

Pour une politique effective d'accompagnement santé des personnes en situation de précarité

Contribution de la Fédération au Rapport sur la prévention, l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité (article 64 de la LFSS2018)

La Fédération rassemble plus de 800 associations de solidarité qui gèrent près de 2800 structures (maraudes, accueils de jours, centre d'hébergement et de réinsertion sociale, ateliers et chantiers d'insertion, lits halte soins santé, lits d'accueil médicalisés, structures d'addictologie etc.). Les plus de 15 000 intervenants sociaux et les milliers de bénévoles qui composent le réseau accompagnent chaque année 900 000 personnes en situation de précarité.

Comme cela a été prouvé par de nombreuses études, les questions de santé et de précarité sont intimement liées : la précarité est un facteur aggravant des problèmes de santé, et constitue un obstacle à l'accès au système de santé, tout comme les problèmes de santé empêchent trop souvent les personnes en situation de précarité de retrouver un logement, un emploi, et, plus largement, le plein exercice de leur citoyenneté.

Cette spirale néfaste concerne une partie importante de la population. Aujourd'hui, 1 personne sur 4 est à plus de trente minutes de voiture d'un généraliste¹, 25% renoncent aux soins en raison du coût que cela représente² et 5 millions de français ne recourent pas à leurs droits selon le rapport annuel du Fonds CMU-C de 2015. Ce constat et les risques qu'il représente pour les personnes appelle selon nous une réaction forte.

Notre Fédération s'est grandement mobilisée lors des débats parlementaires du PLFSS 2018, en lien avec Médecins du Monde, en demandant la remise d'un rapport du gouvernement au parlement sur les modalités opérationnelles de mise en œuvre de l'intégration de l'Aide médicale d'Etat dans l'Assurance maladie. Ce rapport, dont le principe avait été voté à l'unanimité en commission des affaires sociales s'est finalement vu préféré en séance publique un rapport plus global sur la prévention, l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et de précarité, devant intégrer la question des bénéficiaires de l'AME. Nous adressons donc notre contribution à ce rapport, pour qu'il puisse soutenir la mise en place d'une politique effective d'accès à la santé des personnes en situation de précarité.

La menace qui pèse sur l'AME et l'accès aux soins des plus précaires est permanente, persistante et de plus en plus inquiétante, ce qui implique d'agir courageusement et de mettre fin à ce régime spécifique en intégrant l'AME dans le régime général de la sécurité sociale et permettre à toutes et tous d'avoir accès à une complémentaire santé.

Au-delà des bénéficiaires de l'AME, il est aussi aujourd'hui important que ce rapport intègre des mesures effectives pour parvenir à lutter efficacement contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Il en est de la responsabilité de notre système de santé dont les personnes en situation de précarité ne doivent pas être les victimes des dysfonctionnements.

¹ Rapport de l'UFC Que choisir sur la fracture sanitaire, juin 2016

² Baromètre du CISS de 2015

Les propositions formulées ici, sont issues du travail collectif des 8 commissions santé organisées par les Fédérations en régions et du groupe d'appui national (GAN) santé animé par le siège ; qui réunissent à la fois des personnes en situation de précarité, des travailleurs sociaux, des directrices d'établissements sociaux et médico-sociaux et des professionnels de santé.

Leur mise en œuvre implique des choix politiques forts et une meilleure prise en compte interministérielle des questions de solidarité afin de coordonner les politiques sociales et sanitaires, en accord avec les objectifs fixés aux stratégies de lutte contre la pauvreté et de santé.

