

Préambule :

Le 14 juin 2011 à l'issue d'une année de questionnements sur son avenir¹, Revih-sts décidait, en Assemblée Générale, de réécrire son projet associatif en inscrivant celui-ci dans le champ de la lutte contre les inégalités de santé². Dans cette perspective, l'association s'engageait à « *établir un état des lieux des situations d'inégalités sociales de santé dans le département et à contribuer à l'élaboration de projets avec les partenaires recensés et rencontrés, intervenant dans le domaine de la précarité* ». C'est dans ce cadre et celui d'une convention de partenariat avec le Conseil Général de la Savoie, que l'association Revih-sts a décidé de réaliser une étude qualitative sur le thème de la santé et de la précarité en Savoie. L'objectif de ce travail était de déterminer avec les partenaires, des axes de travail et de les traduire en propositions d'actions.

La méthode de travail retenue a été la suivante :

- réalisation d'entretiens qualitatifs individuels ou collectifs auprès de personnes intervenant dans le champ de la précarité et de la santé en Savoie³, sur l'ensemble des territoires du département, à partir d'une grille d'entretiens semi-directifs,
- repérage des constats et problématiques les plus fréquemment abordés par les personnes rencontrées et mise en perspective pour des propositions d'action.

Un tel recueil qualitatif n'a pas la prétention d'une quelconque exhaustivité: la réalité décrite dans le présent rapport est principalement celle perçue et exprimée par nos interlocuteurs, avec la diversité de leurs positionnements professionnels, militants ou institutionnels, avec leurs sensibilités. Le croisement des points de vue et d'observations d'origines diverses et la mise en évidence des points de convergences et de divergences nous permet cependant d'avoir une représentation précise de la santé des personnes précaires et de leurs accompagnements en Savoie.

Il convient de mettre ce travail en perspective avec d'autres études et analyses : tel est l'objectif des références de bas de pages de ce document.

Le présent rapport est divisé en trois parties :

- La Santé des personnes précaires telle que perçue par les personnes que nous avons rencontrées,
- L'accompagnement des personnes précaires vers le soin,
- Les propositions issues de cette étude.

¹ En annexe nous présentons l'histoire de Revih-STTS et celle du réseau Santé et Précarité de l'agglomération de Chambéry.

² Les inégalités de santé ont fait l'objet d'un important rapport de l'IGAS en mai 2011, rapport dont nous présentons un court extrait en annexe.

³ 43 entretiens auprès de travailleurs sociaux, professionnels de santé, structures d'hébergement, associations caritatives... Voir liste en annexe.

1° La santé des personnes précaires en Savoie :

La diversité des personnes rencontrées lors des entretiens est à l'image de l'hétérogénéité des situations de précarité auxquelles notre société est confrontée.⁴ Il est en effet difficile de mettre sur le même plan l'extrême fragilité d'une personne qui vit dans la rue à Chambéry, la situation d'un bénéficiaire du RSA résidant dans une commune rurale ou celle d'un demandeur d'asile hébergé dans un foyer. Chacun a sa propre perception de la précarité, de ce qu'elle représente aujourd'hui : *« La précarité c'est le risque de perdre quelque chose (logement, travail ...), cela va devenir la majorité de la population. Aujourd'hui cela concerne probablement plus de 30% de la population. C'est être dans une instabilité, sans être sûr du lendemain. »*⁵

La perte de liens et la souffrance psychique, dénominateurs communs

Au regard de l'étude que nous avons menée, il ressort que le dénominateur commun à la précarité, est vraisemblablement la perte progressive ou brutale de tous liens sociaux (familles, relations de travail, amis) : cela peut être plus dramatique encore que l'absence de sécurité, qu'elle soit matérielle ou financière. C'est sans doute la raison pour laquelle le mal-être, la souffrance psychique, caractérisent la majorité des situations de précarité : *« C'est le mal être que nous traitons. Ce mal être qui engendre, entretient ou renforce la précarité. »*

Pour les professionnels qui soignent les personnes précaires *« le fait de ne pas retirer son vêtement peut être un signe de précarité, cela veut dire qu'il y a quelque chose d'insécurisé. Enlever son vêtement c'est retirer une de ses protections. Si on ne l'enlève pas c'est qu'on n'est pas forcément à l'aise, on vient là furtivement, on ne voudrait pas trop se dévoiler, ou pas trop parler en dehors des questions de soins, on ne veut pas aborder les problèmes sociaux ou financiers..... La précarité c'est aussi l'absence de relationnel, de réseaux sociaux ».*

Ainsi, la santé des personnes précaires s'inscrit dans une suite de dégradations du corps et du psychisme, passant dans la plupart des situations par des consommations régulières ou excessives de substances psychoactives⁶, l'alcool dans la majorité des cas. *« Pour moi, ce sont les problématiques d'addictions qui ont amené les personnes à la précarité. » « La majorité des personnes que je vois ont un problème d'addiction : alcool, cannabis, médicaments. Ils ne sont pas pour autant forcément dépendants de ces produits : les consommations cachent d'autres problèmes psychiques. Ils se servent des produits comme antidépresseurs ».*

Cette dégradation se traduit par des problèmes de santé quantitativement plus importants que dans le reste de la population : *« Il n'y a pas de pathologie spécifique liée à la précarité ou à la pauvreté. Par contre il y a une fréquence accrue des pathologies et une gravité plus importante. Ce qu'on constate c'est un vieillissement prématuré des personnes. Une usure des personnes. »*

⁴ Voir à ce propos les travaux de Jean Furtos, en particulier l'article « La précarité au cœur de la mondialisation » paru dans Le Carnet Psy 7/2011 : <http://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2011-7-page-1.htm>

⁵ Dans ce document, les textes en italiques sont des extraits des entretiens réalisés dans le cadre de l'étude. Nous avons sélectionné les plus représentatifs et/ou ceux qui apportaient un éclairage particulier sur un des points de l'étude. Nous avons choisi de ne pas référencer chaque citation, afin de ne pas alourdir la lecture du document. Des propos cités ont été tenus (quasiment à l'identique) par différents interlocuteurs.

⁶ Voir, notamment, le dossier sur « précarité, consommations à risque et cancers » publié dans le n°33 de la revue Addictions publiée par l'ANPAA : <http://flipbook.anpaa.fr/upload/pdf/Addictions-33.pdf>

La perte des sécurités matérielles et financières, le RSA

Le passage d'une situation stable à une situation précaire s'est accéléré (perte d'emploi, de logement...) : *« Il y a par exemple la situation des travailleurs indépendants qui avaient un super train de vie qui ont basculé, avec l'absence de couverture sociale, d'où des difficultés d'accès aux soins. »* Mais la précarité concerne aussi des personnes avec des revenus (*« le travail ne suffit plus à protéger »*), ce qui a un impact direct sur l'action des associations qui accueillent de plus en plus de « travailleurs pauvres » (pour l'aide alimentaire en particulier) et ce dans tous les territoires : *« ici, 25% des demandes d'aides viennent de la part de personnes qui ont un travail ».*

Certains secteurs géographiques du département de la Savoie sont plus concernés que d'autres par la crise, telle que la ville de Moutiers : *« Il y a une vraie poche de précarité à Moutiers. Moutiers est une ville de tradition ouvrière avec un parc HLM important mais les usines ont fermé. En 91 - 92 il y a eu l'arrivée de familles, du Nord notamment, pour les Jeux Olympiques ... Aujourd'hui, nous remarquons une explosion du nombre de familles venant aux restaus du cœur. »*

De l'avis des partenaires rencontrés, tous les bénéficiaires du RSA ne sont pas précaires (certains sont insérés socialement) mais *« le RSA est révélateur des parcours des personnes en situation de précarité: des parcours parfois chaotiques avec de multiples souffrances »*. Plusieurs travailleurs sociaux considèrent aussi que ce dispositif permet d'aborder de façon concrète la santé avec les personnes précaires : *« Le passage du RMI au RSA a permis d'englober l'ensemble des problématiques liées à la précarité : accompagnement social et de santé. » « La majorité de nos contrats RSA tournent autour de la santé. »*

Cependant, toutes les personnes susceptibles de pouvoir bénéficier de ce revenu ne font pas les démarches pour y avoir accès, de même que certaines personnes renoncent à faire les démarches nécessaires pour avoir accès à la CMU⁷, à l'AME ou même à leur retraite : *« On a beaucoup de personnes qui pourraient être dans le dispositif RSA, mais qui ne sont pas reconnues comme telles : ce sont des personnes en grande difficulté mais qui ne vont pas d'elles mêmes vers les services sociaux. »* Le non recours aux droits sociaux a été récemment mis en évidence par l'ODENORE⁸ (Observatoire des non-recours aux droits et services) et repris par plusieurs journaux.⁹

Un de nos interlocuteurs illustre ce problème par la dramatique histoire suivante : *« Il y a quelques années, dans un village, un monsieur est arrivé à l'âge de la retraite. Personne ne se rendait compte qu'il ne touchait pas sa retraite : un beau jour, il a commencé à demander de l'essence pour sa voiture ... et puis un jour il s'est suicidé. Il y a ainsi beaucoup de personnes qui pourraient avoir des droits mais qui ne font pas les démarches. »*

⁷ A ce propos, on trouvera de nombreuses informations et analyses dans Références, la lettre d'information éditée par le fond de financement de la protection complémentaire de la Couverture Maladie Universelle : <http://www.cmu.fr/userdocs/CMU%20N46.pdf>

⁸ <http://odenore.msh-alpes.fr/>

⁹ Selon une étude de l'ODENORE la moitié des personnes éligible au RSA n'en fait pas la demande :

http://odenore.msh-alpes.fr/documents/article_ash_16122011x.pdf et

<http://odenore.msh-alpes.fr/content/ces-salards-de-pauvres-qui-boudent-le-rsa-le-canard-encha%C3%AEn%C3%A9>

Précaires en milieu rural

Les professionnels de l'action sociale interviewés observent des migrations de personnes en difficulté (voire très précaires) depuis les territoires urbains vers les secteurs ruraux. « *Dans le canton de Chamoux beaucoup de personnes viennent se mettre au vert pour qu'on ne les embête plus, pour être loin des services sociaux ...* », « *Certaines personnes précarisées viennent ici pour échapper à ce qu'elles vivaient dans d'autres départements, notamment en protection de l'enfance, elles fuient pour être isolées. Ce sont des mères isolées sans véhicule, sans permis et sans expérience professionnelle ... Nous avons de plus en plus de situations. Il y a aussi des hommes seuls en rupture, avec des addictions, sur Yenne en particulier.* » (Avant Pays Savoyard).

Dans plusieurs territoires du département, les professionnels pointent les grandes difficultés rencontrées par des femmes vivant seules avec des enfants, par ce qu'elles sont éloignées des structures sociales et de soin : « *C'est une population dispersée sur l'ensemble de la vallée. Le fait d'être en milieu rural accentue l'isolement et l'absence d'envie de se bouger, de se prendre en charge. L'effort pour aller vers les soins est encore plus compliqué.* » (Maurienne).

En Savoie il existe aussi de nombreuses situations de personnes âgées précaires dans des endroits parfois très isolés : « *En milieu rural nous constatons le développement d'une précarité économique chez des personnes qui vieillissent seules ; cela est souvent lié à un isolement familial et géographique. C'est une des caractéristiques du département de la Savoie. C'est une précarité qui n'a pas d'incidence en matière de logement car celui-ci est en majorité privatif (fermes familiales par exemple).* ». Ce constat est partagé autant par des professionnels sociaux que par des médecins libéraux : « *Dans les Bauges, certaines personnes âgées vivent avec des conditions d'un « autre âge » sans être précaires pour autant. Nous les voyons lors des visites à domicile ; les logements sont insalubres, c'est choquant pour nous. Et pourtant certaines sont propriétaires.* »

Dans les secteurs ruraux vivent aussi des personnes venues avec l'espoir de trouver un travail, notamment dans les stations de tourisme. Peu à peu, leur situation s'est dégradée, principalement pour des raisons économiques. « *Le canton d'Aime a attiré de nombreuses familles d'autres départements du fait de la proximité des stations (La Plagne). La précarité y est très présente avec de gros problèmes en matière de protection de l'enfance.* », « *Sur le canton d'Aiguebelle, la population s'est beaucoup renouvelée. Les gens sont venus parce qu'il y avait du travail (centre pénitentiaire), les gens se sont installés et puis sont venues les difficultés financières...* ».

Au regard de ce qui se passe dans les agglomérations, « *La précarité est davantage cachée en milieu rural* ». Paradoxalement, au-delà des réseaux de solidarités qui demeurent parfois, la proximité entre les personnes peut être un obstacle supplémentaire à l'accès à la santé : « *En Chautagne, ce qui ressort c'est l'alcoolisme, la souffrance psychique et la stigmatisation (il ne faut pas montrer qu'on est pauvre).* », « *Ici les médecins de familles connaissent « trois générations » de personnes, ce qui ne facilite pas forcément les choses : parfois c'est trop de proximité.* » « *En milieu rural ces personnes ne causent pas de nuisance à l'entourage. On n'en parle donc pas.* »

Il arrive aussi que sur certains territoires ruraux (Avant Pays), des personnes vivent dans des logements de type caravane : « *ce sont des situations très précaires, pas de chauffage etc... mais c'est un « toit », il n'y a donc pas d'accompagnement dans le cadre de la très grande précarité.* »

La grande précarité

Ainsi, la « grande précarité »¹⁰ a évolué, s'est accentuée, et ne concerne plus seulement les territoires urbains, mais aussi des secteurs ruraux (Avant Pays Savoyard, Bauges...).

Plusieurs professionnels interrogés soulignent qu'il y a de plus en plus de jeunes qui vivent dans la rue notamment à Chambéry et Aix les Bains et aussi dans des communes de moindre importance (Montmélian, La Rochette...): « ...Nous sommes très inquiets de voir l'augmentation de jeunes en errance, en rupture avec la famille ». « A la Boutique¹¹, nous notons un rajeunissement de la population : des 18 – 25 ans, qui vivent dans la rue surtout dans l'agglomération chambérienne. Il y a aussi les jeunes saisonniers ».

