postes font l'objet d'un suivi par le comité de pilotage du PRAPS.



Les postes existant ou ayant existé sont décrits dans le tableau n°3, qui synthétise les principales spécificités : employeur, financements, populations cibles. La répartition géographique de ces postes est présentée sur la carte n° 1

Tableau n°3 : caractéristiques des postes d'interface socio sanitaires de Haute Savoie

Site de travail de l'infirmier(e)	Date de création	Publics touchés	Employeur	Financement	observations
Accueil Médical Gratuit	1989	Demandeurs d'asile Grande précarité	Infirmière vacataire du conseil général (1/2 temps)	Conseil général	Ce poste est occupé par la même infirmière depuis son ouverture
Accueil de jour Thonon	1996	Grande précarité	Détachée par hôpital auprès de la Margelle (gérée par la FOSC jusqu'en 2000)	DDASS	Fermé en 2000 (problèmes de fonctionnement de l'accueil de jour)
P.M.S.I.(Annecy)	1995	Accueils d'urgence et CHRS	Employée par l'association St François	¾ temps DDASS ¼ temps FNPEIS	Poste resté vacant durant deux fois 6 mois entre mars 2000 et février 2002
Herminette (Annecy)	1996	SDF, personnes en errance, squatters	Détaché de l'hôpital, mis à disposition de l'association St François	CHRA	Locaux fournis par la ville, éducateur de l'équipe pris en charge par le CHRS
Foyers Sonacotra d'Annecy	1998	Personnes hébergées en foyers SONACOTRA	Employée par association Trois Fontaines	½ temps DDASS ¼ temps FNPEIS	Inséré dans service de médiations sociales (financé par Conseil Général)
Moyenne vallée de l'Arve (Cluses)	1998	Population précarisée, RMIstes	Détachée du CHIAB	CHIAB	Bureau et moyens de communication financés par le Conseil Général
Foyers ALAP (Cluses)	2001	Personnes de plus de 60 ans en foyers ALAP et AATES	Employée par SSIAD, mise à disposition ALAP	DDASS pour ½ temps SSIAD ½ temps PRAPS	Intervention dans 3 foyers ALAP et 1 foyer AATES

AATES : association d'accueil aux travailleurs, étudiants et stagiaires / **ALAP** : association logement accueil promotion / **CHIAB** : centre hospitalier intercommunal d'Annemasse Bonneville / **CG** : Conseil Général / **CHRA** : centre hospitalier de la région d'Annecy / **DDASS** : direction départementale des affaires sanitaires et sociales / **FNPEIS** : Fonds national de prévention, éducation et information en santé / **PMSI** : permanence médico sociale itinérante / **SSIAD** : service de soins infirmiers à domicile

Les postes mentionnés ont tous comme point commun la mission principale d'accompagner les personnes en difficulté vers un accès aux soins en privilégiant l'accès au droit commun. Ils ont cependant des particularités liées au contexte dans lequel ils évoluent. Ces spécificités sont fonction des publics ciblés, des modes de fonctionnement et des financements.

Les publics pris en charge : Le poste de la permanence médico-sociale itinérante (PMSI), le centre d'écoute d'urgence l'Herminette d'Annecy et l'accueil médical gratuit accueillent ou prennent en charge une population en situation de grande précarité et en rupture plus ou moins importante avec la société : personnes en errance, étrangers en situation irrégulière, SDF, personnes hébergées en CHRS.

Le poste du service de médiations sociales de la Sonacotra (Annecy) et l'infirmière des foyers ALAP (Cluses) prennent en compte une population essentiellement composée de travailleurs migrants et plus particulièrement des personnes vieillissantes.

Le poste de la permanence médico-sociale de la moyenne vallée de l'Arve (Cluses) : il s'agit ici d'une population plutôt constituée de personnes "précarisées" (RMIstes, chômeurs en fin de droits, familles sur-endettées, saisonniers...).

Les financements : si les salaires de deux d'entre eux, infirmiers détachés de l'hôpital, sont actuellement sur des financements pérennes (ARH), les autres sont financés en partie par la DDASS et en partie par l'URCAM, sur des crédits non pérennes, et dans le cadre de conventions avec des associations. Par ailleurs le Conseil Général finance le fonctionnement (bureau et déplacements) de l'infirmière de la moyenne vallée de l'Arve, le service de médiation sociale où est situé le poste d'interface des foyers Sonacotra et le poste de l'accueil médical gratuit d'Annecy.

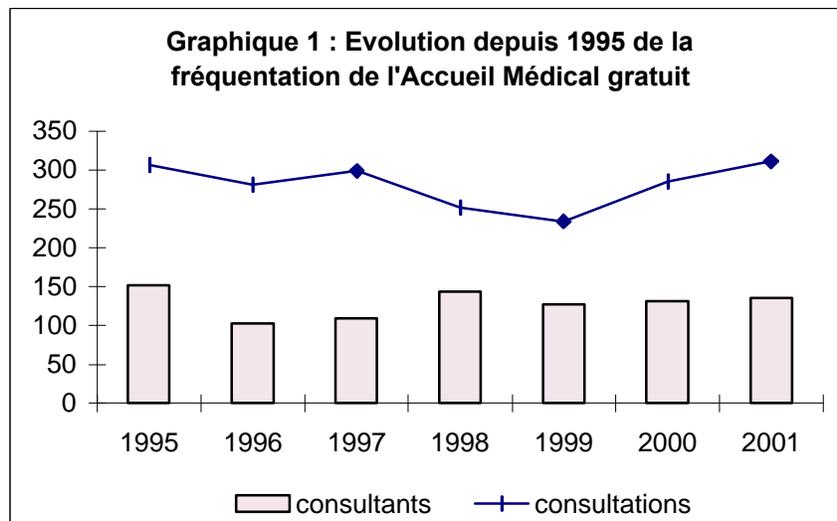
Les sites et modes d'intervention : Les postes sont répartis entre Annecy et la moyenne vallée de l'Arve. Il n'existe pas de poste dans le bassin genevois (Annemasse et St Julien) et le poste de Thonon a été fermé en mai 2000 lors de la fermeture de l'accueil de jour. Le mode de fonctionnement privilégie la présence au plus près des publics visés : consultations dans les résidences et visites dans les lieux de passage. L'infirmière de santé publique de la moyenne vallée de l'Arve se déplace également parfois à domicile. Tous font très peu de soins (à l'exception de l'accueil médical gratuit qui organise des consultations médicales fonctionnant avec des médecins bénévoles) mais axent leurs interventions sur l'accompagnement vers les structures de droit commun.

2.2.2 Postes d'interface : quels résultats au regard des missions ?

Le poste d'infirmière de l'accueil médical gratuit du Conseil général :

L'accueil médical gratuit est ouvert une matinée par semaine pour des consultations. En moyenne une dizaine de personnes sont vues à chaque permanence. La fréquentation est relativement stable depuis plusieurs années, soit entre 250 et 300 consultations par an représentant environ 150 consultants.

Durant l'année 2000²⁸, un tiers des consultants était composé de demandeurs d'asile et étrangers en situation irrégulière²⁹. Deux tiers des consultants sont des hommes, toutes les tranches d'âge sont représentées. Le recours semble essentiellement ponctuel, 85% des consultants n'étant venu qu'une seule fois. Par contre, en dehors des consultations, l'accueil médical est fréquenté par des personnes venant pour des entretiens sociaux et amicaux (82 personnes en 2000).



En plus des activités de soins et d'orientation médicale, l'infirmière fait le lien avec les services sociaux, s'occupe du suivi des droits sociaux et aide aux formalités de restauration des droits (cartes de séjour, CMU). Elle coordonne son activité avec l'infirmière de la permanence médico-sociale itinérante. Depuis le départ de cette infirmière, elle fait le tour des structures d'accueil (accueil de jour et abri de nuit).

²⁸ Le rapport 2001 n'étant pas diffusé, les données présentées sont celles du rapport 2000.

²⁹ En 2001, la proportion de demandeurs d'asile et étrangers en situation irrégulière est passée à 84%.

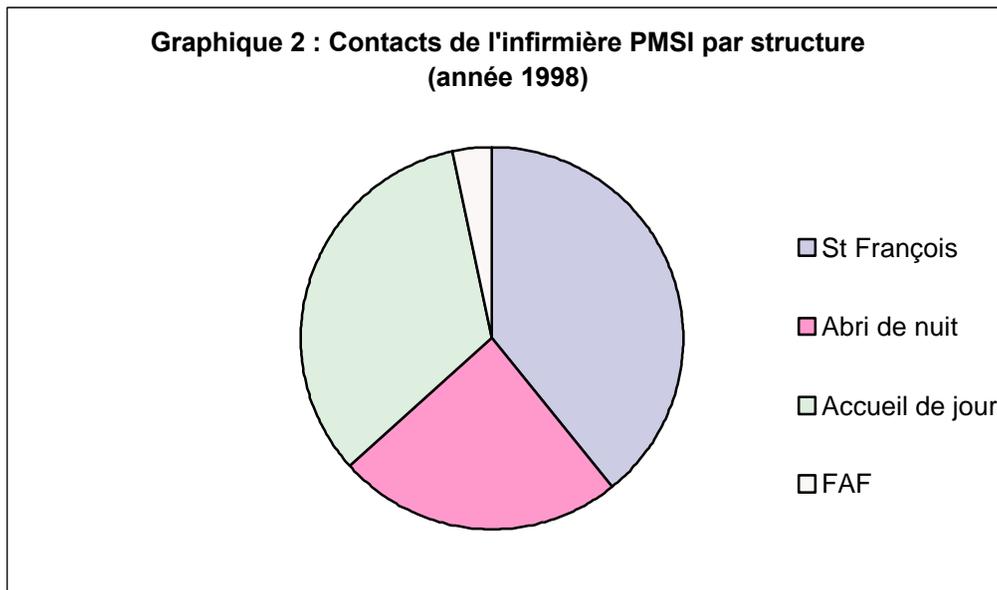
Le poste d'infirmière de la Permanence médico-sociale itinérante (PMSI) :

L'activité de l'infirmière est répartie entre 4 structures :

- Foyer d'accueil féminin (9 chambres)
- Centre d'accueil de jour (passage de 50 à 80 personnes par jour)
- CHRS St François (49 lits)
- Abri de nuit St Christophe (36 lits)

Les permanences ont lieu 4 après-midi par semaine entre 14 heures et 21 heures à raison d'1h30 en moyenne par structure.

L'analyse de l'activité de 1995 à 2001 s'avère difficile par manque de standardisation des données rapportées dans les rapports d'activité. Les tendances présentées ici sont issues du rapport d'activité de 1998, dernier rapport dont les données chiffrées sont exploitables.



Les contacts annuels s'élèvent à 1618, représentant 355 personnes. Les contacts ayant lieu dans les sites d'accueil d'urgence représentent 56% du total.

Le ratio homme/femme est de 5 et le nombre de contacts moyen est plus faible pour les femmes que pour les hommes. Selon le rapport de l'infirmière, les femmes semblent plus autonomes que les hommes pour engager une démarche de soins.

Sur les 355 personnes rencontrées, l'alcoolisme représente un problème important (une personne sur quatre) et largement nié : en 1999, sur les 83 personnes souffrant d'alcoolisme, seules 27 ont fréquenté une consultation d'alcoologie et 14 ont fait un sevrage volontairement.

Les consultations de l'infirmière se répartissent comme présenté dans le tableau 4 :

Tableau 4 : Répartition des consultations par type de service (année 1998)

Soins	Suivi médical	Orientation médicale	Ecoute	Aide administrative	Visites à domicile
31%	33%	13%	17%	3%	3%

Source : rapport de l'infirmière PMSI.

Une fois sur trois la consultation auprès de l'infirmière est l'occasion d'un soin (petit pansement, traitements symptomatiques). Une fois sur huit, la nécessité d'un recours médical est identifié par l'infirmière.

Dès 1999, la population des jeunes de moins de 25 ans a été ciblée, avec proposition d'un bilan systématique à l'entrée en CHRS (démarche à laquelle ont adhéré les ~~les~~ jeunes).

Le rapport d'activité de l'année 1999 met en évidence une augmentation des contacts dans les sites d'accueil d'urgence (+30% par rapport à 98). Cette augmentation est due à une fréquentation accrue de ces centres et au maintien de leur ouverture en été, mais également à l'augmentation de la fréquentation de ces structures par les étrangers solliciteurs d'asile.

Les rapports d'activités disponibles montrent que la mise en œuvre des démarches de santé nécessite un temps important consacré à « l'apprivoisement » des personnes. La présence médicale sur les lieux de passage des personnes et le travail d'équipe avec les travailleurs sociaux, ainsi que le développement d'un partenariat (centre d'alcoologie, CMP, dispensaire antituberculeux, accueil médical gratuit...) sont indispensables.