Propositions de la Fédération des acteurs de la solidarité

Pour la mise en œuvre d'une politique de prévention accessible à toutes et tous

Pour réduire les souffrances humaines, la dégradation de notre tissu social et limiter des dépenses publiques postérieures, il nous paraît essentiel de s'inscrire davantage dans une approche préventive des risques sociaux et sanitaires, renforçant et complétant nos filets de sécurité actuels. Cette politique, à élaborer et à porter ensemble (acteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires et personnes accompagnées) doit prendre en compte les déterminants de santé (la qualité de l'habitat, l'accès à l'éducation, la nutrition etc.) et les inégalités sociales et territoriales de santé pour ne pas oublier les plus exclus. Nos propositions sont donc :

1. **Adapter les campagnes de prévention pour toucher les publics en situation de précarité** en assurant une traduction des outils mis à disposition, en accompagnant les messages d'une proposition d'accompagnement pour sortir de l'approche culpabilisante qui peut être contre-productive (ex : campagne zéro alcool pendant la grossesse) et en élaborant des outils avec les personnes concernées

Des outils à l'attention des personnes en situation de précarité pour parler santé

Les adhérents membres de la commission santé de la Fédération des acteurs de la solidarité Auvergne Rhône Alpes ont élaboré en 2016 un ensemble d'outils de prévention et d'accompagnement à la santé à destination des personnes accueillies/ accompagnées et des référents sociaux et médico-sociaux. Deux outils « [Je prépare ma consultation](#) » et « [Refus de soins](#) » permettent par exemple de mieux préparer les consultations avec les personnes en situation de précarité, de connaître les recours en cas de refus de soins. Un éventail permet lui d'évoquer le bien-être et les soins en proposant aux personnes de s'exprimer via un choix conséquent de réponses à la question « [Pourquoi je me soigne ?](#) ».

LE KIT SANTE distribué par la Fédération des acteurs de la solidarité Hauts de France

Cette action, soutenue par le Conseil régional, permet aux associations d'insertion de la région Hauts de France de développer des actions de prévention santé collectives ou individuelles. Grâce à un sac à dos contenant une dizaine de produits d'hygiène, les intervenants sociaux sont outillés pour aborder les questions d'accès aux droits, aux soins, l'estime de soi, l'hygiène etc.



2. Assurer la possibilité à toutes les personnes d'avoir accès aux dispositifs de prévention en permettant à celles **bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat de se voir proposer un bilan de santé**
3. Dans le cadre du moi(s) sans tabac et de l'augmentation du prix du paquet de tabac annoncé pour 2020, **accompagner les publics précaires par le remboursement intégral des substituts nicotiques et soutenir les partenariats entre les champs de l'exclusion et de l'addictologie** (CSAPA, CAARUD etc.) pour mettre en œuvre des actions de lutte contre le tabagisme, élaborées avec les personnes concernées

Pour une politique effective de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé ne peut se résumer à l'amélioration de l'accès à l'offre de santé. L'accès de toutes et tous à la couverture maladie et aux soins doit permettre de lutter durablement contre ces inégalités :

- **Permettre à chacun d'accéder à une couverture maladie de qualité en simplifiant les démarches**

Le véritable parcours du combattant que constituent les démarches d'ouverture et de renouvellement des droits à la couverture maladie complémentaire pour des personnes en situation de précarité impose que soient pensées des solutions de simplification et d'automatisme d'attributions des prestations sociales, entre elles.

La Protection universelle maladie (PUMa), créée en janvier 2016, permet un droit à la prise en charge de ses frais de santé à toute personne travaillant ou à toute personne résidant en France depuis plus de trois mois de manière régulière. Cette réforme a permis d'importantes avancées en termes de simplification des démarches administratives et de continuité des droits à la prise en charge des frais de santé des personnes mais des efforts restent cependant à fournir pour permettre à chacun.e d'avoir accès plus facilement à ses droits mais aussi aux soins :

4. **Permettre un accès tous à l'Assurance maladie en fusionnant l'Aide médicale de l'Etat (AME) et la Protection universelle maladie (PUMa). Assurer à l'ensemble de ces personnes l'accès à la CMU-C³**
5. **Assurer un pilotage par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) des pratiques des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) afin de faire respecter les textes en vigueur et mutualiser les bonnes pratiques.** Cela passera notamment par la publication des instructions de la CNAM dans lesquelles figurent des droits opposables aux administrés
6. **Automatiser l'accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) pour les personnes bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA socle) et la renouveler automatiquement après consentement des ayants droits**
7. **Instituer le premier accès automatique à l'Aide à la complémentaire santé (ACS) pour les bénéficiaires de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)**

³ Cf Argumentaire sur l'intégration de l'Aide médicale d'Etat dans l'Assurance maladie MDM FAS Uniopss