En 2009, 80 jeunes de moins de 25 ans ont été recensés à l'accueil de jour à Chambéry, ils étaient 140 en 2010 : « ce sont souvent des jeunes qui sont partis de chez eux par refus de l'autorité parentale. » Parfois la situation est très dégradée et inquiétante pour les professionnels soignants : « Il y a aussi de très jeunes femmes pour qui la solution pour survivre, c'est de « faire un bébé », alors qu'elles n'ont même pas vécu d'adolescence. Ce sont des situations de très grande précarité. Ce sont des choses qui ne sont pas dites, mais qui ne sont pas si rares. »

Sans toit, ces personnes vont de foyer en squat, cumulant les problèmes de santé induits par ce mode de vie : ils ont souvent des problèmes de peau, certains refusent de se laver et de se soigner lors de leurs passages dans les structures d'accueil collectif. La perte des liens sociaux évoquée plus haut est d'autant plus réelle: « plus on est précaire plus les liens avec les autres se restreignent ; quand on va vers l'autre c'est pour quelque chose de bien précis. On devient méfiant vis-à-vis des autres. Parfois on va vers l'autre et quand les choses peuvent s'améliorer et bien on lâche le lien. ... ».

Les demandeurs d'asile et les étrangers en situation irrégulière

Les demandeurs d'asile et les étrangers en situation irrégulière constituent une population spécifique parmi les personnes précaires. Les demandeurs d'asile doivent faire face à de nombreux obstacles administratifs tels que des délais de plus en plus longs pour obtenir leurs droits à l'Assurance Maladie, à la CMU. Les étrangers en situation irrégulière sont les plus en danger, ne serait-ce qu'à cause des problèmes de logements et des conséquences liées aux modalités d'accès à l'Aide Médicale d'Etat. « Ce que je vois est dramatique : c'est un nombre de plus en plus important de personnes qui ont des symptômes post traumatiques et avec des douleurs importantes, des somatisations. Ces personnes veulent qu'on traite le somatique alors que leur principal problème est d'ordre psychique, lié à leur histoire et à leur situation administrative ... J'ai vu une personne avec une balle dans le pied, il a été débouté du droit d'asile. »

Pour toutes ces personnes, la question de l'hébergement est donc essentielle, mais reste compliquée malgré l'existence de plusieurs structures en Savoie: « Il n'y a aucun lieu pour les héberger durablement. C'est ainsi que certaines familles sont hébergées en C.H.U. dans des logements exigus pendant des périodes pouvant aller jusqu'à deux ans ou plus ... Ils sont alors dans un état de précarité psychique, intellectuelle ... Ce sont des gens qui souffrent énormément. C'est une précarité qui se construit du fait des politiques réglementaires. Cela c'est une partie de notre réalité de travail. »

¹⁰ Caractérisée notamment par l'absence de logement : « Quand on a un toit sur la tête, cela fait un contenant, il y a un minimum de repères, de sécurités. Quand on est sans toit du tout, on bascule dans la grande précarité. »

¹¹ La Boutique, CAARUD, gérée par l'association Le Pélican : www.le-pelican.org

Les personnes accueillies au sein de structures d'hébergement

Les foyers et autres structures d'hébergement accueillent des personnes avec des statuts et des situations très diverses : demandeurs d'asile, travailleurs immigrés vieillissants, jeunes travailleurs ou encore personnes souffrant de maladies chroniques par exemple. Cette population ne constitue donc pas une entité en tant que telle, mais, compte tenu du nombre de plus en plus important de personnes en grande difficulté, « *l'hébergement des personnes les plus précaires reste compliqué car dans les C.H.U. il y a certaines exigences incompatibles avec l'état de certaines personnes qui pourtant auraient besoin de soins* ».

Cependant, d'une façon générale, la vie en collectivité favorise la création de liens entre les personnes, ce à quoi travaillent les personnes qui y interviennent : « *Nous les aidons à être solidaires* ». Cela se concrétise souvent par des actions collectives favorisant ces liens.

La complexité du système de soins

La complexité de notre système de protection sociale est souvent citée comme un frein à l'accès aux soins, en particulier pour les plus démunis. C'est pourquoi les intervenants bénévoles ou professionnels passent souvent beaucoup de temps à aider les personnes précaires dans leurs démarches : « *Avec d'autres personnes qui viennent au Centre Social, nous passons du temps à leur expliquer la CMU, la protection sociale, surtout les personnes étrangères* ». « *Nous sommes particulièrement vigilants quant aux droits à la CMU, aux renouvellements de droits, à l'accès aux mutuelles. Ne serait-ce que parce qu'il y a un délai de 2 mois à la Sécu pour monter un dossier de CMU et l'effet n'est pas rétroactif, ce sont des droits perdus.* » « *La complexité et les délais pour obtenir une CMU C ou ses Indemnités Journalières Maladies peut entraîner le fait que les jeunes et moins jeunes ne vont pas vers le soin (même les travailleurs sociaux se perdent dans les dossiers hyper-compliqués à faire)* ».

Nos interlocuteurs s'inquiètent de l'évolution du système qui selon eux se rigidifie de plus en plus : « *Nous percevons de plus en plus les effets de seuils avec la CMU : c'est au centime près. Cela on le voit avec les sorties de RSA ... Nous allons avoir d'autres difficultés avec les personnes vieillissantes qui sortiront des dispositifs plus tard avec la retraite ; comment les accompagner ? Les systèmes sont très cloisonnés, et difficiles, en particulier pour les personnes qui vieillissent.* », « *En ville comme en milieu rural il y a tous ceux qui sont à la limite des minimas sociaux : à force de trop cadrer les dispositifs règlementaires il y aura de plus en plus de personnes qui graviteront autour des dispositifs et seront exclues de tout.* »¹²

¹² A ce propos on pourra lire avec intérêt l'avis du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale en date du 5 juillet 2011 :

http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Avis_CNLE_sur_acces_aux_soins_version_finale_050711_2_3_.pdf

Les disparités géographiques de l'offre de soins

En Savoie, il existe des disparités géographiques importantes dans l'offre de soins, notamment pour ce qui concerne le dentaire, l'ophtalmologie, la psychiatrie ... Certains cantons sont particulièrement pointés : « *L'accès aux soins est la principale difficulté rencontrée par les personnes en situation (ou non) de précarité sur le secteur de Tarentaise Vanoise : diminution du nombre de médecins généralistes, donc plus de visite à domicile, quasi-absence de spécialistes libéraux. Par exemple pour de l'orthodontie, il faut aller à Albertville ou Ugine. Il n'y a pas de médecin ophtalmologue à Moutiers (un seul à Bourg St Maurice, sinon c'est Albertville), ni de psychiatre (Albertville)* ».

Dans plusieurs secteurs ruraux c'est surtout l'accès aux soins psychologiques et psychiatriques qui est perçu comme problématique : « *Au niveau de l'accompagnement psychologique, ne viennent se faire soigner que les personnes qui en ont les moyens. Le CMP demande d'avoir un véhicule... ce qui n'est pas possible pour les personnes précaires.* » (Bauges, Combe de Savoie...).

Dans les grandes villes ces problèmes se posent moins : « *c'est très bien balisé à Chambéry. Pour une personne qui a un problème de santé somatique, il n'y a pas de problème. Il y a une offre de soin assez exceptionnelle.* »

Cependant, pour certaines personnes, notamment les personnes âgées, le fait de se déplacer pour aller se faire soigner demeure une difficulté, même en ville : « *A l'Espace de Santé Publique, on a des personnes âgées avec des toutes petites retraites qui arrivent fatiguées, car elles n'ont pas les moyens de venir en bus ou en taxi. L'autre jour une dame avait mis toute une journée pour venir en consultation.* », (Chambéry) « *Certains (y compris des personnes âgées) font du « stop » pour aller se faire soigner. Inégalités sociales et inégalités géographiques se cumulent.* » (Tarentaise)

Renoncement, non recours aux soins et refus de soins

L'accès aux soins fait partie des droits fondamentaux dans notre société. Depuis plusieurs années, l'ODENORE mène des recherches et propose des outils pour lutter contre les inégalités d'accès aux droits. Cet organisme propose de distinguer le renoncement aux soins du non recours aux soins. Alors que le renoncement relève « *d'un besoin de soins identifié mais non satisfait* », le non-recours renvoie « *à un besoin de soins avéré sur le plan médical, mais non satisfait* »¹³.

Au travers des entretiens réalisés pour cette étude, le non recours aux soins apparaît comme la conséquence du fait que pour des personnes très précaires, la santé, le soin, ne sont pas une priorité. « *Souvent nous voyons des personnes pour qui la santé n'est pas la priorité. Nous les voyons se dégrader énormément : au niveau des dents, des douleurs ... Et nous n'arrivons pas à accrocher, parce que ce n'est pas la priorité pour eux, leur priorité est de manger ...* ». Ce qui fait dire au responsable d'une association : « *Le système est parfois hypocrite car on demande à quelqu'un qui n'a pas conscience de son état de faire une démarche de soin ...* ».

¹³ Pour une présentation plus détaillée de cette distinction voir le texte de Philippe Warin en suivant ce lien : http://odenore.msh-alpes.fr/documents/texte_p_warin_colloque_renoncement_aux_soins.pdf.

De son côté, l'animatrice santé d'un Foyer de Jeunes Travailleurs repère « *des jeunes de moins de 25 ans, isolés qui ont besoin de soin souvent lié à une addictologie, mais qui ne mettent pas cet axe en priorité (même s'ils ont conscience qu'il le faudrait) car ils n'ont aucun revenu : pas de travail, pas de droit aux ASSEDICS et pas de droit au RSA. Leur priorité (du coup) sera de chercher un emploi* ».

Le renoncement aux soins a parfois pour cause l'image que les personnes précaires ont d'elles-mêmes: « *Parfois des personnes ont honte de leur statut, ne vont pas dire qu'elles ont la CMU et du coup ne vont pas voir les médecins, les spécialistes, pour ne pas utiliser leur « statut de CMU ». C'est quelque chose qui nous revient. Ce sont peut-être des gens qui n'étaient pas précaires et qui le sont devenus.* ». Ce sentiment est encore plus fort chez des personnes qui se sentent « *coupables d'être pauvres* ». « *Cela a pour effet d'inciter certaines personnes à supprimer des dépenses de santé, pour ne plus avoir à demander de l'aide, pour devenir invisibles*»

Pour d'autres c'est la crainte de ne pas pouvoir faire face aux dépenses qui motive le renoncement aux soins : « *Certains n'entrent pas dans un parcours de soins parce qu'ils pensent qu'ils n'y arriveront pas : dentaire, lunettes...* ».

Les représentations du corps médical (de la part des patients), les problèmes de culture peuvent aussi freiner ou retarder l'accès aux dépistages et aux soins : « *Il y a la crainte de l'examen, de la rencontre avec le médecin qui est souvent mis sur un « piédestal »... Pour certains c'est un « dieu », c'est une personne intellectuelle... C'est pourquoi la patiente demande qu'on y aille ensemble pour poser les bonnes questions, ne pas être déstabilisée... comprendre ce qui est dit. Le langage du médecin n'est pas toujours adapté ...* »¹⁴

Parfois, des personnes ne vont pas se faire soigner en raison des délais d'attente : « *Pour avoir un rendez-vous avec un ophtalmologue c'est très long, cela peut aller jusqu'à 6 mois. Pour les personnes précaires 6 mois c'est très long. Si personne ne leur rappelle le rendez-vous, elles ont le temps d'oublier*¹⁵»

Parmi les freins à l'accès aux soins, la majorité de nos interlocuteurs ont évoqué cette question du temps : « *Le temps de la personne précaire est particulier. Et cela est parfois compliqué à faire comprendre à nos partenaires.* » Une autre personne précisait cela : « *Les personnes précaires demandent plus de temps de consultation. Une personne précaire qui va voir un généraliste aura d'abord du mal à exprimer pourquoi elle vient. Cela rend les choses plus compliquées, plus longues.* »

Des personnes qui ont un emploi, renoncent parfois à se mettre en arrêt maladie alors que leur état de santé l'exigerait : « *c'est le cas des travailleurs pauvres ou précaires* » qui ne peuvent pas faire face à « *une baisse de salaire et des délais importants parfois pour recevoir leurs Indemnités Journalières Maladies* ».

¹⁴ En Isère le Point Précarité Santé (POPS) a mené une recherche action sur le dépistage auprès des personnes précaires. Le rapport réalisé en 2010 apporte un éclairage très intéressant sur les relations avec les professionnels de santé, les questions culturelles... http://pops38.fr/images/stories/docs_pdf/Etudes/rapportdepistage.pdf

¹⁵ Sur ce sujet voir les études de l'IRDES : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Qes2011.html>

Enfin, pour les plus exclus, lorsque le traitement est prescrit, la difficulté réside dans le fait de pouvoir le suivre *« simplement parce qu'elles n'ont pas la possibilité de stocker en sécurité leurs médicaments. C'est pourquoi l'hébergement conditionne les traitements. »* Ce problème est particulièrement aigu lorsque les personnes sortent de l'hôpital avec des traitements lourds, les traitements psychiatriques en particulier.

Au cours des entretiens, nous avons eu plusieurs témoignages à propos des refus de soins en médecine libérale pour des personnes bénéficiaires de la CMU ou de l'AME. Cela concernait principalement les spécialistes, plus rarement les généralistes : *« J'ai vu dans la salle d'attente d'un médecin, un panneau indiquant « Ici nous ne prenons pas la CMU ». C'était chez un médecin traitant. »*. *« J'ai le cas d'un gynécologue qui a refusé de prendre quelqu'un qui avait l'AME. Cela s'est passé aussi dernièrement avec un pharmacien »*. Parfois il ne s'agit pas de refus directs, mais de pratiques stigmatisant les personnes précaires. *« Il y a une affichette « si vous avez la CMU, venez-vous présenter à l'accueil » sous-entendu parce que le dossier va être long à traiter. »*, *« Une personne disait que le jour où elle a présenté sa carte de CMU à son dentiste celui-ci a fait « une drôle de tête ». Les personnes ne comprennent pas pourquoi. »*

Ces témoignages viennent de différents territoires et de professionnels ou de militants associatifs de divers horizons qui essaient de comprendre ces refus : *« Les dentistes trouvent que les personnes qui ont la CMU ne viennent pas à leurs rendez-vous ; les praticiens doivent tirer les prix pour s'ajuster aux tarifs CMU ... C'est pourquoi ils ont des réticences. Ils craignent qu'en accueillant trop de personnes qui ont la CMU, ils soient envahis, ils souhaitent un système de répartition entre dentistes. »*. *« Il y a le risque de ne pas pouvoir se faire payer s'il veut appliquer des dépassements d'honoraires. Ce qu'il ne peut pas faire pour les bénéficiaires de la CMU. »*

Nos interlocuteurs renvoient souvent cette question à celle du regard posé par la société sur la précarité : *« De la part de certains professionnels de santé il y a une question de représentation du public précaire qui va peut-être avoir des problèmes d'hygiène, qui va dénoter dans sa salle d'attente »*.