Le centre d'écoute d'urgence l'Herminette :

Les rapports d'activité disponibles sont riches en données qualitatives mais comprennent peu de données chiffrées standardisées permettant une quantification de l'activité.

➤ L'accueil dans le local de l'Herminette :

De 1998 à 2001 : la fréquentation est restée à peu près stable, aux alentours de 40 passages par jour³⁰. La composition du groupe est majoritairement masculine (4 hommes pour 1 femme). Les personnes fréquentant le local sont de plus en plus jeunes, la tranche d'âge des 18-25 ans représentant 70% des utilisateurs en 2000 contre 30% en 1997.

³⁰ passages pour un instant, pour boire un café, pour discuter, mais ne donnant pas nécessairement lieu à une prise en charge par l'infirmier

Les rencontres avec de nouvelles personnes, qui se faisaient initialement en soirée lors des interventions de rue, se font de plus en plus fréquemment à l'Herminette (7 contacts sur 10), signe d'une reconnaissance de la structure.

La durée moyenne de fréquentation de l'Herminette s'est accrue depuis 1997 et 40% des usagers viennent depuis plus de 2 ans.

La part des personnes en grande difficulté psychologique ou de celles ayant des conduites addictives (alcool, drogue) s'est accrue depuis 1997. Selon l'équipe d'encadrement, cette augmentation ne traduit pas fatalement une dégradation des situations mais est plutôt liée à un meilleur reflet de la réalité et à mettre en rapport avec le rajeunissement des populations.

La pédagogie de groupe est la base du fonctionnement de l'Herminette qui rend ce lieu particulier : l'Herminette « *appartient aux usagers* » et la gestion en est assurée par le groupe (équipe d'encadrement et usagers) qui définit des règles d'éthique et de fonctionnement (par exemple l'interdiction de l'alcool et des drogues dans le local et devant le local, entretien des locaux par les usagers).

➤ Les tournées du soir :

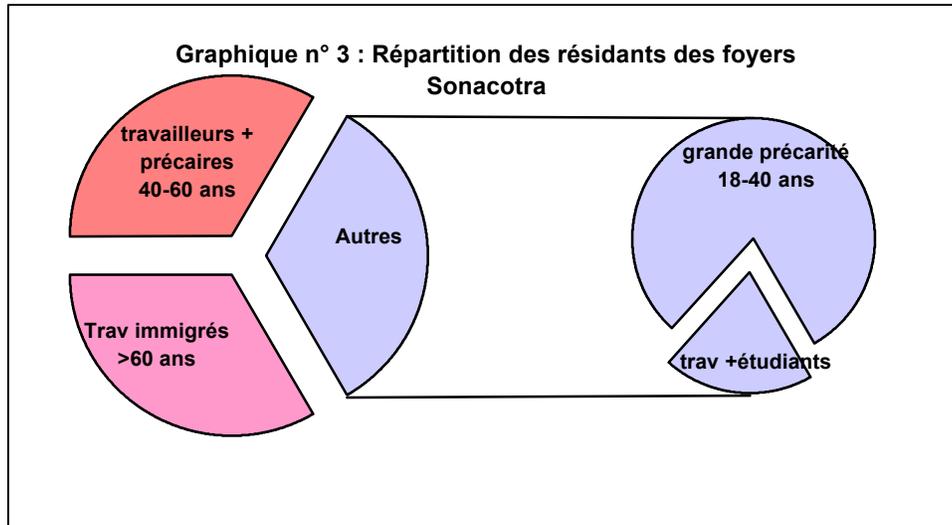
L'équipe va à la rencontre des personnes dans la rue et dans les squats. Le nombre de rencontres n'a pas beaucoup varié depuis 1997, restant aux alentours de 1600 contacts par an.

Le champ d'action de l'infirmier concerne 3 domaines : l'orientation (vers la psychiatrie, vers les médecins de ville, vers des cabinets dentaires), l'accompagnement (vers l'accueil médical gratuit pour les personnes sans couverture sociale, vers les urgences) et les soins (petites plaies, maux de tête, maux de dents). Un point particulier doit être souligné s'agissant des soins apportés aux chiens, qu'il est nécessaire de prendre en compte dans la prise en charge des personnes (3 personnes sur 10 ne se rendent pas à un rendez-vous médical car la garde du chien ne peut pas être assurée).

Le poste du service de médiations sociales de la Sonacotra (Annecy) :

Environ 1200 personnes vivent dans les résidences Sonacotra de Haute Savoie. La répartition des résidents est représentée sur le graphique n°3. La population importante de travailleurs immigrés de plus de 60 ans (30%) s'accompagne de problèmes liés au vieillissement et leur prise en charge dans ces foyers. Près de 70% de ces travailleurs immigrés vieillissants sont originaires du Maghreb.

La population de moins de 40 ans vivant dans ces foyers est essentiellement composée de personnes très marginalisées.



Les grands axes de travail établis par l'infirmière sont les suivants :

- Accroître et renforcer les réponses s'adressant aux personnes concernées par une dépendance : les actions ont surtout été développées autour de la dépendance à l'alcool : mise en place d'ateliers, de groupes de parole, accompagnement au centre d'alcoologie.
- Favoriser la rencontre entre le social et la psychiatrie : selon les secteurs les actions sont plus ou moins développées, allant d'actions spécifiques et de mise en place de partenariats (permanence d'écoute d'infirmières psychiatriques ou facilité d'accès à la psychiatrie ambulatoire) à des relations plus épisodiques (conseils téléphoniques en cas de besoin). Un travail de coordination autour de personnes nécessitant une prise en charge psychiatrique avec les équipes des unités d'hospitalisation permet à ces personnes de continuer à vivre dans la résidence.
- Développer et entretenir l'interface avec les partenaires médico-sociaux : relations avec les professionnels libéraux et établissements médicaux et action de dépistage systématique de la tuberculose avec le dispensaire antituberculeux du Conseil Général. Les habitants des quartiers de localisation des résidences ont pu également profiter de cette action de dépistage s'ils le souhaitaient.
- Mise en place à partir de septembre 99, d'un point info santé hebdomadaire permettant un contact individuel et des actions d'informations et de prévention.

→ Organisation de sessions d'information/formation des personnels et partenaires en contact avec les résidents afin d'adapter au mieux les actions de prévention en direction des résidents et d'améliorer la compréhension et l'approche de ces publics. Ces actions se font en partenariat avec le service de maladies infectieuses de l'hôpital d'Annecy, le service des actions de santé du Conseil Général, l'ADES, Migration Santé et la DDASS.

Le poste de la permanence médico-sociale de la moyenne vallée de l'Arve (Cluses) :

L'infirmière de santé publique de la moyenne vallée de l'Arve a été recrutée en avril 1998 à la suite d'une demande formulée par les assistantes sociales de secteur et par la Commission Locale d'Insertion (CLI) qui se trouvaient confrontées aux difficultés face aux problèmes de santé et d'accès aux soins des personnes en situation précaire et des bénéficiaires du RMI.

Afin d'évaluer les difficultés d'accès aux soins et de faire des propositions d'action, l'infirmière a réalisé, durant les 6 premiers mois de sa prise de fonction, un état des lieux par entretien auprès de professionnels du sanitaire et du social, de groupes de personnes en situation de précarité, d'élus, de gendarmes, d'associations, de personnel administratif.

Les propositions issues de ce rapport comportaient plusieurs axes :

- Améliorer l'information sur l'accès aux droits
- Améliorer l'accueil des personnes en difficulté par les professionnels
- Améliorer la complémentarité par la constitution d'un réseau local
- Développer les démarches actives vers les personnes en précarité et développer des activités permettant d'améliorer l'estime de soi de ces personnes (ateliers, sport, créations artistiques...)

La mission principale de l'infirmière est d'accompagner les personnes en difficulté dans leurs démarches de soin. L'accompagnement est réalisé sur la base d'une définition des priorités de santé en concertation avec la personne. La demande d'accompagnement est faite par les travailleurs sociaux, les professionnels chargés de l'Accompagnement Social Individualisé (ASI) ou dans le cadre d'un contrat d'insertion RMI.

Durant l'année 2000, l'accompagnement a concerné 96 personnes. Les problèmes principaux sont les troubles psychiques (1/3) et la dépendance à l'alcool (1/4).

Ces accompagnements peuvent se limiter à une seule rencontre (mise en relation avec un professionnel médical) ou s'étaler sur une durée beaucoup plus longue (jusqu'à une année).

L'information en santé est réalisée dans le cadre d'ateliers (atelier citoyen, animé par des travailleurs sociaux) ou de groupes (travail sur les dépendances par exemple).

Le développement et la coordination d'un réseau médico-social est l'autre volet de la mission de l'infirmière. Ce réseau a pour objectif de mieux se connaître entre professionnels pour une meilleure prise en charge globale des personnes en difficulté médico-sociale. Ce réseau est fonctionnel depuis décembre 2000 et ses membres se réunissent chaque mois.

Dans le cadre de l'évaluation du PRAPS de première génération, une évaluation des actions menées en moyenne vallée de l'Arve est en cours.

Le poste d'infirmière auprès des foyers de travailleurs migrants de la moyenne vallée de l'Arve :

L'infirmière est en poste depuis juillet 2001. Les deux missions de cette infirmière sont d'une part une mission de soins auprès des résidents de plus de 60 ans, relevant d'un service de soins infirmiers à domicile et, d'autre part, une mission de prévention et coordination.

Un premier bilan d'activité a été présenté au bout de 6 mois au comité de pilotage.

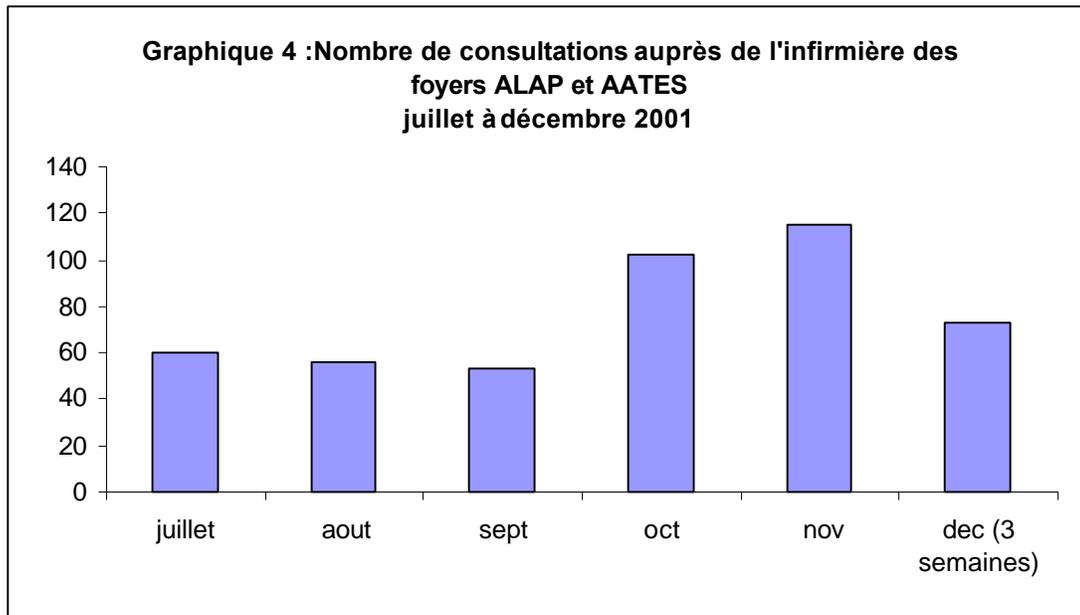
Ce premier bilan est essentiellement axé sur la mission de soins, les activités en relation avec la mission de coordination nécessitant un temps plus long de démarrage.

Il ressort de ce bilan les éléments suivants :

Les permanences de l'infirmière ont été mises en place dans les quatre résidences (Scionzier, Marnaz, Cluses et La Roche sur Foron). Le nombre de résidents de plus de 60 ans est de 122 sur l'ensemble des résidences, 52% d'entre eux ont fait une démarche de consultation auprès de l'infirmière. Le nombre de résidents de 55 à 60 ans est de 132 et un quart d'entre eux a pris contact avec l'infirmière. Le nombre de contacts a commencé à augmenter au bout de 3 mois.

Les résidents reçus sont essentiellement des ressortissants des pays du Maghreb. Selon les constats de l'infirmière, les travailleurs migrants originaires d'Afrique noire ne restent pas en France après leur retraite.