8. **Allonger la durée de droits à la CMU-C de un à trois ans**
 9. **Rendre la possibilité aux demandeurs d'asile d'avoir une carte vitale (supprimée en juillet 2017), au même titre que les autres assurés sociaux afin d'éviter les refus de soins des professionnels de santé**
 10. **Permettre aux bénéficiaires de l'AME de disposer d'autant de duplicata et d'attestation que ceux de la CMU-C pour éviter toute pénalisation en cas de perte de la carte AME**
- **Permettre à chacun d'accéder à une couverture maladie de qualité en améliorant l'information délivrée aux personnes**

Divers constats sont quotidiennement faits par les personnes en situation de précarité : difficulté de fournir un certain nombre de pièces justificatives, informations données différentes d'un interlocuteur à l'autre en CPAM, mauvais accueil des personnes en situation d'exclusion, méconnaissance des recours à engager lorsqu'on a besoin d'une solution immédiate, manque de transparence sur les pièces justificatives demandées aux guichets, coût du coffre-fort numérique pour les structures, dématérialisation des démarches et déshumanisation des institutions (remplacement des rencontres humaines par des logiciels d'inscription en ligne) etc., d'où certaines recommandations portées par la Fédération :

11. **Associer les personnes accompagnées à la conception du service public d'information en santé** et en accompagner sa diffusion auprès du public par des présentations en régions afin qu'il puisse réellement remplir sa mission qui est «la diffusion gratuite et la plus large des informations relatives à la santé et aux produits de santé, notamment à l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale auprès du public»,
12. **Accompagner les publics à la dématérialisation des démarches en favorisant la médiation numérique, tout en laissant la possibilité aux personnes d'avoir accès à des dossiers papiers**

Des ateliers numériques pour se former à l'usage d'Internet⁴

Lancé en 2011, l'espace numérique « Adriatic » de l'ADPEI situé en plein cœur de Marseille permet de former des personnes (personnes accompagnées, intervenants sociaux) à l'utilisation d'internet (recherches culturelles, ludiques, création d'adresse email) durant 30 heures. Ces temps permettent à la fois aux personnes de se familiariser aux usages de l'Internet mais aussi aux animateurs de médier face aux freins ressentis quant à l'ergonomie de certains sites en lignes (ex : le site de la Prime d'activité contraint les personnes à détenir une adresse email, condition ressentie comme un obstacle par bon nombre de personnes)

13. **Préserver l'accueil physique des personnes en guichets afin de leur fournir l'information nécessaire à leur accès/ renouvellement des droits, en complément des services en ligne ; et assurer la gratuité de l'accès à la ligne téléphonique de l'Assurance maladie (3646)**

⁴ F Magazine n°17 « Quelle inclusion numérique pour les plus pauvres ? »



- 14. Revenir à l'organisation du travail initiale des CPAM en permettant aux personnes d'avoir un référent unique au sein des CPAM pour l'ouverture et le renouvellement de leurs droits (accueil, information, instruction du dossier)⁵**
15. **Définir un référent CPAM par association**, interlocuteur privilégié en cas de questions ou de blocages, pour mieux coordonner les interventions autour des personnes.
- 16. Développer les partenariats entre les plateformes d'interprétariat et les CPAM afin de ne pas pénaliser les personnes ne maîtrisant pas le français**
- 17. Informer les personnes et les travailleurs sociaux de l'existence des PFIDASS sur l'ensemble des territoires et permettre aux agents PFIDASS de recevoir les personnes, se déplacer et d'accompagner physiquement les personnes**
- 18. Permettre aux agents CPAM d'organiser des réunions d'information régulières auprès des personnes en situation de précarité et/ou des permanences au sein des structures sociales**

Des temps d'échanges organisés avec la CPAM de Paris

La Fédération des acteurs de la solidarité Ile de France organise depuis 2014 des temps d'échanges réguliers avec la CPAM de Paris. Ces rencontres ont pour objectifs de renforcer les partenariats entre les associations parisiennes et la CPAM de Paris afin d'améliorer l'accès aux droits des personnes, faire un état des lieux des principales difficultés rencontrées par les associations dans la constitution et le suivi de dossiers CPAM, proposer des temps d'échanges entre la CPAM 75 et les associations parisiennes pour mieux comprendre les contraintes et difficultés mutuelles et informer les associations des différentes évolutions législatives et juridiques. Des rencontres ont par exemple permis d'expliquer aux associations ce qu'était la PUMa et les évolutions quant à délivrance des titres AME et à la création de rendez-vous consacrés aux associations par la CPAM 75 pour faire le point sur des situations bloquées.