Notons enfin, qu'en complément de ces propos, plusieurs personnes nous ont fait part de la relation privilégiée qui existe souvent entre le patient et son médecin généraliste : *« Le médecin est vécu comme le confident des personnes. Les personnes racontent beaucoup dans ce cadre de soins. »*

Précarité et urgences hospitalières

En matière d'accès aux soins, les services d'urgences hospitaliers sont souvent privilégiés par les personnes précaires, en particulier en ville. Cela peut être motivé par l'image que leur renvoie leur statut de « précaire » : *« Certains disent qu'ils préfèrent passer par les urgences de l'hôpital pour passer inaperçus, c'est plus anonyme »*.

Ce recours aux urgences illustre d'autres aspects de la précarité évoqués plus haut : les questions financières, le rapport au temps, l'insécurité... *« Elles ont du mal à se projeter, donc quand elles vont mal c'est les urgences... Les urgences c'est l'immédiateté. Aux urgences, on arrive avec son « bobo », on le montre. Et même si on attend longtemps, on est dans l'hôpital, donc protégé. Les gens y vont parce que c'est dans l'hôpital et peu importe si on ne s'occupe pas d'eux tout de suite, ils y sont. Ils sont dans le lieu dans lequel on va les soigner. Ils sont au chaud. »*

2° L'accompagnement des personnes précaires vers le soin:

« Notre fiche de poste c'est : conseiller, aider, orienter. Mais avec quelles limites ? On ne sait pas. L'avantage c'est que nous avons une latitude. Chacune de nous a des missions transversales. Les publics sont transversaux aussi ... »

De même qu'un panorama exhaustif de la santé des personnes précaires en Savoie semblait difficilement réalisable, une présentation précise de chaque intervenant nous paraissait impossible à faire et aurait présenté peu d'intérêt. C'est pourquoi nous reprenons ici les thèmes les plus significatifs tels qu'ils ont émergé au cours de ces 43 rencontres.

Les diverses formes de l'accompagnement des personnes précaires vers le soin

Travailleurs sociaux, médecins, infirmiers, accompagnateurs santé, militants associatifs... pour la majorité des interlocuteurs de cette enquête, l'accompagnement des personnes précaires est délimité par les contraintes géographiques, institutionnelles, voire professionnelles, liées à leur mission. Bien entendu, l'adaptation du cadre de travail à la réalité de terrain dépend beaucoup de chaque individu, de son expérience, de son statut ... Cela explique la diversité des approches, leur complémentarité et aussi le souhait unanime de renforcer le travail en réseau, de développer les partenariats.

Quoi qu'il en soit, certains vont privilégier « l'accompagnement psychique de la démarche que je trouve presque plus efficace, car la personne se trouvera toujours plus gratifiée d'avoir fait sa démarche seule que si je lui prends la main. Mais parfois, cela ne marche pas : la personne va appeler une fois, deux fois ... et n'ira pas chez le médecin, alors je lui propose de l'emmener. Pourtant je trouve important que la personne reste actrice de sa vie. Si vous proposez d'emblée d'accompagner, ils vont tous dire oui car c'est plus facile, c'est plus rassurant mais ce n'est pas le but. L'objectif est que la personne arrive au maximum à se débrouiller toute seule dans sa vie pour gagner en confiance ».

Sur un autre territoire, les contraintes géographiques vont avoir un impact sur les modalités d'accompagnement : *« Ponctuellement nous faisons un accompagnement physique vers le soin, pour des premiers rendez-vous par exemple Après on s'arrange entre professionnelles en fonction des disponibilités surtout pour les rendez-vous éloignés ».* (Maurienne). Et lorsque la question du transport est déterminante certains trouvent dans l'accompagnement physique *« une occasion de dialoguer, un moment privilégié d'échanges ».*

Enfin, d'autres professionnels n'imagineraient pas travailler sans cet accompagnement physique vers le soin car *« cela prend du temps mais cela marche. Y compris pour les urgences : plutôt que d'appeler le 15 je préfère les accompagner dans ma voiture, prendre du temps avec eux. C'est un levier extraordinaire »*, ce qui n'empêche pas la même professionnelle de *« mettre des limites avec le patient, en terme de démarches par exemple, si la personne a la capacité de les faire elle-même. »*

Dans les associations caritatives, l'accompagnement vers une démarche de santé débute parfois à l'occasion d'une distribution de nourriture par exemple, par des échanges sur l'équilibre alimentaire, des conseils. Il s'agit alors d'une démarche plus empirique mais néanmoins réelle.

Les structures de quartier comme les centres sociaux sont des lieux où peut être enclenchée un accompagnement vers le soin par des professionnels ou des bénévoles: « *Les gens ont de plus en plus besoin d'être écoutés surtout à propos de leur santé. Ici nous avons du temps. Nous prenons ce temps. Cela nous oblige à recadrer. Ici les gens savent que ce qui est dit va rester entre les murs. Mais déposer les choses auprès de nous, c'est parfois une demande d'aide.* » (Le Biollay, Chambéry)

Faut-il alors parler d'un « *accompagnement à toutes les sauces* »? Au-delà de ces différences, l'ensemble des intervenants souligne l'importance de la continuité dans l'accompagnement des personnes sur le long terme et la nécessité de renforcer le travail en réseaux pluridisciplinaires et pluri-institutionnels.

Le travail en partenariat, le travail en réseaux, le secret partagé

Le travail en partenariat se heurte parfois à des conceptions différentes du soin : « *Certains médecins ne comprennent pas ce qu'on vient faire nous les travailleurs sociaux, alors on évoque le secret professionnel et il n'y a pas d'échange* ». « *Il y a des médecins qui ont du mal à passer le relai vers des spécialistes, à travailler avec les services sociaux. C'est parfois très compliqué pour nous.* »

Cependant, les expériences et les pratiques professionnelles qui nous ont été décrites, montrent que souvent les « *chocs de culture* » professionnels peuvent être dépassés y compris avec des partenaires peut-être moins habitués au travail pluridisciplinaire : « *Certains médecins demandent à avoir des liens avec nous pour le suivi de certaines personnes qui ne se rendront pas forcément régulièrement chez eux mais verront plus facilement l'assistante sociale. Et puis parce que nous pouvons suivre les questions de protection sociale.* ».

Lorsque ce n'est pas encore le cas, nos interlocuteurs l'expriment comme un souhait, une volonté : « *Nous aimerions, renforcer ces liens et aborder des situations avec les médecins. Et que les médecins puissent aussi assurer le relai à partir d'informations que nous leur donnons. Ce n'est pas qu'à nous et aux accompagnateurs de faire ce travail d'accompagnement aux soins. Si les médecins libéraux connaissaient nos demandes et nos pratiques cela serait facilitant. On pourrait imaginer cela au niveau d'un quartier ou d'une commune.* »

Quand cette pluridisciplinarité est constitutive de l'équipe de travail les bénéficiaires se font ressentir tout autant pour les professionnels concernés que pour les patients : « *Ici, à la Maison médicale¹⁶, ce qui est appréciable c'est ce travail commun qui permet un accompagnement pluridisciplinaire complet... et en plus nos secrétaires connaissent particulièrement bien la population, elles sont une aide très précieuse. Elles font du lien social. La plus-value de cette pluridisciplinarité au sein de la maison médicale ne s'évalue pas en termes quantitatifs (temps perdu ou gagné) mais en termes qualitatifs pour les patients, pour nous. Pluridisciplinarité et aussi plusieurs professionnels d'une même compétence (médecins, infirmiers ...) pour avoir des regards différenciés, renouvelés sur les personnes.* » (Bauges)

¹⁶ Site de la maison médicale des Bauges : <http://www.maison.medicale.bauges.sitew.com>

Enfin, dans le cadre de pratiques professionnelles particulières « *le relationnel professionnel est tellement important que les patients ont des demandes vis-à-vis de l'une ou de l'autre, sans tenir compte des missions professionnelles de chacune. Nous avons la même manière de fonctionner. ... Nous nous passons des relais facilement parce que nous avons la même « couleur relationnelle ». Il y a la continuité de l'accompagnement* ».

Mais cela engendre souvent des questionnements importants, des débats sur les questions d'éthique, de secret professionnel. Et si le principe qui consiste à dire qu'en la matière, il faut « d'abord privilégier l'intérêt de personne », ce n'est pas forcément si simple. « *A propos du secret partagé, nous prenons des risques les uns et les autres car rien ne le légifère. Cela peut aller loin. C'est pourquoi avec les professionnels de santé nous avons intérêt à bien préciser nos finalités. Et ce que nous pouvons faire.* » Cette question est d'autant plus posée dans les équipes pluridisciplinaires : « *Ici comme dans d'autres lieux se pose la question du secret professionnel partagé entre professionnels de métiers différents, d'autant que les échanges sont nombreux : c'est l'intérêt de la personne qui doit guider notre attitude* ». ¹⁷

Par ailleurs, certains médecins trouvent des modalités de fonctionnement pour dépasser ces questions tout en respectant leur éthique professionnelle : « *Nous sommes liés par le secret médical, mais dans le cadre de relations avec des partenaires que nous connaissons bien, nous pouvons dire « il serait bien que telle personne aille voir tel spécialiste ». Nous disons « il y a quelque chose à faire » et la personne peut être accompagnée par le collègue voire par nous-mêmes ponctuellement.* »

D'autres professionnels de santé ne comprennent pas toujours l'organisation des services sociaux et expriment une forme de désarroi : « *Il y avait une période où l'assistante sociale avait un nom, elle était connue, repérée ; aujourd'hui l'assistante sociale ce n'est plus un nom c'est une fonction. L'assistante sociale était polyvalente ; aujourd'hui il faut une assistante sociale pour les vieux, pour les jeunes, pour les nourrissons ... Et chacune a un secteur énorme ce qui fait qu'on ne sait pas à qui il faut s'adresser. Comment peut-on construire quelque chose avec un tel fonctionnement ?* »

Nous avons relevé une grande diversité dans les échanges entre professionnels de structures différentes. Par exemple, l'animatrice santé d'une Mission Locale dispose d'un numéro direct à la CPAM de Savoie pour régler les problèmes de protection sociale des jeunes. Elle appelle pour des situations compliquées (en présence du jeune), une à deux fois par mois.

Les relations entre professionnels de l'action sociale et secteur hospitalier sont là aussi très variées selon les secteurs géographiques. Ce sont des liens, des habitudes de travail qui dépendent souvent des personnes elles-mêmes et surtout du temps dont chacun dispose pour entretenir des relations de travail permettant une continuité dans l'accompagnement des personnes : « *Les liens existent avec le CHS, mais il serait nécessaire d'améliorer ces relations notamment pour les sorties d'hospitalisation.* » « *Nous laissons nos coordonnés à chaque moment aux équipes hospitalières. Cela facilite le suivi après la sortie. Nous sommes complémentaires avec nos collègues hospitaliers.* » « *J'ai peu de relations avec l'hôpital, sauf ponctuellement. Il y a là un partenariat à reconstruire y compris avec les assistantes sociales de l'hôpital* ».

¹⁷ Ces questions ont fait l'objet d'un dossier très complet (auquel a participé l'équipe de la PASS de Chambéry) dans le n° 13 de la revue Rhizome d'octobre 2003 : <http://www.ch-le-vinatier.com/orspere/fichiers/rhizome/Rhizome13.pdf> Voir aussi, en annexe, l'historique et la charte du réseau Santé Précarité du bassin chambérien.

La prise en charge de l'addictologie relève des deux CSAPA savoyards¹⁸, de services hospitaliers, des réseaux de santé¹⁹, de la médecine de ville. L'accompagnement des personnes précaires vers ces structures fait l'objet de concertations entre institutions et de conventionnements. Il y a cependant des différences selon les secteurs : *« un consensus au niveau de leurs moyens ne semble pas avoir été trouvé ou au moins n'est pas clair pour nous. Un temps de travail de psychologue dans ces structures serait souhaitable »*. (Avant Pays) *« Des rencontres d'échanges de pratiques entre professionnels du Pélican et travailleurs sociaux ont lieu régulièrement »* (Tarentaise). Dans les territoires les mieux pourvus en propositions de soins, il existe une réelle coordination entre les différentes structures, ce qui permet d'offrir au patient l'accompagnement le plus adapté à sa situation : *« ...Nous travaillons avec les CSAPAS. Il y a des allers retours entre ville, hôpital, CSAPAS, des passages d'un lieu à l'autre. C'est cela le travail en réseaux. Nous travaillons bien ensemble, notamment pour les situations les plus graves. »* (Chambéry)

Avec nos interlocuteurs, nous abordions presque systématiquement le rôle joué dans notre département par le Centre d'Examens de Santé de la CPAM²⁰. Depuis quelques années le centre donne priorité aux personnes précaires. *« Ici nous sommes censés accueillir 50% minimum de personnes en situation de précarité. On revient un peu sur les bilans de santé systématiques, car pour certaines personnes cela fait doublon avec la visite chez le médecin généraliste. Par contre pour quelqu'un qui ne voit jamais le médecin c'est une plus-value indéniable. »*

Cependant les professionnels qui travaillent auprès des personnes en grande précarité perçoivent des limites dans ce bilan tel qu'il est proposé : *« Pour faire un bilan de santé il faut avoir une capacité d'anticipation, avoir envie de prendre soin de soi, beaucoup ne sont pas là-dedans. »* *« Certains pourraient être intéressés par un « bilan de santé », mais savent que cela peut déboucher sur des dépenses importantes. Je n'envoie jamais de patients au Centre d'Examen de Santé de la CPAM, car les patients sont alors face à des problèmes que je ne pourrai pas résoudre : « il me faut des lunettes, des soins dentaires ... ».*

D'une façon générale le travail entre les professionnels de l'action sociale²¹ et le centre d'examen est plutôt jugé positivement par les personnes que nous avons rencontrées : *« Nous avons des liens privilégiés avec le Centre d'examen de santé : quand le bilan est fait on reçoit une fiche de bilan qui dit par exemple « doit voir un spécialiste », l'assistante sociale se met alors à disposition pour accompagner la personne dans ses démarches. Et si besoin on peut faire des aides financières quand les examens complémentaires dépassent les plafonds. »*

Cela débouche sur des relations formalisées : *« Un système de suivi des jeunes adressés par la Mission Locale a été mis en place avec la CPAM. Les intervenants de la Mission Locale peuvent reprendre la fiche de suivi du bilan de santé sur les questions liées au médecin traitant par exemple ; reparler de ce bilan avec les jeunes, est important, sans pour autant trahir le secret médical. »*

¹⁸ L'association Le Pélican (www.le-pelican.org)
et l'ANPAA 73 (<http://www.anpaa.asso.fr/adresses-utiles/rhone-alpes/73-savoie/anpaa-73>)

¹⁹ ResAdh 73 : www.resadh73.fr

²⁰ Voir la présentation à partir du lien suivant : http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-savoie/nos-actions-de-prevention/le-centre-d-examens-de-sante/presentation-et-coordonnees-du-ces_savoie.php

²¹ Mais aussi les Missions Locales, Foyers de jeunes travailleurs, entreprises d'insertion...