Le nombre moyen de contacts par personne est de quatre durant la période de juillet à décembre mais le rapport d'activité ne permet pas de savoir si le recours à l'infirmière est uniforme ou le fait d'une « surconsommation » de quelques personnes.



Les actions principales développées lors de ces consultations sont :

- Entretien et écoute : 75%
- Surveillance du suivi médical : 63%
- Surveillance psychologique : 51%
- Relations avec les professionnels de santé : 30%
- Information et aide à l'accès aux soins : 38%

La demande d'informations et d'aide à l'accès aux soins reflète une difficulté de compréhension de ce qui a été dit par le médecin, de la prescription ou des actes pratiqués. Le soin à proprement dit ne représente qu'une part faible de l'activité, les soins infirmiers sont faits par les infirmières libérales. Tous les résidents rencontrés ont un médecin traitant et une couverture sociale.

L'évaluation de l'autonomie des résidents âgés par la grille AGGIR montre que tous ceux qui ont été vus sont autonomes.

2.2.3 Permanences d'accès aux soins de santé : un démarrage progressif et un bilan nuancé

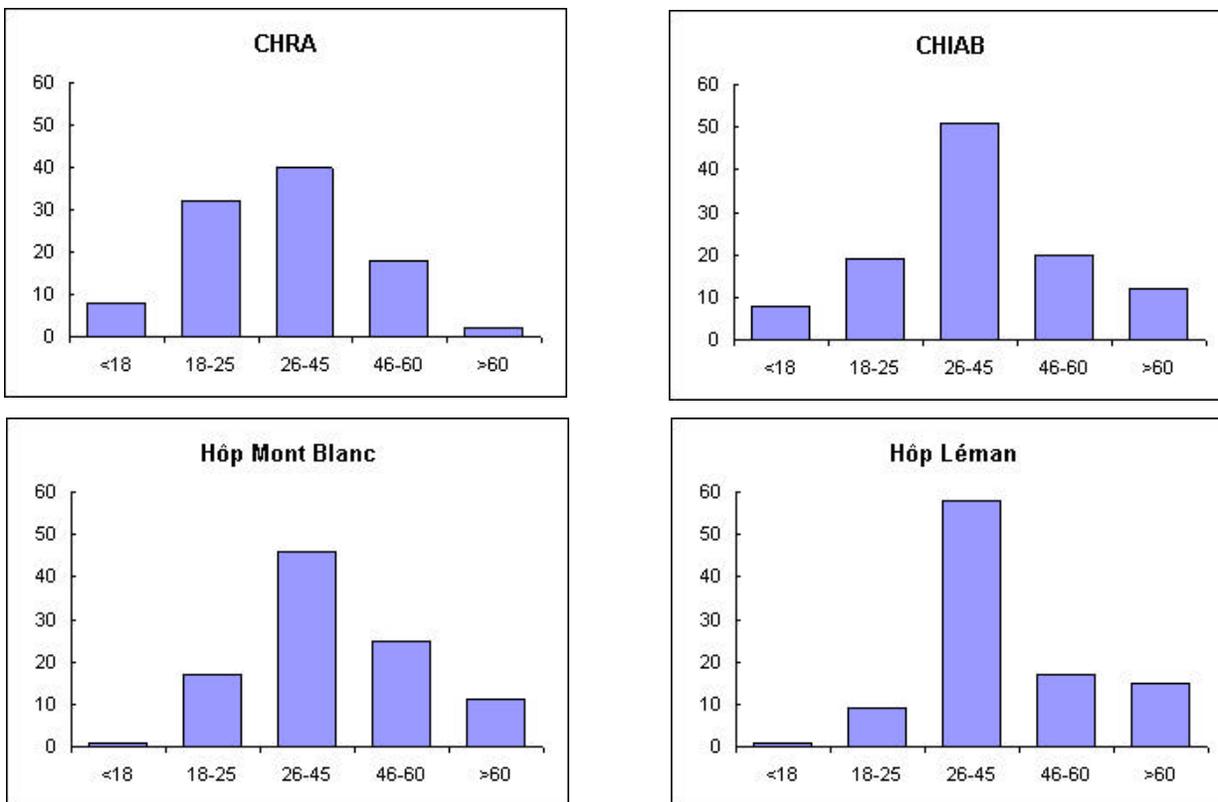
Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins prévus à l'article L. 1411-5, les établissements publics de santé et les établissements

de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes. (Article L6112-6 du code de la santé publique)

Rendues obligatoires par la loi d'orientation contre les exclusions, les PASS ont été mises en place progressivement dans les hôpitaux de Haute Savoie de 1999 à 2001. Elles sont actuellement au nombre de quatre sur le département : centre hospitalier intercommunal d'Annemasse Bonneville, Hôpitaux du Léman, Hôpitaux du Mont Blanc, centre hospitalier de la région d'Annecy. L'hôpital d'Annecy disposait d'une cellule précarité qui a été transformée en PASS grâce au financement d'un poste d'assistante sociale. Dans le cadre de l'évaluation du PRAPS, une évaluation des PASS du département est en cours.

Graphique n° 5

Fréquentation des PASS en Haute Savoie : distribution par tranche d'âge – année 2001



Source : DDASS 74 -

Tableau n°5 : Type de couverture sociale des personnes admises dans les PASS**Haute Savoie – Année 2001**

	CHIAB	CHRA	Hôp Leman	Hôp Mont Blanc
Sans couverture	32 15%	34 41%	26 24%	15 24%
Pas de complémentaire	53 25%	5 6%	45 42%	19 30,5%
Aide Médicale d'Etat	6 3%	12 14%	3 3%	1 1,5%
Autres	120 57%	34 40%	33 31%	27 43%
Total personnes reçues	211	86	108	62

Source : DDASS 74

Les données présentées sont issues du rapport sur les PASS exposé lors du comité de pilotage du PRAPS par le médecin coordinateur en novembre 2001. Le recueil de données sur lequel est basée cette analyse a été mis en place depuis peu et doit être amélioré et homogénéisé entre les sites, les comparaisons entre sites sont par conséquent à prendre avec précaution.

Les critères appliqués pour l'interpellation des personnels des PASS sont d'une part des critères absolus, d'autre part des critères relatifs :

- Critères absolus : problèmes de logement ou insuffisance de couverture sociale. Un seul de ces deux critères justifie l'interpellation du personnel de la PASS.
- Critères relatifs (2 critères au moins doivent être associés) : passages multiples, sans papiers, jeunes errants, chômage, emploi précaire, violence, hygiène défectueuse, problèmes financiers, dépendance, troubles psychiatriques.

Durant les 6 premiers mois de l'année 2001, le nombre de patients reçus est de 467. Deux tiers de ces personnes sont issues du bassin de vie local, à l'exception de l'hôpital d'Annecy où la PASS est essentiellement utilisée par des étrangers. De façon générale, l'hôpital d'Annecy se distingue des autres PASS dans sa fréquentation, ceci étant dû à la transformation récente de la cellule précarité des urgences en PASS et au maintien dans le premier semestre de 2001 d'un fonctionnement limité aux urgences.

Les problèmes de logement sont dans 2/3 des cas à l'origine de l'interpellation de la PASS (Annecy : 98%). Seules 12% des personnes ont un revenu, cette proportion n'étant que de 5% pour l'hôpital d'Annecy.

La population accueillie est une population jeune et masculine : la tranche d'âge des 26-45 ans représente 50% des personnes reçues (graphique 5) et les hommes représentent 60%. On constate une prédominance des personnes seules sans enfants à charge.

Un peu moins d'un quart ne possède aucune couverture sociale et un autre quart ne possède pas de couverture complémentaire. Les personnes prises en charge par l'aide médicale d'État représentent 4,7% du total (tableau n° 5)

Les problèmes médicaux les plus fréquemment rencontrés concernent la traumatologie, les problèmes dentaires, la dermatologie, les problèmes liés à l'alcool, la gynéco-obstétrique, les problèmes psychiatriques. Il manque cependant de données chiffrées pour faire une analyse plus fine.

2.2.4 Réseaux : une mise en place longue et complexe

Les lettres de mission des infirmières d'interface comportent toutes un volet de mise en place et de coordination de réseau. Les entretiens mettent à jour les difficultés rencontrées par les professionnels pour ce type de travail et le décalage qui peut exister entre les missions imposées par les cahiers des charges et la réalité de terrain :

- *Le réseau ne se décrète pas, il se construit (cité par la plupart des interlocuteurs)*
- *Il faut du temps... 2 à 3 ans pour avoir une base solide... la formalisation n'est pas possible tout de suite, ce n'est pas toujours compris par les partenaires institutionnels qui voudraient des résultats immédiats (infirmière interface)*
- *Un réseau mobilise de très nombreux acteurs, il faut des réunions... mais pas trop, sinon les membres se lassent. Un réseau doit rester souple (infirmière interface)*

Le réseau médico social de la moyenne vallée de l'Arve est composé d'une trentaine de personnes : assistantes sociales de secteur, infirmières, membres d'associations, représentant de la Caisse d'Allocations Familiales, Caisse Primaire d'Assurance Maladie, infirmières de Protection Maternelle et Infantile, chargés d'Accompagnement Social Individualisé, représentants de la gendarmerie, des pompiers.

Les réunions se sont tenues chaque mois à partir de janvier 2001, puis tous les deux mois dès septembre 2001 (les sollicitations des membres du réseau dans leurs activités professionnelles ne permettant pas de tenir le rythme mensuel). Ces réunions ont permis à

chaque personne de se présenter et de présenter ses missions, et ainsi de se connaître et de s'identifier physiquement. Bien qu'encore dans une phase de construction, il faudra sans doute que les participants trouvent un projet commun permettant la survie du réseau qui, sinon, risque de s'essouffler.

Dans le domaine de la psychiatrie, à la suite du rapport de l'Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion (ORSPERE) réalisé en 2000, un groupe de travail « souffrance psychique et précarité » a été constitué, au sein duquel un sous-groupe mène une réflexion pour la mise en place d'un réseau dans le bassin annecien. Les lacunes dans l'offre de soins psychiatriques et son inadaptation aux besoins des personnes en situation précaire sont un constat récurrent : lacunes en terme d'accessibilité géographique (problème de la sectorisation) et temporels (délais nécessaires pour accéder aux CMP), mais aussi lacunes en terme de moyens³¹. Un projet présenté à la DDASS par le sous-groupe de travail proposait de développer ce réseau selon trois axes :

- Formalisation du partenariat existant sur le plan sanitaire et social et extension à l'ensemble des intervenants dans les situations de précarité
- Développement de démarches actives « aller vers » et d'échanges entre professionnels au plus près des réseaux relationnels des usagers.
- Développement d'une aide aux aidants dans leurs activités comme leur formation

Pour constituer et faire fonctionner le réseau, le groupe de travail propose la constitution d'une équipe pluridisciplinaire salariée (coordinateur, psychiatre, psychologue, assistante sociale, secrétaire).

L'initiation de ce réseau se heurte actuellement à des divergences entre la DDASS et le groupe de travail s'agissant des modalités de mise en œuvre et de fonctionnement. Le projet proposé est considéré comme trop centré autour de la psychiatrie. Une orientation vers un réseau plus global, avec des référents de psychiatrie et s'appuyant sur l'existant au niveau local en coordination avec les PASS est souhaitée.

Dans des domaines plus spécifiques, des actions partenariales sont également développées, par exemple, autour de la prise en charge des addictions, dans le cadre du plan départemental de lutte contre les dépendances et la toxicomanie.

Enfin, une association comme l'APRETO (association pour la réhabilitation des toxicomanes) a mis en place des partenariats nombreux, qu'il s'agisse de la prise en charge et des soins

³¹ Cf. mémoire professionnel de BONMARIN S. , Souffrance psychique et précarité.

aux toxicomanes, d'actions de prévention dans les écoles ou dans les quartiers difficiles, du fonctionnement d'une antenne du centre de dépistage anonyme et gratuit (C.D.A.G.) au centre de soins de l'APRETO, du programme de réduction des risques (bus itinérant d'échange de seringues).

2.2.5 Contrats de ville et actions de santé : implication souhaitée mais timide

Les actions de santé des contrats de ville :

Deux contrats de ville sont en cours pour la période 2000- 2006 en Haute Savoie : celui du Syndicat Intercommunal à Vocation Multiple de l'Agglomération annemassienne (S.I.V.M.A.) et le contrat de ville de la moyenne vallée de l'Arve. Chacun de ces contrats de ville comporte un volet santé.