➤ Généraliser le tiers payant

Pour les personnes en situation de précarité et bénéficiaires de la PUMa, l'ACS ou la CMU-C, l'avance des frais est normalement dispensée.

Cependant, diverses entraves sont actuellement constatées. D'une part, pour les personnes qui sont juste au-dessus des seuils d'éligibilité, nombreuses sont celles qui renoncent aux soins en raison du coût que cela représente (un Français sur quatre a déjà renoncé à consulter un médecin en raison du coût⁶). D'autre part, encore un tiers des personnes éligibles à la CMU-C n'y recourent pas, deux tiers concernant l'ACS, notamment à cause de la complexité administrative des démarches pour y avoir accès et renouveler ses droits.

⁵ Céline Gabarro, « L'attribution de l'aide médicale de l'Etat (AME) par les agents de l'Assurance maladie. Entre soupçon de fraude, figures de l'Etranger et injonctions gestionnaires », septembre 2017

⁶ Baromètre CISS 2015

Enfin, il est actuellement constaté que le tiers payant applicable aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS ne garantit pas leur accès aux soins puisque certains se voient encore refuser son application, comme le relève l'observatoire santé de la Fédération.

Situations extraites de la synthèse de l'Observatoire santé solidarité :

« *Le docteur de la clinique a refusé d'appliquer le tiers payant pour une consultation IVG* ».

Personne bénéficiant de la PUMa+CMU-C, gynécologue, Occitanie

« *Le médecin a obligé la famille à payer les 23 euros de consultation. Le médecin a ensuite fait une feuille de soin* ». personne bénéficiant de la PUMa, généraliste, Occitanie

L'avance des frais pour les personnes en médecine de ville les éloigne d'une médecine de proximité essentielle pour le dépistage, la prévention et la prise en charge précoce des maladies chroniques et les poussent vers les hôpitaux et les urgences, plus coûteux.

19. Assurer la mise en place du tiers payant généralisé pour tous afin d'éviter aux plus précaires de se voir refuser des soins et à ceux qui sont juste au-dessus des seuils, d'avoir à avancer les frais

➤ **Renforcer la lutte contre les refus de soins des professionnels de santé à l'encontre des personnes en situation de précarité**

Face aux nombreux signalements de personnes en situation de précarité, la Fédération a saisi en janvier 2017 le Défenseur des droits concernant des situations de refus de soins de professionnels de santé, affichées sur internet (sur le site « doctolib » par exemple).

La loi de modernisation de notre système de santé n'a pas apporté comme le demandait la Fédération une définition plus claire des refus de soins et un observatoire indépendant pour les constater. Cet Observatoire a au contraire été confié aux Ordres qui pilotent les commissions d'évaluation des pratiques de refus de soins⁷, en prévoyant par décret qu'elles remettent un premier rapport annuel pour fin septembre 2017, qui n'ont à notre connaissance jamais été publiés. Une sous-utilisation des actions de recours par les personnes en situation de précarité a également été constatée, due à un manque d'information (difficulté à trouver les coordonnées et à joindre les conciliateurs CPAM par exemple) et à la complexité des procédures qui découragent des personnes dont les parcours de vie sont parfois déjà complexes :

20. S'assurer que ces commissions mettent en œuvre de véritables méthodes d'évaluation des pratiques de refus de soins et qu'elles publient leur rapport annuel

21. A terme : créer en lien avec le Défenseur des Droits une mission indépendante d'observation du refus de soin, disposant d'un pouvoir de sanctions des pratiques abusives des praticiens,

⁷ [Décret n° 2016-1009 du 21 juillet 2016 relatif aux modalités d'évaluation des pratiques de refus de soins](#)

L'observatoire santé solidarité de la Fédération ou comment mieux observer les pratiques de refus de soins

Le siège de la Fédération des acteurs de la solidarité et la Fédération des acteurs de la solidarité Occitanie ont créé un outil de signalement, [l'Observatoire santé](#), destiné à mieux qualifier et quantifier les situations de refus de soins. Les données recueillies permettent de rendre plus visibles les difficultés d'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité.