Quant à l'implantation du Centre à Chambéry, elle « pénalise » les assurés sociaux qui en sont éloignés géographiquement « *l'accès au bilan de santé proposé par la CPAM à Chambéry est difficilement accessible aux personnes qui n'ont pas les moyens de s'y rendre.* » (Tarentaise) même si l'accès en est parfois facilité par les travailleurs sociaux (PASS d'Albertville).

Entre le travail en réseaux tel que nous venons de le décrire au travers des diverses formes qu'il prend et les réseaux formalisés, la limite est parfois ténue, et c'est très souvent à partir de ces pratiques empiriques que sont nés des collectifs ou des réseaux thématiques. Dans notre département ces dynamiques sont anciennes et ont montré leur pertinence et, parfois, leur fragilité.

A titre d'exemple, dans l'Avant Pays, une de nos interlocutrices disait : « *Ici nous sommes contraints à mutualiser les moyens. L'exemple de Label Vie est intéressant : il faudrait des collectifs tels que celui-ci sur d'autres secteurs* » et en Maurienne : « *Il s'agit de renforcer les réseaux. Nous sommes nombreux dans nos services il va falloir nous organiser. C'était l'idée du groupe santé d'autrefois.* »

Créé à l'initiative d'élus, le réseau précarité et santé mentale de Chambéry et de la couronne chambérienne est actuellement piloté par le Conseil Général et par le Centre Hospitalier Spécialisé de Savoie. Ce réseau structuré a permis de nombreux échanges entre professionnels afin d'améliorer l'accompagnement des personnes précaires souffrant de troubles psychologiques ou psychiatriques. Il s'est doté de plusieurs outils dont un site Internet interne au réseau.

A Aix les Bains un projet semblable a abouti récemment: « *... un Conseil Local de Santé Mentale est en cours de création avec projet de convention et charte pour que chacun s'engage dans le respect des valeurs communes ... Il y aura une cellule de concertation pour anticiper les situations, pour mieux orienter les personnes. Le but est de désamorcer les crises en amont : connaître nos propres limites pour faire un meilleur « aiguillage » car il n'y a pas de circuit unique* ». ²²

Ces dispositifs sont très souvent portés par des institutions et des professionnels. Les associations y sont parfois associées, plus rarement les usagers directement.

La place des usagers et des associations

La loi sur le RSA a mis l'utilisateur au cœur de la démarche ce qui le positionne comme partenaire à part entière dans le dispositif: « *La loi du RSA prévoit la participation des bénéficiaires dans le cadre d'Equipes pluridisciplinaires ... 2 représentants des bénéficiaires participent à ces instances sur chaque territoire. En Savoie, des groupes de bénéficiaires ont été mis en place ... Les bénéficiaires sont aussi représentés dans le cadre de Commissions techniques d'insertion ...* ». ²³

Pourtant, tel que nous le disait une professionnelle engagée dans la démarche : « *cela a engendré des craintes chez les travailleurs sociaux, et dans l'institution ; cela a fait l'objet de débats, de réflexions, avec des questions, à propos de la confidentialité ... Il faudra du temps pour que chacun trouve sa place. Il faut faire vivre les groupes de bénéficiaires ... Ces groupes c'est aussi une reconnaissance des personnes, mais ce n'est pas une place forcément facile à tenir pour elles. Cela bouscule nos pratiques. Cela est extrêmement intéressant pour les professionnels et pour les institutions. Le risque c'est que cette participation devienne un alibi ...* ».

²² Voir le communiqué de presse publié le 20 janvier 2012 par l'association Elus Santé Publique et Territoires :

http://www.espt.asso.fr/images/2012_01_cp-clsm.pdf

²³ Voir en annexe l'extrait du rapport d'évaluation du RSA

Ces groupes sont perçus comme un progrès pour les personnes que nous avons rencontrées, avec des bénéfiques y compris en terme de perception des travailleurs sociaux de la part des bénéficiaires du RSA : « *Un jour dans un groupe on m'a dit : « Avant, vous les travailleurs sociaux, on vous voyait comme des machines derrière un bureau ; maintenant qu'on vous voit dans les groupes ressources, on se dit « Tiens, ils sont humains ». S'il y avait un médecin en équipe pluridisciplinaire, peut-être qu'ils verraient les professionnels de santé différemment ».*

Dans le champ de la Santé Publique, la création des réseaux de santé associant professionnels, associations, usagers a provoqué au départ les mêmes espoirs et les mêmes craintes, les mêmes résistances : il n'est pas sûr que celles-ci aient disparu.

C'est dans ce contexte que des démarches comme les formations associant professionnels, représentants des institutions et personnes en difficulté trouvent leur pertinence. Elles ont pour objectif de « *mieux se connaître et se comprendre entre professionnels et personnes vivant l'exclusion, améliorer les relations pour être acteurs ensemble* ».

De leur côté, les représentants des associations rencontrées souhaitent renforcer ce partenariat avec les professionnels et les organismes engagés dans le champ de la promotion de la santé des personnes précaires.²⁴

Cette volonté de plus collaborer avec les associations et les usagers émerge aussi de la part de professionnels du secteur sanitaire et social : « *comment peut-on travailler avec les personnes concernées ? Je ne connais pas une PASS en France qui ait été montée avec les futurs bénéficiaires. Ces systèmes sont toujours montés à partir de ce qu'on pense nous, les directions, d'autres professionnels, mais jamais avec les gens. Ce qu'on donne comme réponses ce sont toujours des réponses de professionnels. Ce ne sont jamais des réponses co- construites comme on le fait en santé communautaire notamment.* »

Accompagner jusqu'où ? Soigner, sans forcément guérir.

« *Nous devons accepter que dans certaines situations, nous ne pouvons pas aller très loin dans l'accompagnement.* » Ce constat, exprimé au cours des entretiens, est plus particulièrement partagé par les personnes qui accompagnent les personnes en grande précarité, mais pas uniquement. « *Pour la majorité des personnes que nous suivons, il n'y a plus d'orientation possible concernant ces questions : ce sont des sortes de « soins palliatifs ». Les patients sont au-delà de la guérison. Nous réglons le problème de manque d'alcool en donnant de l'alcool. En soins palliatifs, l'objectif n'est pas la guérison mais le bien-être, la dignité de la personne.* »

D'une façon plus générale, plusieurs intervenants regrettent de ne plus avoir assez de temps pour accompagner en qualité les personnes: ils disent avoir un sentiment d'« abandon » ou d'« impuissance » face à certaines situations. « *Il peut y avoir le déni de la maladie et le déni de besoin de soins. Et là on ne sait pas faire.* ». C'est sans doute pourquoi le travail auprès des personnes précaires met à mal les pratiques professionnelles, les cadres de travail.

²⁴ Parmi les nombreux ouvrages ou rapports sur la participation des citoyens dans les actions de santé nous recommandons celui-ci : *Quand la promotion de la santé parle de participation*, dossier publié par l'IREPS de Bretagne en juin 2011, http://www.cresbretagne.fr/fichiers_attaches/participation_2011.pdf

C'est ce qui amène le médecin responsable de la PASS de Chambéry à dire : « *Aujourd'hui les aidants qui travaillent auprès des publics en grande précarité sont en souffrance. Il y a de très fortes demandes des professionnels d'être aidés ...Il faudrait revoir la formation pour les aider à mieux comprendre comment les gens fonctionnent. Dans certaines réunions d'organisation, la souffrance des aidants domine les débats : tout se déverse. Cela me pose beaucoup de questions. Cela interroge aussi les institutions qui donnent des obligations parfois impossibles à mettre en œuvre. »*

Dans un tel contexte, s'il est impératif de renforcer le travail à plusieurs, il semble tout autant nécessaire de mener des actions qui abordent directement la question du lien social entre les personnes, tel que nous l'évoquions au début de ce rapport. C'est un des objectifs des nombreuses initiatives menées en ce sens en Savoie.

Les actions collectives

Bien que ce ne soit pas forcément leur objectif, certaines actions ont un impact direct sur la santé des personnes. C'est ainsi que l'animatrice d'un groupe de femmes au Biollay considère son travail : « *En groupe il est possible d'aller très loin dans les échanges lorsque les personnes se connaissent bien, entre femmes : on peut alors aborder les accouchements, les maternités et autres sujets intimes. Dans ce groupe (une fois/semaine) elles se donnent des conseils en termes de diagnostics, de médicaments ... Elles se donnent des conseils à propos des médecins, elles connaissent « tous les médecins de l'hôpital de Chambéry », elles s'échangent les noms... C'est un réseau d'aides».*

Plus formalisés, les groupes de bénéficiaires du RSA animés par des travailleurs sociaux du Conseil Général sont ciblés sur de thématiques: « *il y a divers ateliers qui évoluent régulièrement. Ces ateliers associent toujours un professionnel paramédical et un professionnel du social. Dans l'atelier mieux-être, les problématiques sont d'abord de l'ordre du mal-être physique et très rapidement c'est le mal-être psychique qui est abordé par le biais du corps. »* « *Nous avons aussi un autre atelier pour un public pris en charge dans d'autres structures de type résidences sociales ou entreprises d'insertion et qui est purement informatif autour de l'accès aux droits à partir d'un jeu. »*

Au sein des Appartements de Coordination Thérapeutiques²⁵ des activités aident les patients « *à avoir un autre regard sur eux-mêmes* ». Dans les associations, c'est la convivialité comme telle qui est visée : « *Pour nous, créer, animer des lieux conviviaux permet de parler de santé. Il nous faut aborder la personne dans sa globalité. C'est d'abord cette question du lien social. »*

Permettre aux personnes de sortir de leur isolement, de pouvoir échanger avec d'autres, tel est peut-être là le début d'une démarche de promotion de la santé des personnes en situation de précarité.

Au cours de notre enquête, une responsable de l'action sociale préconisait : « *Des lieux ouverts pour se poser, lieux de détente pour rencontrer des personnes sans nécessairement faire une activité, des lieux conviviaux, simplement. Des lieux sans prescription, sans contrat posé a priori, où l'on n'ait pas besoin de tel ou tel formulaire, où on pourrait avoir accès à des informations.... des lieux de rencontres ouverts, gratuits et gratifiants. »*

²⁵ Appartements de Coordination Thérapeutiques gérés par Revih-sts : http://www.revih-sts.fr/site/index.php?option=com_content&task=view&id=17&Itemid=92

3° Synthèse et propositions

A) Que pouvons-nous retirer de cette étude ?

A l'issue de cet état des lieux plusieurs points méritent d'être mis en évidence.

Caractérisé par ses zones de montagnes (88% du territoire) et par son économie touristique (50% du PIB) le département de la Savoie possède d'importantes disparités internes autant sur le plan géographique, démographique, économique que sur celui de l'accès aux services, ceux de soins en particulier. Bénéficiant d'une situation économique plutôt privilégiée, par rapport à d'autres départements, la Savoie continue d'attirer de nombreuses personnes à la recherche d'un emploi surtout dans le domaine du tourisme.

Au-delà d'une précarité urbaine concentrée principalement sur Chambéry, et plutôt bien cernée, les personnes que nous avons interrogées soulignent l'existence de nombreuses « poches de situations précaires » en secteur rural, moins bien connues, plus diffuses. En montagne notamment, les inégalités sociales sont cumulées avec les difficultés de transport ou la pénurie de professionnels de santé. Dans leurs missions d'accompagnement, les professionnels médico-sociaux de ces secteurs sont souvent confrontés à des contraintes du même ordre que celles rencontrées par les personnes dont ils s'occupent : temps de trajets, éloignement de certains services ... Sur certains territoires, une connaissance plus précise des personnes précaires semble nécessaire, afin de pouvoir mieux appréhender leurs besoins en matière d'accès aux soins. Cela concerne surtout des femmes seules, souvent avec enfants, des personnes âgées. Basse Maurienne, Combe de Savoie, Avant Pays Savoyard, certains cantons de Tarentaise, sont des territoires particulièrement sensibles. Dans les grandes stations de tourisme (Tarentaise) une attention particulière pourrait être portée à l'égard des jeunes saisonniers les plus en marge.

Sur le bassin chambérien, l'accompagnement vers la santé et le soin des personnes précaires fait l'objet de plusieurs dispositifs tournés vers les personnes qui en ont le plus besoin, que ce soit par le biais des associations, des services hospitaliers, des travailleurs sociaux ou des professionnels de santé. L'organisation et le travail en réseaux favorisent des approches pluridisciplinaires. Cependant de nombreux progrès demeurent nécessaires en termes de décloisonnement, de reconnaissances réciproques des pratiques d'accompagnement, ainsi que de la prise en charge de problématiques spécifiques (suivi médical des jeunes en errance par exemple).

Seule ville du département possédant un Atelier Santé Ville, Aix les Bains bénéficie de ce cadre pour mener des initiatives en direction des personnes précaires. Le développement du travail en réseau doit permettre de prendre en compte les spécificités de chacun des partenaires.

Enfin, la situation particulière des demandeurs d'asile et des étrangers en situation irrégulière dépasse le cadre de cette étude, car il s'agit d'un problème de politique réglementaire nationale. Pourtant, que ce soit au sein des PASS, dans les structures d'hébergement ou dans les associations, professionnels et bénévoles se retrouvent souvent face à des situations très complexes, voire douloureuses : le soutien à ces accompagnants relève de la dynamique d'un réseau départemental à l'image des dynamiques développées depuis plusieurs années sur le bassin chambérien et de façon plus empirique à Albertville.