Dans le cadre du contrat de ville de la moyenne vallée de l'Arve, un groupe de travail (élus, travailleurs sociaux, D.D.A.S.S., association APRETO, Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme (C.D.P.A.), la Mission Locale Jeunes, services médicaux et acteurs locaux de la santé tel que l'établissement public de santé mentale E.P.S.M.) est chargé de mener une réflexion dans les domaines suivants :

- difficultés d'accès aux soins et à la prévention
- problèmes liés à la santé mentale (désordres psychiatriques, souffrance psychique) ainsi que sur ceux relevant des toxicomanies (drogue, alcool...)
- phénomènes de violence et de difficultés éducatives
- prévention des conduites à risque (suicides, alcoolisme, toxicomanie)
- amélioration de l'offre de soin et de prévention en favorisant les démarches de réseau.
- accès effectif aux droits dans le cadre de la mise en œuvre de la CMU
- éducation à la santé
- place des handicapés physiques : réfléchir à faciliter leur insertion dans la vie de la cité et de l'entreprise

Au niveau du contrat de ville de la communauté annemassienne, les actions de santé retenues concernent la toxicomanie, la prévention du suicide, la prise en charge des problèmes de maltraitance, l'amélioration de l'accès aux droits.

Un groupe santé est constitué et a tenu quelques réunions, essentiellement sur les actions dans le cadre du PRS suicide.

Les actions réalisées jusqu'alors concernent le programme de réduction des risques de l'APRETO (financement d'un bus) et le développement de l'accueil de jour en cofinancement

avec le Conseil Général (qui finance l'association gérant l'accueil de jour). Un permanent a été recruté (infirmier psychiatrique) qui fera un diagnostic de situation dans le but de faire évoluer la prise en charge des personnes en exclusion au niveau de la ville d'Annemasse.

En dehors de la politique de la ville, il existe également un groupe santé au niveau de la commission locale d'insertion (C.L.I .) d'Annemasse, qui regroupe plus ou moins les mêmes intervenants que ceux participants au groupe santé du contrat de ville. Ces deux groupes, bien qu'ayant des territoires d'intervention différents, ont décidé de se regrouper pour mettre leurs réflexions en commun. La dynamique semble cependant difficile à se mettre en place, malgré, selon les termes du responsable du contrat de ville, *l'existence au sein de l'équipe de la ville de personnes menant une bonne réflexion au niveau social.*

3 - DISCUSSION ET PROPOSITIONS

3.1 DISCUSSION

3.1.1 Constat en demi teinte pour les postes interface : dispositif intéressant mais fragile

L'accès aux soins des personnes en situation précaire apparaît beaucoup moins lié aux problèmes de couverture sociale qu'à des difficultés dans l'utilisation de l'offre de soins.

La Haute Savoie, avant la mise en place de la CMU, faisait partie des départements qui avaient instauré une aide médicale assez généreuse. La création de l'accueil médical gratuit du Conseil Général permettait par ailleurs la prise en charge des personnes n'ayant aucune couverture sociale. Cependant, la prise de conscience de la nécessité d'un accompagnement de certaines personnes vers les dispositifs de soins de droit commun, motive, dès 1995, la création du premier poste d'infirmier interface (permanence médico-sociale itinérante) à Annecy. Les autres postes seront créés ensuite entre 1996 et 2001.

Ces infirmiers ont des missions qui sont au centre des préoccupations actuelles : en effet, l'une des orientations du premier rapport de l'IGAS sur la mise en place de la loi CMU³² concerne l'amélioration des liens entre l'accès aux droits et l'accès aux soins :

*Orientation 3 : mieux lier l'accès aux droits et l'accès aux soins
développer des actions d'éducation à la santé auprès des publics bénéficiaires de la CMU, de façon concertée entre les services de l'État, les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires, les professionnels de santé et le milieu associatif : ces actions viseraient à informer les intéressés sur l'offre de soins, ainsi que sur leurs droits et leurs obligations et, dans certains cas, à les accompagner dans leur démarche vers des comportements d'assurés sociaux de droit commun*

La plupart de ces postes ont répondu à une demande de terrain, avant que les PRAPS ne soient instaurés par la loi. Ces postes ont vu le jour grâce à un partenariat entre DDASS, associations et collectivités territoriales, souvent concrétisé par la mise en place de cofinancements. Depuis la mise en œuvre du PRAPS, un pilotage des actions s'est progressivement mis en place, facilité en cela par la présence depuis 2001 au sein de la DDASS d'un médecin coordinateur du PRAPS.

³² Accessible en ligne : <http://www.ladocfrancaise.gouv.fr/BRP/notices/024000090.html>

Des partenariats et un travail en réseaux se sont développés. A cet égard, le travail réalisé en moyenne vallée de l'Arve est souvent présenté comme exemplaire, avec, en particulier, la mise en place d'un réseau formalisé. Les résultats préliminaires de l'enquête menée auprès des membres de ce réseau, dans le cadre de l'évaluation en cours de ces actions³³, semblent montrer que des progrès sont ressentis par les professionnels vers une meilleure connaissance des missions des uns et des autres.

Des actions intéressantes, bien que moins « médiatisées » ont été développées par d'autres infirmiers : au niveau de l'antenne d'écoute d'urgence de l'Herminette, des populations très marginalisées ont pu être prises en charge grâce à un fonctionnement d'équipe et une présence sur le terrain. Cette équipe a également tissé tout un réseau autour de ces publics, en relation avec les professionnels de terrain et l'hôpital. L'appui apporté par un psychiatre du CHRA permet d'obtenir un avis en cas de besoin et apporte une supervision de l'équipe par un suivi mensuel.

L'infirmière du service de médiation sociale de la Sonacotra a su engager des actions partenariales, particulièrement dans le cadre de la prévention. Elle a su également tisser un réseau autour de la prise en charge des personnes, par exemple sur la résidence La Prairie de Seynod, un accès rapide à la psychiatrie de secteur en cas de besoins identifiés par elle-même est désormais possible.

Enfin, ces infirmiers interface grâce aux relations avec les travailleurs sociaux des endroits où ils interviennent et aux maillages, plus ou moins étendus et plus ou moins formalisés qu'ils ont tissés, sont des points d'ancrage précieux pour le développement d'actions plus larges.

Toutefois, l'analyse de l'évolution de ces postes depuis leur création laisse apparaître des faiblesses risquant de compromettre leur efficacité. Ces faiblesses touchent à leur mise en place (montages financiers, conventions diverses, mises à disposition), à la définition des missions (lettre de mission très large ou absence de cahier des charges) et surtout aux problèmes de l'ordre des ressources humaines (démissions, difficultés de recrutement).

Le problème des ressources humaines est particulièrement important car il conditionne la réussite du projet. A la fin de l'année 2001, deux postes sur les six du département sont vacants suite à des démissions : l'infirmière de la Permanence Médico Sociale Itinérante a cessé son activité en septembre 2001 et son poste est resté vacant jusqu'en février 2002.

³³ Enquête menée par l'ADES pour la DDASS dans le cadre de l'évaluation du PRAPS.

L'infirmière de la Moyenne Vallée de l'Arve a démissionné en novembre et son poste est encore vacant en mars 2002.

Les difficultés de recrutement ont plusieurs composantes : dans un contexte de pénurie aiguë d'infirmières³⁴, la recherche du "mouton à 5 pattes" s'avère particulièrement difficile. Les qualités requises pour exercer ces fonctions supposent en effet une expérience professionnelle confirmée, une expérience en santé publique, des aptitudes de coordination et d'organisation et un caractère solide pour pouvoir faire face à des situations souvent difficiles. Les erreurs de recrutement peuvent avoir des effets dramatiques pour la personne qui se retrouvera alors elle-même en échec.

Il s'agit d'associer des gens dont la qualité est d'être assez solides pour ne pas se noyer avec le noyé, des gens qui aient pour principales qualités d'être stables et de n'avoir pas trop peur³⁵

La lourdeur de la tâche et la crainte de ne pas être à la hauteur contribuent également à faire se désister des candidats qui sont pourtant allés jusqu'à l'entretien d'embauche :

« Je suis allée à l'entretien, puis rentrée chez moi je me disais : « pourvu qu'ils ne veuillent pas de moi » j'avais vraiment peur d'être choisie » (infirmière)

Les actions, dans un domaine où les changements, de l'avis des infirmières elles-mêmes, nécessitent un travail de longue haleine, souffrent du manque de stabilité des personnes occupant ces postes :

« J'ai pris mon poste en septembre 2000, ce poste avait été assuré par ma collègue pendant 5 ans jusqu'en mars 2000 [] Tout d'abord, j'ai constaté que le travail fourni par ma collègue n'avait pas résisté à son départ et qu'il fallait tout recréer. (infirmière interface) »

Dans la moyenne vallée de l'Arve, alors que des progrès sont nettement observés s'agissant du travail en partenariat des professionnels, le départ récent de l'infirmière ne va-t-il pas infléchir la dynamique de changements ?

³⁴ Le salaire d'une infirmière en Suisse est environ le double du salaire français, générant une fuite importante des infirmières de l'autre côté de la frontière.

³⁵ LAZARUS A., psychopathie et société, nouvelle revue de psychologie n°2-3 1985, pp 71-86 cité dans CHOBEAUX F. op. cit.

L'isolement, la faiblesse de l'ancrage, le manque de coordination sont source d'épuisement, sans doute à l'origine des durées de vie réduites dans le poste (durée médiane = 2 ans). Les démissions fréquentes posent d'ailleurs un problème d'éthique lié à la rupture du lien avec des personnes chez lesquelles le vécu « abandonnique » est important et, pour beaucoup, à l'origine de la souffrance psychique.

L'impression d'isolement est ressentie avec plus ou moins d'acuité selon les infirmiers rencontrés. Lorsque le poste est intégré à une équipe, cet isolement n'est pas mentionné dans les entretiens³⁶. Par contre, le besoin d'une coordination, de réunions, de mise en commun est constant. L'isolement a été particulièrement ressenti par l'infirmière démissionnaire de la PMSI d'Annecy et par celles qui ont exercé à l'accueil de jour de Thonon.

La difficulté à s'intégrer dans les équipes de travailleurs sociaux et l'impression de n'être « de nulle part », de n'être rattachées à aucune structure médicale a été très douloureuse dans les expériences rapportées.

-Je participais aux réunions avec les travailleurs sociaux au CHRS, mais personne ne parlait de notre travail, on n'était pas à notre place (inf. accueil de jour Thonon)

-J'étais détachée du service de psychiatrie et pourtant il m'était impossible d'établir des liens avec ce service, comme si je n'existais plus. (inf. accueil de jour Thonon)

-Ce qui m'a le plus gênée, c'est le sentiment d'isolement et l'impression d'avoir une mission et des tâches impossibles à accomplir, d'autant que la souffrance énorme des personnes rencontrées m'amenait à ressentir une certaine impuissance dans mon rôle de soignante (infirmière PMSI)

« C'était une formidable expérience mais c'était très dur et je me suis toujours battue pour que l'infirmière ne soit pas seule... Ces gens là ils te tirent au fond... » (infirmière Thonon)

La nécessité d'un référent médical est mentionnée sans exception. Il semble à plusieurs des infirmiers rencontrés que la possibilité d'en référer à un médecin, exerçant coordination et appui technique, viendrait ainsi donner de la légitimité à leur action.

Ce poste nécessite une vision plus large, une coordination, il faudrait un médecin qui nous conseille et nous appuie dans nos missions (infirmière PMSI)

³⁶ Les infirmiers inscrits dans une équipe (ex : Sonacotra ou Cluses) et/ou rattaché à un service (ex : Herminette) ont des durées de maintien dans le poste plus longues.

La DDASS est désignée dans certaines lettres de mission comme référent technique mais le médecin coordinateur du PRAPS peut-il jouer ce rôle ?

Le coordinateur du PRAPS est depuis l'année 2000 un médecin contractuel travaillant à mi-temps. Auparavant, c'était le médecin inspecteur de santé publique qui pilotait ces actions avec le pôle social. Or, qu'il s'agisse du médecin inspecteur ou du médecin contractuel, leur charge de travail est peu compatible avec une mission d'appui au terrain. Par ailleurs, la demande semble beaucoup plus orientée vers un soutien véritablement technique, avec un médecin clinicien de terrain.

Les montages financiers peuvent créer des ambiguïtés: par exemple, dans quelle mesure une infirmière recrutée par une association sur financement de la DDASS peut-elle s'opposer à son employeur sur des aspects techniques de sa mission ? À qui en réfère-t-elle en cas de dissension ? Qui est le donneur d'ordre ?

Les lettres de mission, quand elles existent, ne sont pas toujours explicites à ce sujet.

Ces imprécisions, réelles ou ressenties, conduisent au souhait unanimement exprimé, aussi bien par les personnes les occupant que par les partenaires associatifs ou institutionnels, de voir ces postes rattachés à une structure qualifiée de « neutre ».

« A qui faudrait-il rattacher ces postes ? Il ne faut pas qu'ils soient dépendants d'une association ou d'une institution. Il faut travailler sur l'ancrage, l'infirmier doit faire partie d'une équipe avec un responsable identifié » (infirmière)

« S'ils dépendent d'une association, on peut taxer celle-ci de parti pris et de souhait de se faire valoir, si c'est une collectivité territoriale, les contingences électorales peuvent interférer... » (un directeur de CHRS)

L'importance de la supervision (aide aux aidants) semble sous-estimée, elle a été mise en place d'emblée à l'Herminette, elle a parfois été mise en place à la demande (l'une des infirmières de l'accueil de jour à Thonon avait demandé une supervision à Genève une fois par mois), mais le plus souvent elle n'existe pas. Le retour d'expérience en fin de mission n'est pas systématique, la mesure du caractère particulier de ce qui est demandé et vécu par ces infirmiers ne semble pas avoir été prise.

« Sur notre lieu de travail, les visites qu'on avait, c'étaient des visites de récupération politique... Je suis amère car j'ai l'impression qu'on a saboté notre travail, et depuis que j'ai demandé à retourner dans mon service il y a un an et demi, je n'ai jamais parlé de ce que j'ai vécu ... jusqu'à aujourd'hui... » (infirmière Thonon)

Le peu de données sur les actions menées : les rapports d'activité étant essentiellement qualitatifs permettent mal un suivi des actions. Quand des données quantitatives sont présentées, elles ne sont pas standardisées d'un rapport à l'autre, ne permettant pas d'analyses de tendances. Par exemple, on parle tantôt de consultations, tantôt de contacts, tantôt de personnes, tantôt de nombre moyen de contacts...

Il est vrai que les chiffres reflèteraient sans doute assez mal la charge de travail, l'accompagnement vers la prise en compte de la santé nécessitant un temps certain d'approvisionnement des personnes, mais le pilotage des actions nécessite un minimum d'indicateurs de suivi.

Plusieurs de ces constats ont d'ors et déjà été faits par la DDASS et ont permis d'amorcer des mesures correctives : la mise en place de comités de pilotage et l'organisation de rencontres entre les infirmiers en font partie.

3.1.2 Faiblesse des Permanences d'Accès aux Soins de Santé et frilosité des hôpitaux

La loi de lutte contre les exclusions, par l'extension des missions de service public hospitalier à la lutte contre l'exclusion et la création des PASS réaffirme la mission sociale de l'hôpital, ce qui constitue un « retour aux sources » par la restauration d'une fonction écartée au fil des réformes hospitalières.

Lors des entretiens, les travailleurs sociaux des PASS mentionnent que l'apport de la PASS a permis un renforcement en personnel du service social et, pour les hôpitaux qui avaient mis auparavant en place des actions, les PASS ont permis de les légitimer. La mission sociale de l'hôpital et l'obligation d'accueil des publics en précarité en sont renforcées.

La PASS a permis de légitimer l'accueil du public en précarité, car ça n'était pas toléré par certains médecins... cela contraint à un changement d'état d'esprit (AS d'une PASS)

Les relations avec les professionnels hors de l'hôpital sont peu développées, sauf avec les infirmiers interface, qui travaillent de façon étroite avec les assistants sociaux des PASS. Les résultats préliminaires de l'étude en cours dans le cadre de l'évaluation du PRAPS mettent d'ailleurs en évidence une méconnaissance par les professionnels (en particulier les professionnels médicaux) de ce dispositif et de ses missions, aussi bien au sein de l'hôpital que parmi des professionnels externes. La mise en place est encore timide, la

communication n'a pas toujours été faite, il semble que parfois la PASS se résume à un temps supplémentaire d'assistant social sans pour autant que des changements nets ne soient objectivés ni dans les pratiques ni dans les représentations de la précarité ou de l'exclusion.

Les hôpitaux semblent donc avoir du mal à remplir la mission sociale qui leur revient. L'intérêt mitigé porté par le corps médical aux questions sociales n'est sans doute pas étranger à la frilosité des hôpitaux dans ce domaine. Peut-être est-on encore dans l'attente du retour de balancier, qui, selon Xavier Emmanuelli, devrait restituer à l'hôpital un peu de sa mission sociale, largement évacuée par les réformes hospitalières des années 70.

L'hôpital devait être un lieu de technicité, un plateau technique, comme on dit, et il fallait séparer le sanitaire du social. Seul le sanitaire lui était réservé. Le social devait se pratiquer ailleurs, avec des personnels adaptés, dans des établissements adéquats...qui restaient à construire avec la même ardeur que l'on avait réformé l'hôpital. Fatale erreur. On avait ainsi extrait la maladie du malade, et mis hors du champ de compétence du personnel soignant tout ce qui fait l'environnement des hommes dans la cité, dans leur existence quotidienne et affective. Les causes et les effets de la maladie réduits aux signes diagnostiques, investigations et traitements, on avait, en somme, nié les destinées humaines ³⁷

Au niveau national, les constats sont également encore mitigés. Le rapport de l'IGAS sur la mise en place de la CMU³⁸ note à propos des PASS :

[] le développement du dispositif semble encore disparate : intégration inégale au sein de l'hôpital, gestion parfois trop administrative, insuffisance de liens partenariaux avec les autres acteurs de terrain, fragilité de certaines équipes.

Néanmoins en Haute Savoie des projets commencent à émerger, ainsi l'hôpital d'Annecy prévoit dans son futur projet d'établissement le développement de la PASS en trois temps, avec la création progressive d'une antenne externe, permettant de garder un lieu d'accueil en centre ville quand, fin 2003, le CHRA sera délocalisé vers le nouveau site à la périphérie d'Annecy.

³⁷ EMMANUELLI X. *Dernier avis avant la fin du monde*, Paris : Albin Michel, 1999. 246p

³⁸ op. cit.

3.1.3 Difficultés de la psychiatrie à s'impliquer dans le domaine de la précarité

Les professionnels au contact des populations en situation précaire reprochent fréquemment aux professionnels de la psychiatrie leur manque d'investissement dans le domaine de la précarité. :

« C'est difficile de communiquer avec la psychiatrie, peu de psychiatres souhaitent s'investir sur ce type de population, c'est un milieu fermé » (dir. CHRS)

« Les psychiatres disent que la souffrance psychique n'est pas du domaine de la psychiatrie, mais les travailleurs sociaux sont démunis par rapport à ces problèmes...ils sont confrontés à cette souffrance et ne savent pas comment y répondre » (animatrice locale d'insertion)

Les professionnels des structures d'insertion sociale et professionnelle ont des demandes importantes vis à vis de la psychiatrie du fait de leur difficulté à repérer et prendre en compte la souffrance psychosociale des publics auprès desquels ils interviennent.

Voici que sont apparus des non malades porteurs de symptômes invalidants ou tout au moins fort mal acceptés par la société. Sont apparus des pseudo malades insoignables, non réinsérables, ceux-là même rapidement exclus des structures d'accueil et tout aussi vite renvoyés des services médicaux car n'y ayant pas leur place. Ces personnes ont bien vite été baptisées « souffrants », peut-être précisément parce qu'ils font souffrir les uns et les autres.³⁹

Les réponses à trouver pour la prise en charge de la souffrance psychique sont complexes et ne relèvent pas nécessairement de la médicalisation, a fortiori de la psychiatrie. Elles laissent les intervenants démunis, contraints à innover, à inventer des recherches de solutions.

La souffrance psychique en effet s'exprime par des comportements d'isolement, de répétition, de conduites à risque ou de conduites addictives mais, si elle est fréquemment associée à la précarité, elle ne se range pas dans le champ classique de la pathologie. Il faut la distinguer de la maladie mentale pouvant éventuellement se manifester chez des personnes en précarité mais qui relève du soin psychiatrique.

³⁹ DESPIERRES F. , réconcilier l'accompagnement social et le soin pour les usagers d'un CHRS confrontés à la souffrance psycho-sociale, mémoire CAFDES , ENSP, 1999.

« La souffrance psychique fait partie de la vie et aide à vivre, la maladie par contre est ingérable, le malade mental se détruit. Dans un groupe de personnes marginalisées, le malade mental est rapidement identifié par les autres, généralement il est exclu du groupe car la maladie mentale ne se partage pas » (médecin psychiatre)

La sectorisation permet difficilement d'apporter des réponses à des situations de personnes très désinsérées, ne pouvant s'inscrire dans une procédure classique de prise en charge. La réponse à l'urgence est limitée, les délais d'attente pour les consultations en CMP beaucoup trop longs. Le sous équipement et l'insuffisance en personnel psychiatrique sont également mis en avant pour expliquer la carence d'implication de la psychiatrie dans ce domaine.

Malgré ce constat, certaines actions, qui s'appuient sur le développement de partenariats locaux, montrent que des réponses sont possibles. L'expérience de l'Herminette avec la présence, dans les lieux de vie et de passage des personnes marginalisées, d'une équipe pluridisciplinaire en est un bon exemple. Le partenariat entre le CHRS Foyer d'Accueil Féminin et l'unité de soins spécialisés du centre hospitalier d'Annecy pour l'accompagnement des personnes sortant d'hospitalisation en psychiatrie vers la réinsertion sociale est un autre exemple d'interactions possibles, entre accompagnement social et soin psychiatrique.

Les mêmes constats ont été fréquemment rapportés dans l'ensemble des régions dans le cadre des actions de santé mentale conduites dans le PRAPS. La circulaire PRAPS du 2 août 2001⁴⁰ a fait le point des avancées en ce domaine et indiqué des pistes d'actions tirées de l'analyse des PRAPS de première génération :

- Développer et adapter l'offre de soins, par exemple l'assouplissement des délais de rendez-vous par les CMP, l'intervention dans les structures d'accueil, l'organisation de la sortie d'hôpital psychiatrique ou la création d'équipes psychiatriques de liaison spécialisées sur les problèmes de pauvreté et de précarité.
- Développer le partenariat entre la psychiatrie et les autres acteurs sociaux, par exemple : actions de formation des professionnels, actions de supervision, d'appui technique des professionnels sociaux, démarches communes d'identification des possibilités mutuelles et limites de chacun.

⁴⁰ Circulaire DGS/6C/DHOS/O2/DGAS/DIV n°393 2001 du 2 août 2001 d'orientation aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale.

- Développer l'action directe auprès des publics démunis et le développement de la prévention, par exemple : permettre la présence d'un professionnel ou d'une équipe dans les lieux de vie ou de passage de ces populations.

3.1.4 Nécessaire prise en compte des territoires dans la mise en œuvre des politiques contre les exclusions

Les problèmes observés et par conséquent les réponses à apporter ne sont pas uniformes sur l'ensemble du département. Les différences tiennent aux spécificités des publics auxquels on s'adresse, les réponses ne pouvant être identiques pour les personnes en grande précarité et les personnes précarisées en milieu ordinaire⁴¹. Elles tiennent aussi aux spécificités géographiques et aux dynamiques propres aux différents bassins de vie.

Le bassin annecien comprend de nombreuses familles en difficultés surtout dans les cantons situés au sud-ouest et dans l'agglomération d'Annecy. On y trouve également une forte population d'errants. Les dispositifs d'accompagnement aux soins ont surtout pris en compte les personnes très marginalisées. Une réflexion est en cours pour la création d'un réseau en relation avec le soin psychiatrique répondant à un besoin identifié de prise en compte de la souffrance psycho sociale. La présence de l'accueil médical gratuit du conseil général est un élément important dans les dispositifs d'accès aux soins, autant par le public reçu (réticent à fréquenter les structures de droit commun) que par le partenariat développé par l'infirmière qui en est responsable. Le déménagement prévu fin 2003 de l'hôpital à la périphérie nord de la ville sera un élément important à prendre en compte dans la programmation des actions dans le cadre du futur PRAPS.

Le Genevois et en particulier la ville d'Annemasse concentre une part importante de familles en situation de précarité. On trouve les taux les plus importants de chômage et d'allocataires du RMI dans la ville d'Annemasse et les cantons nord et sud d'Annemasse. Cette zone présente également certaines particularités relatives à sa position frontalière de la Suisse.

Le marché immobilier y est particulièrement cher (+20% par rapport à la moyenne nationale) et la pénurie en logements sociaux y est importante. En terme de problèmes spécifiques de santé, la toxicomanie y est plus aiguë que dans le reste du département. L'agglomération annemassienne (6 communes regroupant 58 000 habitants) est en contrat de ville.