Lors des entretiens, nos interlocuteurs ont insisté sur les non-recours, les renoncements et les refus de soins. En s'appuyant sur les travaux cités plus haut, il conviendrait d'approfondir ces questions. Compte tenu des diversités évoquées, il est nécessaire d'approfondir ces questions territoires par territoires, avec les acteurs locaux. Développer un programme sur ce thème répondra à une attente forte des professionnels médico-sociaux et des associations engagées auprès des personnes précaires. Pour cela nous pourrions bénéficier tout autant de l'expertise d'organismes comme l'ODENORE, que du partenariat avec les organismes de protection sociale départementaux (CPAM, Mutualité) et les organisations professionnelles telles que les ordres (médecins, chirurgiens-dentistes etc...).

Les divergences et les convergences dans les pratiques d'accompagnement des personnes précaires vers le soin font l'objet d'un long développement dans la présente étude. Bénévoles et professionnels expriment autant leurs difficultés que leur volonté de renforcer le travail en commun et de mettre en œuvre des modalités innovantes d'accompagnement. Plusieurs fois citées par ceux qui y ont participé, les co-formations²⁶ organisées par Revih-sts sont une des pistes à développer, à adapter. Mais ce n'est pas la seule. Au cours des entretiens, des travailleurs sociaux, professionnels de santé ou militants d'associations nous ont fait part de leur souhait de s'approprier d'autres « façons de faire », de mieux connaître leurs interlocuteurs/partenaires.

B) Revih-sts, Réseau départemental Santé et Précarité

La charte du Réseau Santé Précarité de l'agglomération chambérienne²⁷, son éthique, les travaux et les formations menées avec les associations et les publics précaires sont devenus une référence pour de nombreux partenaires engagés dans la promotion de la santé des personnes les plus vulnérables en Savoie.

Fort du passé de l'association²⁸ et de son expérience avec les personnes précaires, les adhérents de Revih-sts ont voté en Assemblée Générale, en juin 2011, une évolution de son projet associatif qui peut se résumer ainsi :

- Une association qui innove dans la lutte contre les inégalités sociales de santé et qui agit sur les problématiques de santé liées aux publics en situation de précarité et de vulnérabilité,
- Une association qui intervient dans les domaines non couverts par d'autres organismes et associations ou en appui à ceux-ci,
- Une association qui construit, projet par projet, les partenariats utiles à leurs réussites.

²⁶ Les coformations sont pilotées par Revih-sts. Voir à ce sujet le rapport 2011 publié par la MRIE http://www.mrie.org/docs_transfert/publications/Rapport%20Co-formation%202011.pdf et le n° spécial de Résonance Santé <http://www.revih-sts.fr/site/documents/prevention/Resonances/R7ns.pdf>

²⁷ Voir l'histoire et la charte de ce réseau en annexe

²⁸ Voir l'histoire de l'association en annexe

Les résultats de l'étude nous amènent à proposer que Revih-sts anime un réseau départemental de veille, d'échanges, d'informations et de mutualisation des initiatives œuvrant pour l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes précaires.

Cette proposition s'inscrit dans la continuité et en complémentarité des actions et des dispositifs d'accès aux soins des personnes précaires, menés en Savoie par les professionnels, les institutions et les associations. La proposition s'articule avec l'ensemble des activités de Revih-sts en direction des personnes précaires : les Appartements de Coordination Thérapeutique, les actions « précarité et animaux domestiques » et « précarité et lycées professionnels », les co-formations...

Nous présentons ci-dessous ce projet sous la forme d'un programme d'actions.

1) Objectifs généraux :

- Participer à la lutte contre les inégalités de santé,
- Contribuer à la promotion de la santé des personnes précaires.

2) Objectifs spécifiques :

- Lever les freins et les résistances à l'accès aux soins des personnes précaires, diminuer les non-recours et les renoncements aux soins ; lutter contre les refus de soins ;
- Permettre aux personnes en situation de précarité de bénéficier d'informations, actualisées et adaptées à leur situation, afin qu'elles accèdent à l'ensemble des droits et entrent dans « le droit commun » ;
- Former les personnes (professionnels et responsables/militants d'associations) qui accompagnent ces personnes ;
- Développer toutes formes de coopérations entre les différents acteurs concernées à quelque titre que ce soit par l'accès aux soins des personnes précaires ;
- Valoriser les actions et les pratiques d'accompagnement aux soins des personnes précaires menées (en Savoie et hors département) par les différents acteurs : professionnels, collectivités locales, associations, centres de soins...

3) Publics :

- Toute personne en situation de précarité,
- Professionnels et militants des associations engagés dans l'accompagnement des personnes précaires,
- Représentants d'organismes et de collectivités concernés par la santé des personnes précaires.

4) Objectifs opérationnels:

a) En direction des personnes concernées :

- Approfondir la connaissance de la situation des personnes précaires en matière d'accès à la prévention et aux soins sur les territoires repérés comme prioritaires,
- Mettre en place des actions spécifiques auprès de publics ciblés sur les territoires repérés.

b) En direction des acteurs professionnels et bénévoles :

- Actualiser et informatiser et diffuser le guide Santé Précarité Savoie (ADESS Savoie 2006) dans le cadre d'un partenariat avec l'IREPS/ES73 ²⁹,
- Former les acteurs bénévoles et professionnels dans chacun des territoires du département de la Savoie: accès à la protection sociale (actualisation de connaissances), les refus de soins et les freins ou le non recours aux soins chez les personnes précaires,
- Mutualiser et valoriser les pratiques d'accompagnement à la prévention et aux soins.

c) En direction des organismes et institutions concernées par l'accès à la prévention et aux soins des personnes précaires :

- Renforcer la coopération entre les partenaires sur l'accès aux droits et aux soins des personnes précaires,
- Faire un état des lieux régulier des problèmes de refus de soins ainsi que des mesures prises pour y faire face,
- Développer le dépistage des maladies chroniques auprès des personnes qui y ont moins accès.

5) Actions possibles :

a) En direction des personnes concernées :

- Réalisation d'un état des lieux local, afin de cerner au mieux les besoins des publics précaires, et quels sont les freins et les raisons des renoncements à l'accès aux soins. Elaboration et mise en œuvre de solutions adaptées au territoire et aux personnes ciblées. Travail en partenariat avec les communes, les bailleurs, les associations, les professionnels médico-sociaux... Cette action sera menée sur quelques territoires choisis à partir des résultats de l'étude, en concertation avec les partenaires concernés. Moyens à mettre en œuvre : animation de groupes locaux, suivi de la démarche par ODENORE.
- Etude sur les conditions de mise en place d'un dispositif permettant aux jeunes en errance sur le bassin chambérien d'avoir un accès sécurisé et facilité à leurs traitements. Action à mettre en œuvre avec les partenaires impliqués (PASS, Espace Solidarité, Boutique, EMPP...)

²⁹ Association qui, mène des actions de prévention et d'éducation pour la santé, notamment en direction des personnes précaires : www.education-sante-ra.org

- Réalisation de séances de formation et d'échanges auprès de groupes (constitués ou non) de personnes précaires sur l'accès aux soins et à la protection sociale, selon des modalités adaptées en fonction des groupes : en résidence, dans le cadre d'un centre social...

b) En direction des acteurs professionnels et bénévoles :

- Diffusion d'informations régulières, de compte rendu d'expériences (...) à l'ensemble des partenaires concernés par l'accès aux soins des personnes précaires sur le département de la Savoie. Moyens nécessaires : animation du réseau départemental, veille Internet et documentaire, lettre mensuelle, actualisation du site Internet de l'association...
- Mise en place de séances de formations et d'échanges interdisciplinaires, sur l'actualité de la protection sociale, le renoncement et le non recours aux soins, par territoire géographique.
- A la demande, animations de groupes locaux d'échanges de pratiques d'accompagnement associant professionnels d'horizon diverses, bénévoles des associations caritatives etc... La charte du réseau Santé Précarité de Chambéry pourrait servir de base à ces rencontres.
- Organisation d'un séminaire départemental sur l'accompagnement à la prévention et aux soins des personnes précaires, afin de mutualiser et de valoriser les pratiques innovantes. Ce séminaire s'appuiera sur les travaux des groupes précédemment cités.

c) En direction des organismes et institutions concernées par l'accès à la prévention et aux soins des personnes précaires

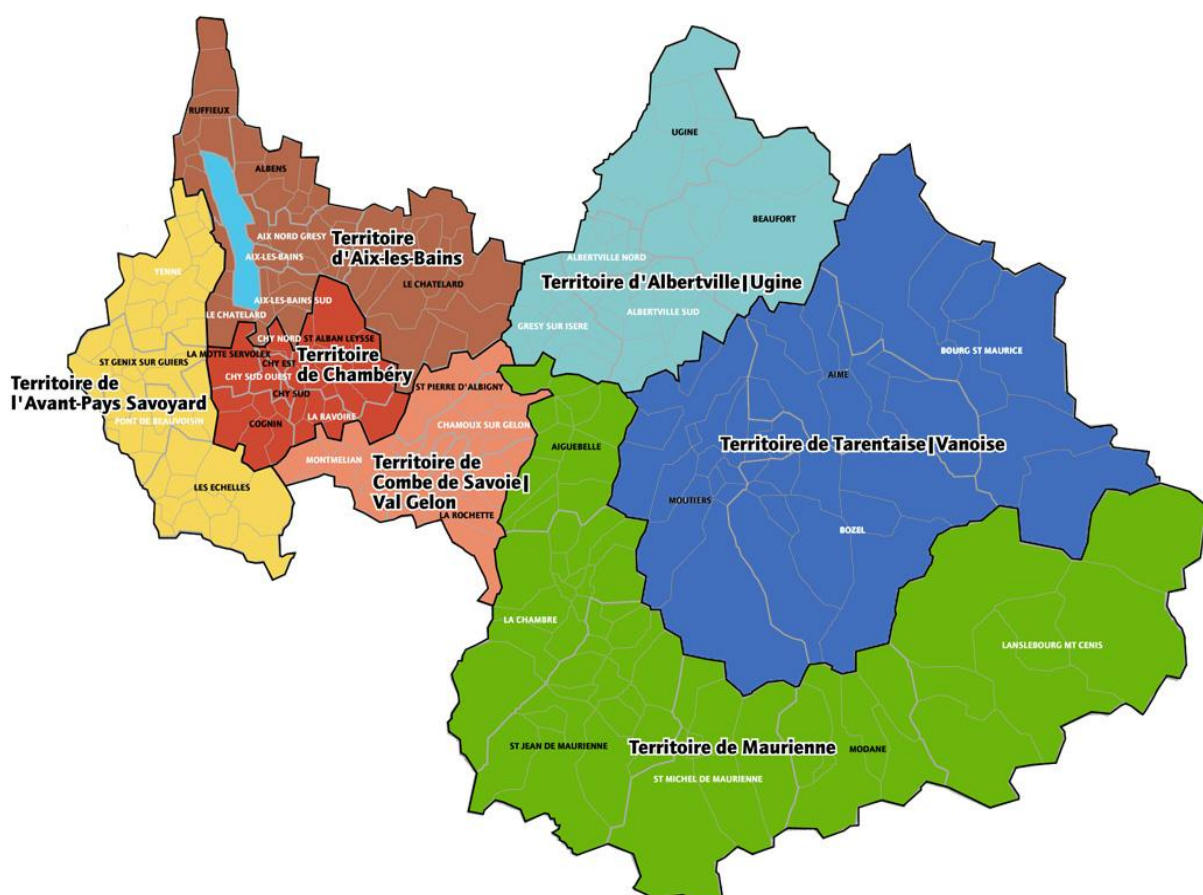
- Organisation de rencontres entre les organismes concernées,
- Mises en place de formations/échanges dans le cadre des organisations professionnelles, sur le thème des renoncements et des refus de soins ainsi que sur les questions de déontologie,
- Diffusion régulière des observations issues du réseau,
- A partir des travaux des groupes locaux élaboration de stratégies départementales afin de limiter les refus de soins et de favoriser l'accès aux dépistages des maladies chroniques.

A partir de cette arborescence, et dans le cadre de financements spécifiques, d'autres actions pourront voir le jour.

L'animation du réseau, tel que nous le présentons, nécessite la création d'un poste de coordination à hauteur d'un 0,75 ETP minimum.

ANNEXES :

- Carte du département ;
- Les membres du comité de suivi ;
- Les partenaires rencontrés dans le cadre de l'étude ;
- Historique de Revih-sts ;
- Présentation du réseau Santé – Précarité de l'agglomération de Chambéry ;
- Charte du réseau Santé – Précarité de l'agglomération de Chambéry ;
- Les PASS en Savoie ;
- Présentation de l'APPASSRA, Association des Professionnels des PASS Rhône-Alpes ;
- Les chiffres du chômage, du Rsa et de la CMU en Savoie ;
- Le Plan Départemental d'Insertion Conseil Général de la Savoie ;
- Les Inégalités sociales de santé en France, extrait d'un rapport de l'IGAS ;
- La participation des bénéficiaires du Rsa au dispositif, extrait du rapport du Comité National d'Evaluation du Rsa ;
- Sélection bibliographique de l'IREPS Rhône Alpes et de l'ADES du Rhône.



© Conseil général de la Savoie 2006

Le comité de suivi de la mission santé et précarité :

Revih-sts :

- Dr Jean Luc Vignoulle
- Jean Vanoye
- José Jeanneret
- Emilie Gex
- Marie Cécile Roumanet
- Grégory Gosselin
- Maryline Gal
- Jérôme Navet

Conseil Général :

- Dr Nathalie Bonhomme
- Catherine Le Lirzin
- Anne Laure Bazin

Les partenaires rencontrés dans le cadre de l'étude :

Conseil Général de Savoie : Dr Nathalie Bonhomme, Coordonnateurs cohésion sociale, psychologues, accompagnateurs santé, référents RSA ans les 8 Délégations Territoriales, pôle PAPH.