⁴¹ ORSPERE : RMI, souffrance psychique et précarité sur le bassin annecien : accès aux soins et aide aux aidants – mai 2000..

Le Chablais : Thonon avec un taux d'allocataire du RMI de 2,4% vient juste après Annemasse (3,2%). Les zones proches du lac Lemman sont également des sites de regroupement de population d'errants et les problèmes de toxicomanie y sont également plus fréquemment observés. La partie montagneuse du Chablais est beaucoup plus rurale et les problèmes de pauvreté et précarité y sont peu documentés. Les emplois précaires y sont fréquents (saisonniers). Il n'y existe actuellement pas de lieu d'accueil de jour pour les populations précaires depuis la fermeture de l'ancienne structure⁴².

La vallée de l'Arve : la moyenne vallée de l'Arve concentre autour de Cluses des familles en difficulté et une forte proportion de travailleurs migrants. Le taux d'allocataires du RMI y est parmi les plus faibles du département.

La haute vallée de l'Arve, très touristique, héberge une population de saisonniers, locaux ou non, qui sont souvent dans des situations de fragilité (précarité de l'emploi, manque de logement). Les cantons de Sallanches et Saint Gervais ont des taux de chômage peu importants mais une part importante de population au-dessous du seuil de pauvreté. L'éloignement géographique et les difficultés de communications entre les stations de la haute vallée et les villes sont une particularité à prendre en compte dans le développement d'actions en faveur des publics de ces zones.

La prise en compte des territoires est au cœur des préoccupations actuelles dans l'élaboration des politiques de santé en région Rhône Alpes : en 2002, la conférence régionale de santé avait pour thème «Santé et territoires ».

Le PRAPS est un instrument déterminant de cette politique de territorialisation. A l'interface d'une démarche descendante transcrivant la vision des représentants de l'Etat, garant de l'égalité d'accès aux soins pour tous, et une démarche ascendante transcrivant les actions des acteurs sur le terrain, qui répondent de manière précise et ciblée aux besoins effectifs des populations les plus démunies. Les services déconcentrés de l'Etat sont-ils prêts à s'engager effectivement dans cette démarche pour en faire autre chose qu'une déclaration d'intention ?

⁴² Il semblerait que la ville de Thonon ait en réflexion un projet mais les responsables n'ayant pas pu être rencontrés, aucune information plus précise n'a été obtenue.

3.2 PROPOSITIONS D'ACTION

3.2.1 Soutenir les actions d'interface existantes

Les postes créés jusqu'à présent ont des logiques d'intervention adaptées aux situations particulières des lieux où ils s'inscrivent. La fragilité de certains d'entre eux tient essentiellement au manque d'inscription dans une équipe médicale plus large et au sentiment d'isolement qui en découle. Le caractère non pérenne de leurs financements rend difficile l'engagement sur le long terme.

Dans un premier temps, par le renforcement des contacts entre les infirmiers occupant ces postes, une partie des problèmes liés à l'isolement ressenti devrait être résolue. Des rencontres périodiques peuvent se tenir, si possible sur les lieux de travail, permettant des échanges d'informations et d'expérience.

L'inscription dans un second temps de ces postes dans une équipe médicale plus large renforcerait leur légitimité. Au décours de cette étude, le rattachement à une structure « neutre » (ni associative, ni politique) est apparu comme une nécessité. Quand il est demandé de préciser quel type de structure peut jouer ce rôle, l'hôpital, au travers de ses PASS, est cité comme la structure la plus appropriée. Cette opinion fait l'unanimité parmi les interlocuteurs rencontrés et si des réserves sont apportées, elles viennent essentiellement des personnels des hôpitaux, qui craignent d'être taxés d'« hospitalocentrisme » et mettent en doute la capacité de l'hôpital à remplir une telle mission.

Dans les PASS existantes, il s'agirait de réfléchir avec la direction de l'établissement à la possibilité d'affecter du temps médical à un travail de coordination entre la PASS et les infirmiers des postes interface. L'implication du corps médical dans l'hôpital et les relations avec l'extérieur devraient être facilitées par la présence d'un médecin dont le travail est reconnu par ses pairs⁴³. Ce référent médical apporterait un appui technique aux infirmiers des postes interface, leur conférant ainsi la « légitimité » qu'ils réclament.

Les projets de création de nouveaux postes pourraient être réorientés vers des actions d'optimisation de l'existant. Il semble en effet préférable de développer et coordonner les dispositifs en place et, s'appuyant sur ce qui existe déjà de faciliter le développement des réseaux locaux plutôt que de recruter sur de nouveaux postes, des infirmiers auxquels on demanderait de mettre en place ces réseaux. La création d'un poste d'infirmier auprès de structures chargées de l'insertion peut apporter une réponse ponctuelle aux demandes des

⁴³ Certains précisent d'ailleurs que pour ce faire, ce médecin doit être un praticien hospitalier

travailleurs sociaux confrontés à la souffrance psycho sociale. Cependant, il paraît plus judicieux d'intégrer la réponse à ces demandes dans une action de partenariat et de réseau avec la psychiatrie, sans doute plus ardue et longue à mettre en place, mais dont on peut espérer qu'elle s'inscrive sur le long terme.

Enfin une réflexion pourrait être menée sur la place et l'évolution de l'accueil médical gratuit du Conseil Général. Les professionnels rencontrés, tant du social que du sanitaire, et même s'ils conviennent qu'il faut éviter les « dispensaires des pauvres », reconnaissent les besoins en structures ayant une fonction de « Sas » qui apportent une réponse aux personnes qui ne sont pas prêtes ou n'osent pas aller vers les structures de droit commun.

3.2.2 Développer les PASS en plusieurs temps

1/ Développer la PASS au sein de chaque hôpital : dans un premier temps il faut s'attacher à faire connaître la PASS et ses missions à l'ensemble de l'hôpital. Il est surprenant de constater que plus d'un an après la mise en place des PASS, une partie du personnel médical (y compris des urgences) et même certains présidents de C.M.E. ne savent pas quelles sont ses missions et son fonctionnement. La présence d'un médecin référent aux côtés de l'assistante sociale pourrait également faciliter la communication avec le corps médical de l'hôpital.

2/ Développer la coordination médicale des actions avec l'extérieur : travail de réseau coordonné par le référent médical, s'appuyant sur les infirmiers interface.

3/ Ouvrir la PASS vers l'extérieur : par exemple à Annecy la création d'une antenne de la PASS externe est envisagée par l'hôpital afin de garder une présence en ville lorsque le nouvel hôpital sera ouvert. Cette démarche pourrait s'inscrire dans le fonctionnement en ville d'une consultation hospitalière d'urgence (pour les petites et moyennes urgences), au sein de laquelle fonctionnerait une antenne de la PASS.

Le développement des PASS devrait faire partie des projets d'établissement et être inscrit dans les contrats d'objectifs et de moyens des hôpitaux, montrant la volonté de l'établissement de s'impliquer dans sa mission sociale et permettant le financement éventuel sur les crédits de santé publique des ARH.

3.2.3 Mettre en place le réseau psychiatrie

Des recommandations dans ce sens ont été faites lors d'études menées dans le département depuis quelques années (rapport de l'ORSPERE). L'étude menée par une élève IASS en 2001 pour la réalisation de son mémoire de fin d'étude propose des axes de développement pour ce réseau⁴⁴. Un projet est actuellement en cours d'élaboration par un groupe de travail dans le cadre du PRAPS. Les trois axes proposés dans le pré projet semblent pertinents et correspondent tout à fait aux recommandations nationales⁴⁵ dans ce domaine. La difficulté de trouver un accord sur les moyens et modes de fonctionnement pourraient être contournée par un développement progressif de ce réseau.

Dans un premier temps, les trois axes retenus pourraient se développer dans le cadre de partenariat s'appuyant sur l'existant, avec la désignation de référents précarité au sein des équipes de secteur, référents pouvant être saisis par les travailleurs sociaux en cas de besoin. La coordination avec les PASS devrait être recherchée. L'identification d'un référent médical chargé de coordination des actions (tel que proposé plus haut) permettrait de conférer une cohérence d'ensemble et d'éviter la juxtaposition de dispositifs. La formation des professionnels du champ médico-social, déjà initiée par la DDASS, contribuera à la mise en place de partenariat par une meilleure connaissance des rôles, compétences et limites de chacun.

Dans un second temps, une réflexion pourrait être menée sur le mode de mise en place d'une équipe intersectorielle précarité pouvant se déplacer sur les lieux de vie à la rencontre des personnes.

3.2.4 Coller au plus près des spécificités territoriales

On a vu que chaque bassin de vie possédait ses spécificités, tant en terme de population cible qu'en terme de logique d'intervention. S'attacher à respecter ces spécificités est un atout dans le développement des actions. Les réponses apportées au niveau de la ville d'Annecy ne peuvent pas être les mêmes que celles adoptées pour la vallée de l'Arve. Les éléments recueillis dans cette étude ne sont pas suffisants pour définir précisément des actions, mais des orientations peuvent être proposées : la poursuite des actions menées par l'infirmière de santé publique et la consolidation du réseau dans la vallée de l'Arve, le

⁴⁴ BONMARIN S. *Souffrance psychique et précarité*. Mémoire d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales. ENSP : 2001. 70p.

⁴⁵ Cf. circulaire PRAPS du 2 août 2001 et dossier d'orientation pour les PRAPS de deuxième génération annexé à la circulaire du 19 février 2002.

développement d'un réseau psychiatrie dans le bassin annecien ou la réalisation d'un diagnostic précis à Annemasse dans le cadre d'un atelier santé ville (cf. ci-dessous) pourraient être des axes de travail dans la préparation du PRAPS 2.

La circulaire du 19 février 2002 relative aux PRAPS de deuxième génération met l'accent sur le développement d'une logique de territorialisation des actions et sur l'utilisation de l'outil Ateliers Santé Ville.

C'est dans le but de renforcer la territorialisation des politiques de santé que le Comité Interministériel des Villes du 14 décembre 1999 a décidé de la création des Ateliers Santé Ville (ASV), dont le cahier des charges a été publié dans une circulaire PRAPS du 13 juin 2000. L'ASV vise à promouvoir le développement de programmes locaux de santé, en cohérence avec la démarche stratégique utilisée par les PRAPS et met l'accent sur l'intégration dans des projets et contrats territoriaux pour les PRAPS de seconde génération. L'agglomération d'Annemasse est particulièrement touchée par les problèmes de précarité et les territoires des contrats de ville représentent une part importante des publics précarisés. Le démarrage d'actions au niveau de l'agglomération d'Annemasse semble difficile. Le tissu associatif est peu développé et la dynamique peine à se mettre en place, malgré la présence de quelques personnes motivées.

La mise en place d'un atelier santé ville pourrait contribuer à un diagnostic affiné sur les besoins de la population, évitant ainsi de se lancer dans des actions sans véritable bilan de l'existant.

Enfin, si les territoires des villes font l'objet d'attentions particulières, il faudrait s'attacher à prendre en compte la précarité et l'exclusion des soins dans les zones rurales, qui restent des domaines encore mal connus et pour lesquels peu d'actions ont été développées dans le cadre du premier PRAPS.

3.2.5 Développer le rôle de coordinateur et d'animateur des services déconcentrés de l'Etat

La mise en œuvre d'une approche territoriale nécessite que les services déconcentrés de l'Etat soient en capacité d'être ou de devenir des animateurs, d'impulser des dynamiques locales, de faciliter le développement d'initiatives de terrain, de sortir d'une logique d'injonction pour aller vers une logique de partenariat. Cette logique du « faire avec » commence dans les murs même de ces services par une meilleure communication interne.

Comment réussir le décroisement entre le sanitaire et le social sur le terrain quand il a souvent quelques difficultés à se pratiquer au sein même des DDASS ?

La présence à la DDASS de Haute Savoie d'un binôme médecin et inspecteur dans l'équipe de coordination du PRAPS a facilité le développement d'une dynamique au niveau du département. La présence d'un médecin dans le PRAPS est nécessaire, il est un interlocuteur reconnu par ses pairs et peut ainsi constituer un levier non négligeable pour la mise en place des activités.

L'animation d'actions au niveau local demanderait cependant une plus grande présence sur le terrain que ce que les effectifs actuels ne permettent. Le recrutement suggéré plus haut de référents médicaux au niveau local pourrait faciliter le relais du niveau local avec l'équipe de coordination du PRAPS de la DDASS.

CONCLUSION

Les actions développées dans le cadre de la lutte contre les exclusions comportent deux volets complémentaires. Le premier est celui de la garantie de l'accès de tous aux droits fondamentaux. Le second porte sur les actions déployées par l'ensemble des acteurs, institutionnels ou associatifs, dans la poursuite d'une politique destinée à prévenir et combattre les situations d'exclusion.

Les actions développées en Haute Savoie par la mise en place de postes d'interface socio-sanitaire, facilitant l'accès effectif aux soins, répondent parfaitement à ce second volet. Elles impliquent également des partenariats entre l'Etat, les collectivités territoriales (Conseil Général et communes), l'assurance maladie et les associations.

Cette étude montre qu'une démarche de rattachement de l'ensemble de ces postes à des dispositifs de droit commun, garantie d'une pérennisation de ces actions, paraît actuellement essentielle. Cette évolution nécessaire implique le renforcement des partenariats et le développement d'actions au plus près des territoires. Ces axes de travail semblent devoir être au centre du volet départemental du prochain Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

Les (PRAPS), rendus obligatoires par la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, sont des outils transversaux favorisant la concertation entre les différents acteurs. Ils ont conduit ceux-ci, tant institutionnels qu'associatifs, à un changement dans les mentalités, les cultures professionnelles et les modes de travail. La question de la place de l'Etat dans ce processus peut être posée : garant de l'équité sur l'ensemble du territoire, est-il en mesure d'être le coordinateur et l'animateur des politiques au plan local ?

Les DDASS, services déconcentrés les plus proches du terrain, ont une légitimité forte dans la lutte contre les exclusions. Elles ont également un rôle important à jouer pour que les actions développées soit effectivement à la rencontre de logiques ascendantes et descendantes. Se donner les moyens d'investir ce rôle, se donner « les moyens de sa politique », c'est aussi gagner en crédibilité auprès des partenaires.

L'élaboration des PRAPS de deuxième génération est l'occasion de mettre les discours en actions, d'aller au devant des acteurs locaux, de se connaître et de communiquer, tant dans nos relations inter-professionnelles au sein de nos services que dans nos relations avec nos partenaires extérieurs.

BIBLIOGRAPHIE

Textes législatifs et réglementaires

- Loi 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.
- Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
- Loi 92-722 du 29 juillet 1992 portant adaptation de la loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988
- Loi du 31 mai 1990, dite « loi Besson » visant à la mise en œuvre du droit au logement.
- Loi du 13 mai 1991 de solidarité financière entre les collectivités locales mettant en place la Dotation de Solidarité Urbaine (DSU).
- Loi du 13 juillet 1991 d'orientation pour la ville (LOV).
- Loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion, à la lutte contre la pauvreté, à l'exclusion sociale et professionnelle

- Décret 99-215 du 22 mars 1999 relatif à l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale
- Décret n° 98-1216 du 29.12.98 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et modifiant le code de la santé publique (JO du 31.12.98)

- Circulaire DGS/SD6D n°2002/100 du 19 février 2002 relative aux Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS)
- Circulaire DGS/6C/DHOS/O2/DGAS/DIV n°393 2001 du 2 août 2001 d'orientation aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale.
- Circulaire N° DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire
- [Circulaire N° DAS/RV3/DIRMI/DSS/DH/DPM N°2000/14 du 10 janvier 2000](#) relative à : l'aide médicale de l'Etat.
- [Circulaire N° DSS/2A/N° 99/701 du 17 décembre 1999](#) relative à : la mise en œuvre de la couverture maladie universelle
- Circulaire DGS/SP 2 n° 99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité-

- Circulaire n° DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3/98/736 du 17.décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies

Rapports, études et plans

Nationaux

- Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Rapport 2001-2002, février 2002.
- Haut comité de santé publique. *La santé en France - rapport triennal*. janvier 2002
- LEBAS Jacques. *Rapport de la mission d'accompagnement de la mise en place des PASS*, mai 2000.
- Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES. L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU. *Etudes et résultats*. n° 152. janvier 2002.
- Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES. La mise en place de la CMU – *Etudes et résultats*.. n° 151. janvier 2002.
- Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES. Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 31 mars 2001. *Etudes et résultats* , N° 128. août 2001.
- Ministère de l'emploi et de la solidarité – Plan national d'action français contre la pauvreté et l'exclusion sociale – août 2001.
- Ministère de l'emploi et de la solidarité, Inspection Générale des Affaires Sociales - Premier bilan de la mise en œuvre de la loi portant création d'une couverture maladie universelle, juin 2001.
- Ministère de l'emploi et de la solidarité, Inspection Générale des Affaires Sociales - Premier bilan de la mise en œuvre de la loi relative à la lutte contre les exclusions, rapport 2000/075. juin 2000.
-

Régionaux et départementaux

- DRASS de Rhône-Alpes – statistiques et indicateurs de la santé et du social – mémento 2001 – mai 2001.
- DDASS et DRASS de Rhône-Alpes – deux années de lutte contre les exclusions en Rhône-Alpes – mai 2001.
- DRASS Rhône-Alpes – Programme régional d'accès à la prévention et aux soins 2000-2003 – juillet 2000.
- DDASS de Haute-Savoie - programme régional d'accès à la prévention et aux soins - volet départemental de la Haute-Savoie 2000-2003 – juillet 2000.

- DDASS de Haute-Savoie – rapport de l'ORSPERE : RMI, souffrance psychique et précarité sur le bassin annecien : accès aux soins et aide aux aidants – mai 2000.
- DRASS Rhône-Alpes – synthèse des diagnostics départementaux et propositions d'orientations régionales, novembre 1999.
- DRASS de Rhône-Alpes – Atlas social de la région Rhône-Alpes, indicateurs socio-sanitaires – novembre 1999.
- CAREPS – Diagnostic départemental sur l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de précarité – département de la Haute-Savoie – octobre 1999.
- CAREPS – Projet de création d'une consultation médicale pour la prise en charge de la petite traumatologie et de la petite chirurgie dans l'agglomération d'Annecy – Etude de besoin et d'opportunité – juillet 1999.
- LE LIN Brigitte – Etat des lieux sur les difficultés d'accès aux soins et à la prévention pour les populations en situation précaire dans la vallée de l'Arve, Haute-Savoie – décembre 1998.
- VIAU A, MORIN M, SOUZY AM, OBADIA Y : Connaissances, attitudes, pratiques et représentations des médecins généralistes face aux populations défavorisées. ORS PACA – Conseil général des Bouches du Rhône / Insertion, Marseille, 1997.

Mémoires ENSP

- BONMARIN S. *Souffrance psychique et précarité*. Mémoire d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales. ENSP : 2001. 70p.
- CAILLET V. *Le rôle de l'hôpital dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité : les permanences d'accès aux soins de santé en région centre*. Mémoire d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales. ENSP : 2001. 69p.
- DESPIERRES F. *Réconcilier l'accompagnement social et le soin pour les usagers d'un CHRS confrontés à la souffrance psycho-sociale*. Mémoire de directeur d'établissement social. ENSP : 1999. 63p.

Articles

- COUMAU C. Exclusion, précarité. La CMU...et après ? *Impact médecin*. 25 mai 2001, n° 536.
- DAVID J. Politique de la ville : chronologie. *Revue française des affaires sociales*. juillet-septembre 2001 n°3
- GRANIER A. Précarité et demandes de santé. *Projet*. sept 2000, n°263, pp 43-52.
- HELARDOT V. Exclusion, pauvreté, précarité...approche socio historique de l'intégration sociale. *La Santé de l'homme*. Juillet/août 2000. n° 348.

- LECOMTE T., MIZRAHI Andrée, MISRAHI Arié. Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux, *Solidarité santé*. 1997. n° 2, pp 65- 75.
- *Le journal de l'action sociale* . Dossier : à quoi sert la loi de lutte contre les exclusions ?. janvier 2001.
- *La santé de l'homme*. Dossier : Pauvreté, précarité : quelle santé promouvoir ? juillet/août 2000, N° 348, pp 11-44.
- LAZARUS A., psychopathie et société, *nouvelle revue de psychologie* n°2-3 1985, pp 71-86 in CHOBEAUX F. : *Les nomades du vide*. Arles : Acte Sud.1996. 127p.
- MAISONDIEU J. , *De l'exclusion pathogène au syndrome d'exclusion*, in Rhizome, n°4, mars 2001.

Ouvrages

- AUVRAY L, DUMESNIL S, LE FUR P. *Santé, soins et protection sociale en 2000. Enquête sur la santé et la protection sociale, France 2000*. Paris : CreDES, 2001, 194 p.
- BORDONNE J. *Guide des politiques locales d'insertion*. Dunod, 1999. 333p
- BOUCHAYER F, ed. *Trajectoires sociales et inégalités, recherches sur les conditions de vie*. Paris : Eres, 1994.
- BRUZULIER J.L. *Cachez ce pauvre que je ne saurais voir*, Rennes : éditions ENSP, 2001. 107p.
- CHOBEAUX F. : *Les nomades du vide*. Arles : Acte Sud.1996. 127p.
- DEBIONNE F.P. *La santé passe par la dignité, l'engagement d'un médecin*. Paris : éditions de l'atelier, éditions ouvrières, éditions quart-monde, 2000. 237p.
- DECLECK P. *Les naufragés*, Paris : Plon, 2001.445p
- EMMANUELLI X. *Dernier avis avant la fin du monde*, Paris : Albin Michel, 1999. 246p
- HARDY J.P. *Guide de l'action sociale contre les exclusions : Champ et définitions, concepts et enjeux, Outils et dispositifs*. Paris : Dunod, 1999. 438p
- HASSOUN D. *Précarité et état de santé bucco-dentaire*. Paris: CreDES, 1988, 100 p.
- Haut comité de santé publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes : ENSP Editions, 1998/02. 285p
- JOUBERT M., CHAUVIN P., FACY F., RINGA V., eds. *Précarisation, risque et santé*, Paris : Inserm, 2001. 474p.
- LEBAS J, CHAUVIN P, eds. *Précarité et santé*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1998. 299p.
- LECLERC A, FASSIN D, GRANDJEAN H, KAMINSKI M, LANG T, eds. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte, 2000. 441p.

Sites internet :

Légifrance :	http://www.legifrance.gouv.fr
Ministère de l'emploi et de la solidarité :	http://www.social.gouv.fr
Délégation interministérielle à la ville :	http://i.ville.gouv.fr/
Contrat de ville Annemasse	http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/cvannemasse.pdf
Contrat de ville vallée de l'Arve	http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/cvvalleearve.pdf
ORSPERE :	http://www.ch-le-vinatier.fr/ORSPERE/
Conseil général de Haute Savoie :	http://www.cg74.fr/
Haut Comité de Santé Public :	http://hcsp/
Observatoire régional de la santé Rhône Alpes	http://www.ors-rhone-alpes.org/