Collectif pour la dignité et contre la pauvreté- Maison médicale des Bauges - Centre Social et d'animation du Biollay à Chambéry- Jean Vanoye, administrateur Revih-sts- Marie Blandine Niveau, Revih-sts - Equipe des Appartements thérapeutiques, Revih-sts- Mutualité française Savoie- Centre d'exams de santé de la CPAM de Savoie- Service de promotion de la santé en faveur des élèves, Education Nationale- Service de médecine préventive universitaire- Mission locale Avenir Jeunes à Aix les Bains- Foyers de jeunes travailleurs de Savoie- Mission locale de Chambéry- La Sasson- Espace Solidarité Chambéry- Equipe Mobile Psychiatrie Précarité- Association Mauriennaise d'Insertion Economique et Sociale – SOS Femmes Violences- Restos du cœur – ANPAA - Secours Catholique - Espace de Santé Publique et Permanence d'Accès aux Soins de Santé Chambéry- Permanence d'Accès aux Soins de Santé Albertville – La Boutique, Le Pélican - Atelier Ville Santé, CCAS d'Aix les Bains – Service des urgences du Centre Hospitalier de St Jean de Maurienne – Secours Catholique- Emmaüs- Résidence ADOMA- Equipe médico-sociale Réseau Intermed/ADOMA- Education Santé Savoie-

Historique de l'association REVIH-STS

REVIH-STS, réseau de santé VIH, hépatites et toxicomanies en Savoie, est issu de la fusion de deux réseaux ville-hôpital : REVIH 73 et Santé Toxicomanies Savoie.

REVIH 73 est née en février 1994 sous l'impulsion de professionnels et de bénévoles désirant soutenir les patients atteints du virus du SIDA. Son réseau a été mis en place selon la circulaire relative aux réseaux ville-hôpitaux pour cette pathologie. Les problématiques principales étaient à l'époque la prévention, l'accès au dépistage et l'accompagnement des personnes atteintes par une maladie à l'époque systématiquement mortelle. Le service des maladies infectieuses du centre hospitalier de Chambéry, dirigé par le Docteur Olivier Rogeaux, a pris une grande place dans la construction de ce réseau, hébergé dans ses locaux. Une infirmière libérale, Elisabeth Buis, fut la première coordinatrice. Outre le travail sur le maintien à domicile notamment en fin de vie et la formation des professionnels, de nombreuses actions ont été développées, principalement dans le cadre de la prévention : campagnes d'information, journées mondiales de lutte contre le SIDA, accès au dépistage (dont la création du dépistage itinérant pour les saisonniers dans les stations de sports d'hiver), travail avec les tatoueurs perceurs, mais aussi solidarité avec les malades... L'arrivée des trithérapies a considérablement modifié le paysage de cette maladie. Revih 73 a gardé son dynamisme en s'adaptant aux nouvelles réalités.

En 1999, le développement des réseaux hépatites amène Revih 73 à créer un pôle pour cette pathologie, permettant de mutualiser compétences et moyens et de ne pas créer une nouvelle association. Il est impulsé et coordonné par le Docteur François Bourhis, hépato gastro-entérologue. L'arrêt des activités en Savoie de l'association Aides a conduit Revih 73 à reprendre 3 appartements de coordination thérapeutique et devient alors un établissement médico-social pour cette activité.

Santé Toxicomanies Savoie est née fin 1994 sous l'impulsion de professionnels principalement libéraux (dont pharmaciens d'officine), conduits par le Dr Jean Luc Vignouille, médecin généraliste. Initialement hébergé dans les locaux du Pélican, l'objectif était de travailler à la prévention et l'accompagnement en médecine de ville des personnes dépendantes à des produits illicites, au moment où se profilait la mise en place de la politique de substitution. Formations (notamment des libéraux), initiation et développement de la campagne «Chambé réduction des risques» puis «Savoie réduction des risques» autour d'un programme d'échanges de seringues en pharmacie, enquêtes épidémiologiques, travail sur l'injonction thérapeutique, guide santé justice, élaboration et diffusion d'un document d'audience nationale pour aider à la consultation en médecine générale, aide au développement de formations croisées dans le cadre de la précarité... en lien étroit avec le Pélican, le service des maladies infectieuses du centre hospitalier et la Permanence d'accès aux soins de santé animée par le Dr Bruno De Goer.

La loi de mars 2002 définissant les réseaux de soins pour la prise en charge des personnes atteintes de pathologies chroniques, financés principalement par l'assurance maladie, a conduit les deux associations à déposer un projet commun. Déjà très proches tant sur le plan des conseils d'administrations que géographiquement (locaux communs depuis 2003), REVIH 73 et Santé Toxicomanies Savoie fusionnent en 2005. L'association nouvelle formule est nommée REVIH-STS. Elle poursuit les activités des deux anciennes associations et se dote d'un réseau de soins dans ce cadre défini.

Au premier janvier 2008, le réseau de soins de **REVIH-STTS** fusionne avec le réseau alcool Réals, formant le réseau Addictions VIH Hépatites en Savoie, ResAdH 73, qui, avec le réseau Savoie Education Diabète, est fondateur de la maison des réseaux de santé de Savoie.

En 2010, REVIH-STTS, c'est un réseau de prévention, un pôle hépatites, un établissement médico-social assurant la gestion de 12 appartements de coordination thérapeutique (ils seront 17 en 2011). L'association travaille avec de nombreux partenaires (dont SAVIHEP, SOS Hépatites, l'ADDESS Education Santé Savoie, Le Pélican, l'Espace Santé Publique...) et édite régulièrement un document de 4 pages, appelé « Résonance Santé », téléchargeable sous la rubrique « Publications » sur son site www.revih-sts.fr

REVIH-STTS fonctionne avec plusieurs salariés, et un conseil d'administration de 26 personnes. Les financements proviennent de l'Etat, de l'Assurance maladie, du Conseil général, de Chambéry Métropole, du Conseil Régional... sans oublier les cotisations liées aux adhésions et les dons qui permettent un soutien direct aux malades en situation de grande précarité. Le centre hospitalier de Chambéry ne touchant plus la subvention DHOS se retire du financement à compter du premier juin 2011, entraînant des modifications d'organisation : celles-ci sont orientées par un groupe de travail élargi, accompagné par ADISE.

En juin 2011 l'association REVIH-STTS ne se centre plus particulièrement sur une ou des pathologies, mais sur les publics précaires et vulnérables en Savoie : la lutte contre les inégalités sociales de santé devient le cœur de ses orientations. Un chargé de mission, financé par le Conseil Général de la Savoie, travaille sur un état des lieux permettant à l'association d'avoir des éléments pour développer les actions les plus pertinentes. Dans le même temps, des actions initiées et portées historiquement par **REVIH-STTS** sont relayées par des partenaires (par exemple le programme d'échange de seringues par le Pélican, le pôle hépatites par le Centre Hospitalier de Chambéry). En 2012, **REVIH-STTS** souhaite continuer à innover dans le champ de la santé.

Le Réseau Santé Précarité du Bassin Chambérien

Le réseau santé précarité représente les liens développés entre les différents acteurs du champ sanitaire et du champ social, de l'hôpital et de la ville. Il n'est pas formalisé dans un statut juridique. Il s'est développé à travers différentes actions autour de la santé comprenant divers dispositifs et associations : équipe, de rue, halte de jour, structures d'hébergement, alcoologie, santé mentale...

Coordonné par la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du Centre hospitalier de Chambéry, ce réseau draine le territoire du bassin chambérien, soit environ 125 000 habitants. Il est défini en trois pôles : les Centres hospitaliers (général et spécialisé), le secteur libéral, le secteur institutionnel et associatif. Une charte a été élaborée.

Objectifs de la Charte :

- Réfléchir à l'éthique de travail des différents intervenants dans l'articulation médico-sociale
- Permettre une certaine visibilité du réseau
- Promouvoir et diffuser les informations issues du réseau (formations, études, débats...)

Historique :

1996 : *Naissance du réseau, non formalisé et symbolisant les liens entre professionnels médico-sociaux.*

2003 : *Journée de formation multidisciplinaire : décision de création d'une Charte du Réseau.*

2004 : *Comité de rédaction, relectures, validations.*

2005 : *Diffusion auprès des professionnels travaillant dans l'articulation médico-sociale, initialement lors d'un colloque de réseaux ville-hôpitaux : « De la prévention aux soins : vers des pratiques en réseaux ».*

2008 : *Evaluation de la Charte qui entraîne une nouvelle dynamique du réseau.*

2009 : *Nouveaux axes de travail, dont repenser et diversifier les modes de communication au sein du réseau, travailler et fédérer autour de réflexions éthiques, promouvoir plus largement la charte.*

Charte du Réseau Santé Précarité du Bassin Chambérien

Le public en situation précaire se caractérise par une morbidité et une mortalité supérieures à la population générale. Ces personnes ont des difficultés pour accéder à l'offre de prévention et de soins.

Considérant que :

- les difficultés sociales sont un déterminant majeur de l'état de santé d'un individu ou d'une population,
- la lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation (loi du 29 juillet 1998, article1),
- les personnes concernées par cette charte relèvent de l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur social:
 - o Du côté médical, à chaque fois que la situation sociale provoque ou aggrave des problématiques de santé.
 - o Du côté social, lorsque les problèmes de santé ne sont pas ou mal pris en compte du fait de la situation sociale

Les signataires de la présente charte s'engagent à:

1- Accueillir sans à priori toute personne en précarité sociale.

2- Recevoir la personne même si elle ne s'est à priori pas adressée au bon endroit.

Une écoute permettra la poursuite de l'accompagnement ou une orientation dans de bonnes conditions: **c'est toujours la bonne porte!**

3- Placer la personne au centre de la démarche.

- o **en respectant sa démarche et son choix,**
- o **en tenant compte de ses potentialités et limites** tant physiques, que psychologiques et culturelles,
- o **en prenant en compte l'ensemble des déterminants de la santé** : environnement (logement, travail...), comportements, réponses sanitaires...
- o **en l'accompagnant dans toute la mesure du possible dans le droit commun.**

4- Travailler en partenariat.

- o En s'articulant avec d'autres professionnels à chaque fois que nécessaire, mais toujours avec l'accord de la personne et si possible en sa présence.
- o En partageant alors entre les professionnels les seules informations utiles à l'évolution favorable de la situation.
- o En respectant le champ de compétences des partenaires.

5- Intégrer la dimension préventive de la santé en favorisant l'accès à l'information, aux vaccinations, au dépistage...

6- Evaluer les difficultés à accéder aux soins et à la prévention en relevant les dysfonctionnements, en vue d'améliorer l'accès à une meilleure santé des personnes.

Les personnes et institutions signataires de cette charte s'engagent à la respecter. De ce fait, elles font partie du réseau Santé Précarité du bassin chambérien sans aucune autre obligation. Elles recevront les informations émanant de ce réseau.

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

1) Les PASS³⁰

La [loi 98-657 du 29 juillet 1998](#) de lutte contre les exclusions prévoyait, dans son article 76, que « dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins [...], 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 (PASS)**, 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 [...] » (Art. L. 711-7-1 Code de la santé publique). Il s'agit de cellules de prise en charge médico-sociale au sein des hôpitaux publics, dans le cadre des [Praps](#), destinées à faciliter l'accès des personnes en situation précaire au système hospitalier, aux réseaux de soins et d'accompagnement social. Les PASS sont donc destinées à l'accueil des personnes en grande précarité, démunies sur la plan social, psychologique, voire sans résidence stable. Il s'agit de leur faire accéder de façon prioritaire au système médico-social.

Les fonctionnements des PASS diffèrent d'un département à l'autre parce qu'elles se sont mises en place en fonction des particularités locales.

2) Les PASS de Savoie :

a) La PASS de Chambéry³¹:

La Permanence d'accès aux soins de santé du centre hospitalier de Chambéry a été créée officiellement en 2000 sous la forme d'une **unité fonctionnelle** rattachée au service de médecine interne et maladies infectieuses. Cette unité fonctionnelle médico-sociale inclut, en plus de la PASS, les soins aux détenus et la prise en charge des toxicomanies.

La structure, au-delà de la Loi LCE, s'est appuyée sur les expériences et les réalisations locales entamées notamment depuis le milieu des années 90 avec la création (municipale et associative) d'un Espace Solidarité incluant une structure sanitaire le Point Santé, déjà géré par le service hospitalier.

Les effectifs de la PASS sont composés de temps de praticien hospitalier, infirmier, d'assistante sociale et de secrétaire, chacun à mi-temps (0,5 ETP) et de médecins et infirmières bénévoles qui interviennent sur les permanences du Point Santé; l'unité fonctionnelle accueille régulièrement des étudiants en stage (internes de médecine générale, sous forme de projet personnel, étudiant infirmiers ou travailleur social).

³⁰ Présentation rédigée à partir du site du Conseil National des Politiques de Lutte contre l'Exclusion et la Pauvreté : <http://www.cnle.gouv.fr>. Voir aussi : <http://www.sante.gouv.fr/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-pass.html> et <http://i.ville.gouv.fr/reference/201>

³¹ Texte rédigé à partir de la présentation faite par Thomas Collin dans le cadre de sa thèse pour l'obtention du doctorat en médecine le 10 mars 2011 avec pour titre : Le parcours de soin des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Chambéry, évaluation du retour au droit commun. Université Joseph Fourier, Faculté de Grenoble.

Un comité technique et un comité de pilotage ont été mis en place.

Un bilan annuel d'activités est rédigé. La PASS est aussi une antenne du CIDDIST rattachée à l'Espace de santé publique du centre hospitalier : dans ce cadre elle propose des vaccinations. Des réunions de concertations et de coordinations, internes et externes, sont organisées ; de même que des séances d'information, de formations des publics et des personnels, voire des travaux de recherches. Ce travail s'inscrit en partie dans ce cadre. Les professionnels de la PASS de Chambéry participent par ailleurs à l'association des professionnels des PASS de Rhône-Alpes (APPASSRA).

Concrètement, **l'activité globale** de la PASS se définit selon trois axes :

- le Point Santé : structure extra-muros, avec consultations médicales et paramédicales (infirmières), ouverte pendant 1h30 les mardis et vendredis après-midi ; possibilités sur place de soins de premiers recours, de bilans biologiques et de dépistages, de vaccinations courantes et de délivrance gratuite de médicaments (fond d'urgence du CCAS en pharmacie de ville ou depuis la pharmacie hospitalière). Avec la collaboration des associations et des institutions, la permanence s'est élargie en « Espace santé », avec une consultation dentaire, une équipe du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD) et une équipe de soutien en santé mentale (équipe mobile psychiatrie précarité EMPP). Une assistante sociale du centre communal d'action sociale CCAS est présente de façon conjointe.
- la PASS intra-muros : une activité de consultations externes, aux horaires élargis et flexibles selon les demandes (disponibilité permanente d'un médecin consultant), située dans l'espace de consultations du service (regroupant consultations de médecine interne, de maladies infectieuses et de dermatologie) avec salle d'attente, salles de consultations et de soins et secrétariat d'accueil communs (le bureau de l'assistante sociale est dans un autre bâtiment), avec la possibilité de délivrance gratuite de médicaments à la pharmacie hospitalière ; une activité mobile dans les différents services hospitaliers, en particulier pour l'infirmière et l'assistante sociale.
- la coordination du réseau santé précarité.