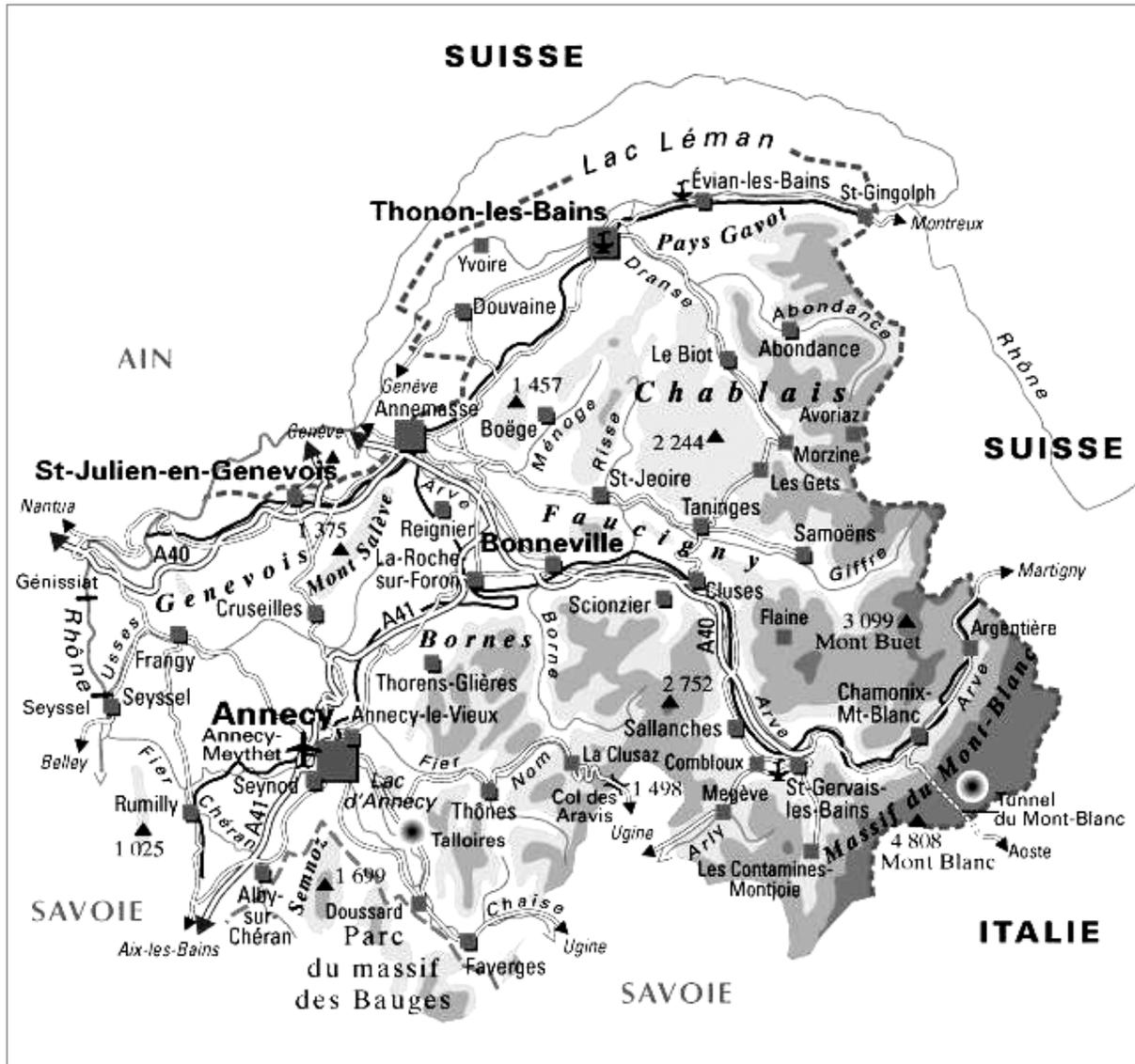
LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Carte de Haute Savoie

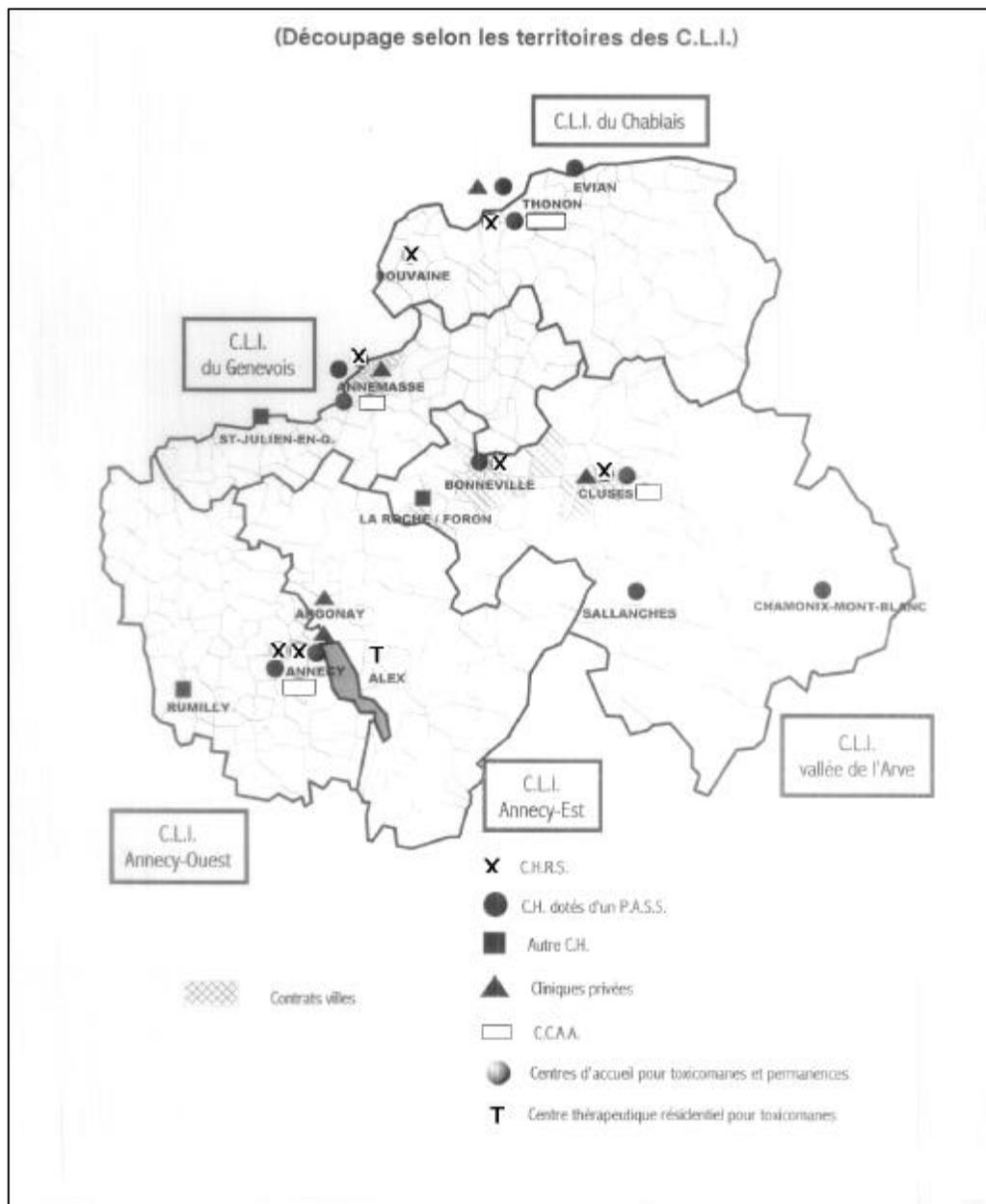
Annexe 2 : Opérateurs dans le domaine de la précarité

Annexe 3 : Exemple de lettres de mission d'infirmières interface

Annexe 4 : Liste des personnes rencontrées



Carte des Opérateurs – PRAPS



Lettre de mission du poste de la moyenne vallée de l'Arve (1)

LETTRÉ DE MISSION A MADAME

INFIRMIERE DE SANTE PUBLIQUE

L'infirmière de santé publique de la Vallée de l'Arve a été recrutée le 1^{er} avril 1998, à la demande de la Commission Locale d'Insertion, dans le cadre des actions définies dans le Plan Départemental d'Insertion, afin de mettre en place un dispositif favorisant l'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité et notamment les bénéficiaires du R.M.I.

La loi de lutte contre l'exclusion du 28 juillet 1998 a instauré la réalisation du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins. Le volet Haute-Savoie du PRAPS RHONE ALPES nécessitera une coordination des actions à mener tant au sein du comité de pilotage départemental que dans le cadre de réseaux locaux par bassin.

Dans le cadre du contrat de plan Etat-Région, des contrats villes ont été signés pour la période 2000-2006, dans lesquels les actions de santé doivent prendre une place nouvelle, dont le contrat ville de la Moyenne Vallée de l'Arve.

L'action de l'infirmière de santé publique de la Vallée de l'Arve s'inscrit dans l'ensemble de ces dispositifs, qui engendrent une évolution de son poste.

Outre les missions assumées jusqu'à présent (voir profil de poste défini précédemment joint en annexe) devront être développées les missions suivantes :

➤ Dans le cadre du PRAPS :

- participer au comité de pilotage et aux groupes de travail départementaux du réseau territorial de la Vallée de l'Arve en matière de coordination des actions et assurer l'animation en tant que de besoin du réseau,*
- permettre de renforcer le partenariat entre hôpital et acteurs de terrain par une collaboration réciproque avec les représentants des permanences d'accès aux soins de santé des hôpitaux du Mont Blanc et d'ANNEMASSE BONNEVILLE.*

➤ Dans le cadre du contrat-ville :

- l'infirmière de santé publique sera un référent pour la mise en place, le suivi et l'évaluation des actions de santé à prévoir. Elle pourra être amenée à animer un groupe de travail spécifique sur la santé.*

➤ Dans le cadre du R.M.I. :

- Le travail d'accompagnement réalisé au sein de la C.L.I. se poursuit, mais fait l'objet d'une réflexion sur ses modalités et ses objectifs.*

./...

Lettre de mission du poste de la moyenne vallée de l'Arve (2)

➤ Autres actions :

. l'infirmière peut être amenée à apporter son concours aux institutions en particulier aux Instituts de formation en soins infirmiers (encadrement de stagiaires sur leur lieu de travail, enseignement, conseil technique...).

PROFIL DE POSTE DE L'INFIRMIERE DE SANTE PUBLIQUE

1. Identification du poste

Infirmière de santé publique avec pour objectif principal d'amener les personnes en situation Précaire à une autonomie totale ou partielle dans les démarches de soins. L'infirmière Intervient à proximité des pôles sociaux, des associations, des foyers d'hébergement, etc...

2. Situation dans la structure

L'infirmière se situe au sein de la Commission Locale d'Insertion (C.L.I.), mais intervient aussi Auprès des personnes en difficulté autres que celles bénéficiaires du R.M.I.

3. Les principales missions

- *faciliter l'accès aux soins et à la prévention pour les personnes en situation de précarité*
- *accorder une écoute attentive, profonde à ces personnes afin de mieux les aider*
- *soutenir les professionnels*
- *être médiatrice entre le secteur social, médical et bénévole*
- *activer les réseaux existants (professionnels libéraux, hospitaliers, etc) localement dans un premier temps*
- *observer et évaluer les besoins en matière de santé des populations en précarité, dont le but est de mettre en place des actions innovantes.*

4. Compétences requises

- *connaître la population en situation précaire*
- *savoir observer et évaluer des besoins*
- *savoir définir et mettre en place des stratégies d'actions de prévention*
- *écouter sans porter de jugement, être disponible, souple dans l'organisation du travail*
- *faciliter la communication entre les professionnels, entre les professionnels et les bénévoles.*

Liste des personnes rencontrées

Mme Pinat	Directrice de la DDASS de Haute Savoie
M Peccoud	Médecin Inspecteur de Santé Publique - DDASS de Haute Savoie
Mme Roy	Inspectrice principale, pôle social - DDASS de Haute Savoie
Mme Mangin	Médecin coordinateur du PRAPS - DDASS de Haute Savoie
Mme Pesenti	Directrice de la Prévention et du Développement Social - Conseil Général de Haute Savoie
Mme Danjou	Médecin chef du Service des Actions de Santé - Conseil Général de Haute Savoie
Mme Lagrange	Animatrice locale d'insertion - Commission Locale d'Insertion - Annecy
Mme Claude	Animatrice locale d'insertion - Commission Locale d'Insertion - Annemasse
Mme Siméoni	Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Annecy
M Lesimple	Directeur de l'hôpital de Thonon
Mme Roupioz	Coordinatrice du service social - Centre Hospitalier d'Annecy
Mme Tissot	Responsable du secteur de coopération sanitaire - Centre Hospitalier d'Annecy
M Roche	Médecin psychiatre - Centre Hospitalier Spécialisé de Seynod
Mme Mall	Assistante Sociale - PASS de l'hôpital d'Annecy
Mme Damien	Assistante Sociale - PASS de Thonon
Mme Bauquel	Assistante Sociale - PASS d'Annemasse
M Besson	Assistant Social - PASS de Thonon
M Barallon	Directeur du CHRS Saint François, Annecy
M Barthomeuf	Directeur du CHRS la Margelle, Thonon
M Despierres	Directeur du CHRS Foyer d'Accueil Féminin, Annecy
M Denjean	Chef de projet du contrat de ville - Annemasse
M Gicquel	Directeur de l'association APRETO
Mme Vignat	Infirmière de l'accueil médical gratuit du Conseil Général de Haute Savoie
Mme Marti	Responsable du service de médiations sociales - Sonacotra
Mme Femelat Banet	Infirmière - service de médiations sociales - Sonacotra
M Poorkazemi	Infirmier - Herminette
M Géant	Educateur spécialisé - Herminette
Mme De Gouis	Infirmière - foyers de travailleurs migrants de la vallée de l'Arve
Mme Le Lin	Infirmière - moyenne vallée de l'Arve (98 à 2001)
Mme Bouly	Infirmière - Permanence Médico Sociale Itinérante (en 2001)
Mme Dubois Chailloux	Infirmière - service de psychiatrie - hôpital de Thonon
Mme Pecqueur	Infirmière - service de psychiatrie - hôpital de Thonon
M Chauvin	Médecin épidémiologiste - Inserm U444, Paris