Coordonnés :

PASS - Centre hospitalier de Chambéry
7 square Massalaz B.P. 1125
73 011 CHAMBERY CEDEX
Tel : 04 79 96 51 06
E-mail : pass@ch-chambery.fr

b) La PASS d'Albertville :

La PASS est située dans les locaux en face des urgences

Ouverture du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00.

Intervention sociale au centre d'hébergement d'Urgence.

Permanence le Mercredi matin à l'hôpital de Moutiers de 9h00 à 12h00.

La PASS d'Albertville est conventionnée avec le Conseil Général de la Savoie pour l'accompagnement vers le soin des bénéficiaires du RSA et des minimas sociaux.

La PASS est assurée par un travailleur social à temps plein qui participe aux travaux de l'Association des Professionnels des PASS de Rhône Alpes.

Coordonnés :

PASS - Centre hospitalier Intercommunal Albertville Moûtiers

253 Rue Pierre Coubertin

BP 126

73200 ALBERTVILLE CEDEX

Tel : 04 79 89 55 55

E-mail : pass@cham-savoie.fr

L'Association des Professionnels des PASS Rhône-Alpes

(Présentation faite en Septembre 2010 lors d'un colloque)

L'association de professionnels des PASS Rhône-Alpes réunit des travailleurs sociaux, des médecins, des infirmières, et autres professionnels de PASS de la région. Elle a vu le jour en décembre 2005 et a pour objectifs d'échanger autour des pratiques, d'organiser des échanges d'informations, d'apporter une réflexion sur le développement des PASS, de faire connaître et reconnaître aux pouvoirs publics et institutions les réalités et problématiques rencontrées sur le terrain.

Les temps forts de l'association sont ses conseils d'administration (12 membres), 4 fois par an, ouverts aux PASS intéressées. Le choix a été fait jusqu'à maintenant de ne demander aucune subvention.

Une journée de rencontre régionale est organisée tous les 18 mois par une PASS de la région ; le programme est discuté et élaboré en conseil d'administration. Les « tutelles » sont invitées. Le sont aussi les partenaires des réseaux ; sont surtout présents ceux de la PASS qui organise pour des raisons de proximité. Les journées donnent lieu à des actes écrits qui sont diffusés largement.

L'association a créé un site internet <http://www.appassra.org> où figurent ses statuts, les actes des journées régionales, les dernières enquêtes nationales sur les PASS, des « coupures » de presse concernant les PASS (« on parle des PASS »), une boîte à outil, etc.

Au niveau des instances régionales, la structure associative donne une meilleure visibilité et lisibilité des PASS. Les membres de l'association se répartissent les contacts avec les différentes instances.

Au niveau de chaque PASS, l'association est une aide pour construire à partir d'expériences échangées sur des problématiques toujours complexes ; elle permet de prendre du recul, de renforcer la pêche aux informations. Dans chacun de nos hôpitaux, elle soutient nos motivations pour affirmer nos missions reposant sur une éthique basée sur la loi (celle de lutte contre les exclusions), mais trop souvent considérées comme marginales par les autres professionnels hospitaliers.

La Savoie en chiffres (Chômage, Rsa et CMU)

1) Emploi-Chômage en Savoie (Source : INSEE juin 2011) :

Emploi - Chômage	Savoie	Rhône-Alpes
Emploi total (salarié et non salarié) au lieu de travail en 2008	183 754	2 568 258
<i>dont part de l'emploi salarié au lieu de travail en 2008, en %</i>	<i>85,5</i>	<i>87,7</i>
Variation de l'emploi total au lieu de travail : taux annuel moyen entre 1999 et 2008, en %	1,7	1,4
Taux d'activité des 15 à 64 ans en 2008	74,0	72,8
Taux de chômage des 15 à 64 ans en 2008	7,4	9,7

Source : Insee, Recensements de la population 2008 et 1999 exploitations principales.

Nombre de demandeurs d'emploi de catégorie ABC au 31 décembre 2010 (1)	21 298	371 593
<i>dont demandeurs d'emploi de catégorie A au 31 décembre 2010</i>	<i>14 293</i>	<i>248 348</i>
Emploi total estimé au 31 décembre 2009 (2) (p)	195 364	2 644 860
Taux de chômage localisés au 2 ^{ème} trimestre 2011 (3)(p)	7,4	8,1

Sources : (1) Pôle emploi; Dares, Statistiques du marché du travail.

(2) Insee, Estimations d'emploi (ESTEL) (p) provisoires.

(3) Insee, Taux de chômage localisés (p) provisoires.

Taux de chômage en France au 2^{ème} trimestre 2011 : 9,1

2) RSA (source : Conseil Général de la Savoie) :

6 187 allocataires du Rsa en 2010 en Savoie

3) CMU (source : <http://www.cmu.fr>) :

Nombre de bénéficiaires de la CMU de base en Savoie en 2010 : 5672 pour une population de 422 149 habitants soit un taux de 1,3% (France métropolitaine : 2,9%).

Nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire en Savoie : 11 719 pour une population de 422 149 habitants soit un taux de 2,8% (France métropolitaine : 5,7%).

Le Programme Départemental d'Insertion (PDI) 2011 – Conseil Général de la Savoie

Résumé :

Le PDI définit et planifie des actions d'insertion adaptées aux besoins des personnes et aux caractéristiques des territoires.

Détail :

Les orientations du PDI 2011 votées par l'Assemblée départementale s'appuient sur les actions mises en œuvre en 2009-2010, dont une partie est soutenue par la Communauté Européenne. 2,84 M€ sont programmés à ce titre (dont 640 000 € de FSE). Par ailleurs, la Région Rhône-Alpes s'est engagée à apporter une contribution de 538 000 € les trois prochaines années au PDI (cela représente 60 000 € en 2011, première année de lancement).

Les orientations et les actions du PDI 2011 sont les suivantes :

L'accompagnement vers l'emploi pour les personnes en démarche de recherche d'emploi. Les mesures de droit commun ont parfois besoin d'être renforcées pour apporter une réponse adaptée. Il s'agit des actions suivantes :

- l'accompagnement social individualisé,
- le diagnostic et le projet professionnel,
- l'accompagnement pour la mise en œuvre du projet et placement,
- l'accès à l'emploi durable.

L'accompagnement dans l'activité et dans l'emploi :

- l'accompagnement et le soutien des travailleurs indépendants,
- l'accompagnement des bénéficiaires en contrat aidé,
- l'acquisition de compétences et l'accompagnement socio-professionnel développés dans les structures d'insertion par l'activité économique.

La résolution des freins périphériques à l'emploi : l'engagement dans un parcours professionnel et le retour à l'emploi ne peuvent se réaliser que si un certain nombre de pré-requis trouvent une solution :

- la lutte contre l'illettrisme et acquisition des savoirs de base,
- le développement des outils favorisant la mobilité des personnes,
- l'accès aux modes de garde à horaires atypiques.

La remobilisation et développement du lien social : les personnes en situation précaire cumulent diverses problématiques qui monopolisent leur quotidien. Ces difficultés cumulées éloignent les personnes de toute perspective d'insertion professionnelle et nécessitent un travail préalable de remobilisation.

- l'accès à la culture et développement de la citoyenneté,
- la redynamisation à travers l'acquisition de nouvelles compétences dans les technologies de l'informatisation et de la communication,
- le travail sur le mieux-être et la santé,
- le développement des fonctions cognitives et la construction de son parcours,
- l'accompagnement social des gens du voyage.

La prise en compte de la santé : les problèmes liés à la santé touchent de façon plus ou moins importante près de 40% des bénéficiaires du rSa. Cette problématique est multiforme : elle concerne l'accès aux soins des publics les plus marginalisés, la prévention des conduites addictives, la prise en compte de la souffrance psychique mais aussi l'amélioration des articulations avec la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

- l'accès aux soins,
- la prévention santé,
- la prise en compte de la souffrance psychique.

La prévention de l'entrée/installation des jeunes dans le dispositif rSa : le renforcement de l'accompagnement des jeunes allocataires du rSa en lien avec les Missions locales jeunes :

- l'intervention sur la mobilité, l'accès aux droits et la prévention santé, notamment sur la souffrance psychique et les conduites addictives, l'amélioration de l'accès au logement des jeunes en difficulté en lien avec les foyers des jeunes travailleurs,
- l'accompagnement des parcours d'insertion professionnelle des jeunes de 18 à 25 ans sur ces actions.

L'expérimentation du contrat à vocation sociale (CVS) est poursuivie : pour des bénéficiaires du rSa ne pouvant pas accéder aux emplois aidés du fait de difficultés de santé.

L'aide personnalisée à la reprise d'emploi (APRE)

Pour soutenir la reprise d'emploi, le fonds national de solidarité active finance les frais des bénéficiaires du rSa qui reprennent un emploi ou une formation.

En Savoie, l'APRE c'est :

- une aide forfaitaire dont le montant dépend de la durée du contrat de travail,
- une aide au paiement de certaines dépenses. Les demandes sont faites auprès des référents uniques. Plafond annuel : 800 €

Les inégalités sociales de santé en France

Extraits du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales publié mai 2011 sous le titre :
Les Inégalité sociales de santé, déterminants sociaux et modèles d'actions : Rapport RM2011-061P

Tableau 1 : Quelques exemples d'inégalités sociales de santé¹² en France

Types d'indicateurs de santé	Indicateurs	Modalité de mesure des inégalités sociales de santé
Espérance de vie	Espérance de vie à 35 ans	A 35 ans, l'espérance de vie d'un ouvrier est inférieure de 5 ans à celle d'un cadre.
	Espérance de vie à 35 ans en bonne santé perçue	A 35 ans, l'espérance de vie d'un ouvrier en bonne santé perçue est inférieure de 9 ans à celle d'un cadre.
Mortalité	Mortalité avant 65 ans	Les hommes sans diplômes ont 2,5 fois plus de risques de décéder avant 65 ans que les hommes ayant effectué des études supérieures (la différence est de 1,9 pour les femmes) ¹³ .
	Mortalité par cancer	A âge égal, la mortalité par cancer du poumon des hommes sans diplôme est multipliée par 3,5 par rapport aux hommes dont le niveau d'études est « bac et plus » (écart de 10 pour le cancer du pharynx) ¹⁴ .
	Mortalité par maladies cardiovasculaires	Entre 1982 et 1990, la mortalité par maladies coronariennes a baissé de 47 % chez les cadres et professions libérales contre 14 % chez les employés et ouvriers.
Incidence et prévalence des pathologies	Hypertension artérielle	La prévalence de l'hypertension artérielle varie de 25 à 38 % entre le tiers de la population dont le niveau d'études est le plus élevé et celui dont le niveau d'études est le plus faible.
	Episodes dépressifs	La fréquence d'épisodes dépressifs au cours de la semaine précédente est de 9 % en population générale, mais de 16 % chez les chômeurs et inactifs ¹⁵ .
Accès au système de santé	Dépistage du cancer du sein	56 % de femmes de plus de 40 ans ayant un niveau d'étude secondaire ou supérieur ont fait une mammographie au cours des deux dernières années, contre 40 % de celles ayant un niveau d'études primaire.
	Traitement des accidents coronariens	La survie à 28 jours d'un événement coronarien est 2,5 fois plus élevée pour un cadre supérieur que pour une autre catégorie socioprofessionnelle.

Source : Données citées dans l'ouvrage d' A. Leclerc, M. Kaminski, T. Lang

¹² Les données sont issues de l'ouvrage d'A. Leclerc, M. Kaminski et T. Lang, *Inégaux face à la santé : du constat à l'action*, La Découverte, 2008

¹³ Période 1990-1996.

¹⁴ Période 1975-1990, Menvielle, 2005.

¹⁵ INSEE, Enquête santé

La participation des bénéficiaires du Rsa au dispositif

Extrait du Rapport final Comité national d'évaluation du rSa. Décembre 2011

1.4°) La participation des bénéficiaires au dispositif

Une tendance à l'oeuvre dans le champ sanitaire et social est de mieux associer les usagers à la construction et à la gouvernance des politiques publiques, même si des questionnements subsistent quant aux modalités de mise en oeuvre de cette participation. Dans cet esprit, la loi du 1er décembre 2008 a prévu la participation des représentants de bénéficiaires au sein des équipes pluridisciplinaires. Il s'agit d'une disposition novatrice car la loi sur le RMI n'avait pas envisagé la présence de représentants de bénéficiaires dans les instances des Commissions locales d'insertion (CLI)¹³⁷. L'implication des bénéficiaires du rSa doit aller jusqu'à la co-construction du dispositif puisque la nouvelle rédaction de l'article L115-2 du Code de l'action sociale et des familles prévoit que « la définition, la conduite, et l'évaluation des politiques mentionnées au présent article sont réalisées selon des modalités qui assurent une participation effective des personnes intéressées ».

1.4.1°) Des bénéficiaires souvent impliqués dans la gouvernance du rSa

Fin 2010, plus de 80 % des départements font siéger des représentants de bénéficiaires au sein des équipes pluridisciplinaires. Ces derniers sont choisis sur la base du volontariat, ou sollicités par les référents, ou désignés au sein de groupes ressources, ou encore sélectionnés au hasard¹³⁸. Dans quasiment tous les départements, ils sont présents régulièrement aux réunions de ces instances. Dans plus de la majorité des départements, les bénéficiaires sont membres de l'équipe pluridisciplinaire pour moins d'un an et ont été sensibilisés à la fonction qu'ils sont appelés à assumer. Ils sont indemnisés dans les trois quarts des départements, pour les frais de déplacement occasionnés (le plus souvent), des frais de repas (dans certains départements) et plus rarement par un forfait ou pour des frais de garde d'enfant.

La participation des bénéficiaires ne se résume toutefois pas aux équipes pluridisciplinaires. Dans près de la moitié des départements, elle prend aussi la forme d'une participation à des « groupes ressources » ou « groupes d'usagers » (plus du tiers des départements) ou à des instances participant à l'évolution ou à l'évaluation du dispositif (10 à 15 % des départements).

Au final, fin 2010, seuls 13 % des départements déclaraient n'avoir prévu aucune représentation des bénéficiaires du rSa. Certains d'entre eux signalaient toutefois que la situation pourrait être appelée à évoluer.

1.4.2°) Les bénéficiaires portent un jugement contrasté sur le principe de leur participation

Selon l'enquête qualitative menée par le Crédoc, pour le compte de la Drees auprès de 200 bénéficiaires du rSa du champ des « droits et devoirs », peu de bénéficiaires identifient clairement les équipes pluridisciplinaires et leur rôle. Informés le plus souvent lors de l'enquête de l'inscription dans la loi de la participation de bénéficiaires, les avis sont partagés quant à la pertinence de cette disposition.

Pour une majeure partie, cette association ne peut être que profitable aux bénéficiaires dont les droits sont réévalués. La valeur testimoniale de la parole de bénéficiaires parmi une assemblée de professionnels doit garantir une juste et fine compréhension des situations examinées.

Toutefois, un certain nombre de bénéficiaires interrogés dénoncent « la professionnalisation » du statut de bénéficiaire et la position illégitime du bénéficiaire dans cette fonction : le représentant des bénéficiaires au sein des équipes pluridisciplinaires serait en quelque sorte juge et partie de ses pairs. Les questions de légitimité, de droit, de pouvoir affleurent : de quel droit certains bénéficiaires auraient-ils le pouvoir de participer à l'examen des droits d'autres bénéficiaires ?

1.4.3°) L'apport de la participation des bénéficiaires et ses conditions de réussite

L'étude pilotée par la DGCS sur les conditions de la mise en oeuvre de la participation des bénéficiaires du rSa dans les équipes pluridisciplinaires et sur les effets de cette démarche sur le dispositif et les parties prenantes¹³⁹ montre que les représentants des bénéficiaires rencontrés, lorsqu'ils se sentent intégrés, expriment leur satisfaction d'être entendus, de s'impliquer dans une démarche qui a du sens. Ils s'estiment investis d'une mission auprès des autres bénéficiaires, avec le sentiment qu'ils peuvent modifier les représentations des professionnels sur la vie des bénéficiaires du rSa. Les professionnels et élus siégeant dans les équipes pluridisciplinaires indiquent que cette démarche modifie les pratiques collectives et professionnelles, favorisant un processus de décision plus transparent et rigoureux.

Elle présente des vertus pédagogiques pour les autres bénéficiaires, les représentants des bénéficiaires du rSa étant perçus comme porteurs d'une compréhension du dispositif. Les conditions de la mise en place de la participation des personnes à ces instances consultatives ont néanmoins un impact important sur le bon déroulement de la démarche et sur les bénéfices à en tirer. Il est par exemple délicat pour un représentant des bénéficiaires du rSa de trouver sa place au sein d'une équipe pluridisciplinaire, notamment lorsque sont présentés des dossiers de suspension ou de sanction d'allocation. L'investissement important que suppose la participation peut rendre difficile l'implication du bénéficiaire dans d'autres projets (professionnels, notamment) et freiner cette participation. Il convient donc de penser cet engagement participatif dans le cadre plus global du parcours d'insertion des bénéficiaires du rSa.

Plus généralement, il ressort de ces travaux que la participation aux équipes pluridisciplinaires ne peut s'inscrire dans la durée et prendre tout son sens que si elle est adossée à des démarches collectives au sein du dispositif, tels des groupes ressources. Le respect de cette condition est garante d'une participation effective et bénéfique à la différence d'une approche individuelle isolée. Par ailleurs, le rôle du représentant du bénéficiaire du rSa doit être précisé sachant qu'il doit être porteur d'une démarche compréhensive à l'égard de tous les bénéficiaires. De plus, la mise à disposition d'un référentiel permettrait de diffuser des préconisations claires sur la sélection des représentants des bénéficiaires, sur la déontologie et le fonctionnement d'une telle participation. Il convient également de prévoir un cadre pour la formation des représentants des bénéficiaires du rSa, des élus et des professionnels ainsi que pour les animateurs de groupes ressources.

Sélection bibliographique sur la problématique de l'accès aux soins et aux droits en lien avec l'exclusion sociale

Bibliographie réalisée le 10 novembre 2011 par :

- **IREPS Rhône-Alpes - Service documentation**
9, quai Jean Moulin - 69001 LYON
Tél. 04 72 00 55 70 / Fax. 04 72 00 07 53
@mail : documentation@education-sante-ra.org
Internet : www.education-sante-ra.org
- **ADES DU RHÔNE – Pôle ressource**
292 rue Vendôme - 69003 LYON
Tél : 04.72.41.66.01 / Fax : 04.72.41.66.02
@mail : info@adesr.asso.fr
Internet : www.adesr.asso.fr

Documents généraux

- MOQUET (Marie-José), POTVIN (Louise).- **Inégalités sociales de santé : Connaissance et modalités d'intervention.** - La santé de l'homme ; N° 414, 2011, pp. 7-43.
<http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=SLH/sommaires/414.htm>
- LANG (Thierry), GREMY (Isabelle), JOUGLA (Eric), et al. - **Numéro thématique : Inégalités sociales de santé.**- BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire ; N° 8-9, Vol. 2011, 2011, pp.73-100,réf.bibl.
http://www.invs.sante.fr/beh/2011/08_09/beh_08_09_2011.pdf#page=19
- Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion Rhône-Alpes. (M.R.I.E.). Lyon. FRA.- **Dossier annuel 2011 : Pauvretés, Précarités, Exclusions.**- Lyon : MRIE, 2011, 212 p.
http://www.mrie.org/docs_transfert/publications/MRIE_Dossier_2011.pdf
- VIGNERON (Emmanuel) .- **Les inégalités de santé dans les territoires français : Etat des lieux et voies de progrès.**- Issy les Moulineaux : Elsevier Masson SAS, 2011, 194 p., ill. en coul., carte, stat.
- BLANC (Gwenaëlle), PELOSSE (Lucie) .- **La médiation santé : Un outil pour l'accès à la santé ? Rapport d'enquête.**- Lyon : FRAES, 2010/03, 22 p., 17 réf.
http://www.education-sante-ra.org/publications/2010/mediation_sante.pdf
- Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion Rhône-Alpes. (M.R.I.E.). Lyon. FRA.- **Dossier annuel 2010 : Pauvretés, Précarités, Exclusions.**- Lyon : MRIE, 2010, 180p.
http://www.mrie.org/docs_transfert/publications/DA2010-dossierannuel.pdf
- POTVIN (Louise), MOQUET (Marie-José), JONES (Catherine). - **Réduire les inégalités sociales en santé.** - Saint Denis : INPES, 2010, 380 p., réf. bibl.
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>
- AÏACH (Pierre) .- **Les inégalités sociales de santé.**- Paris : Economica, 2010, 280 p., réf. 3 p.
- TRUGEON (Alain), THOMAS (nadège), LEMERY (Bernadette), et al., Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé. (F.N.O.R.S.). Paris. FRA.-
- **Inégalités socio-sanitaires en France : De la région au canton.**- Issy les Moulineaux : Elsevier Masson SAS, 2010, 259 p., carte, graph., réf. 7 p.
- **Appréhender et surmonter les obstacles à l'accès aux soins.**- La revue Prescrire ; N° 322, Vol. 30, 2010, pp. 567-596, réf. bibl.
- Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.). Paris. FRA.- **Les inégalités sociales de santé : Sortir de la fatalité.**- Paris : HCSP, 2009/12, 100 p.
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_inegalites.pdf

- Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles. (O.N.Z.U.S.). Saint-Denis. FRA.- **Les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles.**- Saint Denis : Délégation Interministérielle à la Ville, 2009/05, 146p
http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/Documents_01_2009_cle2112ab.pdf
- BOCOGNANO (Agnès) .- **Droit à dépassement et impact sur les inégalités d'accès aux soins.**- ADSP : Actualité et dossier en santé publique ; N° 69, 2009, 8-12
<http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-69/ad690812.pdf>
- FASSIN (Didier) .- **Inégalités et santé.**- Problèmes politiques et sociaux ; N° 960, 2009, 11-135
- BAUDIER (François), et al., AUTES (Michel), GARROS (Bertrand) .- **Les maisons de santé : Une solution d'avenir ?**- Santé Publique ; N° 4 Suppl., Vol. 21, 2009, 111p
- BERGHMANS (Luc), et al., DE SPIEGELAERE (Myriam), JANZYK (Véronique) .- **Réduire les inégalités sociales de santé.**- Education santé ; N° 245, 2009, 1-31
<http://www.educationsante.be/pdf/es245.pdf>
- PLU (Isabelle), et al., EMERY (Sophie), GIGNON (Maxime) .- **Modalités et enjeux de la communication externe des réseaux de santé : L'expérience d'un réseau d'accès aux soins.**- Santé Publique ; N° 2, Vol. 21, 2009, 173-181 POU CET (Thierry), et al., HERMESSE (Jean), THIRY (Lise) .- **Santé pour tous.**- Santé conjugulée ; N° 47, 2009, 27-97
- AVALOSSE (Hervé), et al., CORNELIS (Koen), GILLIS (Olivier) .- **Inégalités sociales de santé : Observations à l'aide de données mutuellistes.**- Education santé ; N° 242, 2009, 2-12
<http://educationsante.be/es/article.php?id=1087>
- CHAUVEAUD (Catherine), et al., WARIN (Philippe), RODE (Antoine), Agence Nationale de la Recherche. Paris. FRA, Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examen de Santé. (C.E.T.A.F.). Saint-Etienne. FRA, Observatoire DES NOn-REcours aux droits et services. (O.D.E.N.O.R.E.). Grenoble. FRA.- **Le non-recours aux soins des actifs précaires (NOSAP).**- 2008/12, 125 p
<http://odenore.msh-alpes.fr/non-recours-aux-soins-actifs-precaires-rapport-final>
- GILLIS (Olivier), MERTENS (Raf) .- **Pourquoi pauvreté ne rime pas avec santé.**- Education santé ; N° 239, 2008, 2-8
<http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1058>
- DUPRE (Caroline), SIMO (Jean-Denis), GUEGUEN (René), Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examen de Santé. (C.E.T.A.F.). Saint-Etienne. FRA.- **Le non-recours aux soins en Rhône-Alpes : caractéristiques des consultants examinés dans les CES de l'Assurance Maladie, données 2002-2005.**- Saint-Etienne : CETAF, 2007/11, 117 p
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/non_recours_soins_2007.pdf
- CARDE (Estelle) .- **Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins.**- Santé Publique ; N° 2, Vol. 19, 2007, 99-109
- QUILLE (Florence), BENATTAR (Francine) .- **Défaveurs sociales et santé ... Les défis d'un lien complexe.**- Contact Santé ; N° 221, 2007, 9-27
- Association des Professionnels des PASS de la région Rhône-Alpes (A.P.P.A.S.S.R.A.). Chambéry. FRA.- **3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S : Collaborations, politiques sociales ... où en est-on ?**- Chambéry : APPASSRA, 2007, 61p Date du congrès: 11/10/2006
- Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. (C.N.C.D.H). Paris. FRA.- **Avis sur la préservation de la santé, l'accès aux soins et les droits de l'homme.**- Paris : CNCDH, 2006/01, 37p
- SASS (C), et al., MOULIN (J.-J.), GUEGUEN (R.) .- **Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examen de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité.**- Santé Publique ; N° 4, Vol. 18, 2006, 513-522

Populations spécifiques :

- GIRARD (Vincent), CHAUVIN (Pierre), ESTECAHANDY (Pascale) .- **La santé des personnes sans chez soi : Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen.**- Paris : Ministère de la santé et des sports, 2009/11, 231 p.
http://www.santesports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sante_des_personnes_sans_chez_soi.pdf
- KAYA (Bülent), EFIONAYI-MÄDER (Denise) .- **Population migrante : Prévention et promotion de la santé : Guide pour la planification et la mise en oeuvre de projets.**- Berne : Office Fédéral de la Santé Publique, 2008/04, 55p.
<http://www.bag.admin.ch/shop/00016/00257/index.html?lang=fr&download=M3wBUQCu/8ulmKDu36WenojQ1NTTjaXZnqWfVp7Yhmfnapmmc7Zi6rZnqCkklid1fniBbKbXrZ2lhtTN34aI3p6YrY7P1oah162apo3X1cjYh2+hoJVn6w==>
- STANOJEVICH (Elodie-Aïna) .- **La santé des migrants.**- La Santé de l'homme ; N° 392, 2007, 13-41
- LE ROUX (Muriel), BOTTON (Didier), GUIRAUD (Jean-Claude) .- **Santé des gens du voyage : Des associations se mobilisent.**- La Santé de l'homme ; N° 390, 2007, 4-6
- EL MOUBARAKI (Mohamed), et al., PINTO (Olinda), GALLOU (Rémi) .- **Le vieillissement des personnes migrantes.**- Migrations santé ; N° 127-128, 2007, 3-213
- VEISSE (Arnaud), SIMONNOT (Nathalie), GREERAERT (Jean-Pierre) .- **Accès aux soins des étrangers, année zéro.**- Maux d'exil ; N° 18, 2007, 1-8
- Comité Médical Pour les Exilés (C.O.M.E.D.E). Le Kremlin Bicêtre. FRA, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S). Saint-Denis. FRA.- **Livret de santé bilingue.**- Saint Denis : INPES, 2006/04, 96p
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/934.pdf>
- Sénat. Paris. FRA.- **L'accès des étrangers en situation irrégulière au système de santé.**- Paris : Sénat, 2006/03, 34p
<http://www.senat.fr/lc/lc160/lc160.pdf>
- Comité Médical Pour les Exilés (C.O.M.E.D.E). Le Kremlin Bicêtre. FRA.- **Migrants/étrangers en situation précaire : Prise en charge médico-psycho-sociale.**- Saint Denis : INPES, 2004, 440p
<http://leguideducomede.free.fr/GUIDComede2005tout.pdf>
- BREZOVSEK (Andréa) .- **L'accès aux soins des immigrés illégaux à Lyon : description, analyse et recommandations.**- Migrations santé ; N° 107, 2001, 29-56