Cet outil, à remplir par la personne directement concernée ou par la personne avec l'aide d'un intervenant, ne se substitue pas aux procédures de recours des refus de soins décrits dans la fiche Fédération des acteurs de la solidarité « Lutter contre les refus de soins des professionnels de santé » (également [disponible en ligne](#)), qui peuvent être engagées auprès des conciliateurs de la CPAM et des Défenseurs des Droits. De même, il n'a en aucun cas pour objectif d'identifier les professionnels de santé mais bien d'observer les dysfonctionnements à un échelon territorial, dans une optique d'amélioration des rapports usagers du système de santé/professionnels.

22. **Rendre disponible sur tous les territoires l'annuaire des délégués du défenseur des droits, des conciliateurs CPAM et des conseils de l'ordre territorialement compétent**, comme l'ont fait toutes les Fédérations en régions :

http://www.federationsolidarite.org/images/stories/sites_regions/NPDC/sante/guide_refus_de_soins_HDF.pdf

23. **Permettre à chacun.e d'avoir une carte vitale pour éviter les refus de soins liés à l'absence de carte**

Situations extraites de la synthèse de l'Observatoire santé solidarité :

« Monsieur est bénéficiaire de la CMU-C et on lui demande d'avancer la consultation ou de revenir quand il aura une carte vitale ». Personne bénéficiaire de la PUMA+CMU-C, dentiste hospitalier, Nouvelle Aquitaine

«Je travaille et accompagne des demandeurs d'asile pour qui je fais une ouverture de droit PUMA et CMU-C dès que possible. Seulement, ils n'ont pas droit, tant qu'ils n'obtiennent pas de protection internationale, d'avoir une carte vitale. La démarche de demande d'asile pouvant être très longue avant d'obtenir un statut de réfugié, de protection subsidiaire ou aucune protection, les demandeurs d'asile sont contraints de s'orienter vers des médecins en centres hospitaliers ou en centres de soins qui sont très souvent éloignés du lieu d'hébergement et où le délai d'attente pour les rendez-vous est quasiment toujours de plus de deux mois ». Personnes sans droits ouverts, Occitanie

24. **Organiser des rencontres sur les territoires entre les professionnels de santé, les personnes accompagnées et les travailleurs sociaux** pour travailler ensemble à une meilleure connaissance des secteurs de chacun et contribuer à dé-stigmatiser le public précaire

Des rencontres sur les discriminations organisées à Strasbourg

Migrations Santé Alsace, association basée à Strasbourg, a travaillé de 2013 à 2016 à la mise en œuvre de rencontres entre professionnels de santé et du social au sujet de la lutte contre les discriminations en santé. Ces temps ont permis de libérer la parole, de parler de situations problématiques et de proposer des pistes d'action. En 2017, l'association a capitalisé sur ces rencontres et a proposé des temps d'échanges avec des personnes en situation de précarité. Elle élabore actuellement un guide national à destination des professionnels afin de les sensibiliser à la problématique des discriminations vécues par les usagers et présenter des pistes opérationnelles pour prévenir et lutter contre les discriminations dans leur pratique au quotidien. Ce guide devrait être présenté en 2019 lors de rencontres territoriales sur la lutte contre les discriminations.

➤ **Lutter contre les déserts médicaux**

La désertification médicale participe à l'appauvrissement des territoires et alimente le renoncement aux soins des personnes trop éloignées des équipements de santé. Elle renforce le sentiment d'abandon d'une partie de la population. Selon le rapport de l'UFC Que Choisir de juin 2016, ce sont près de 15 millions de français (soit 23% de la population métropolitaine) qui éprouvent des difficultés pour consulter un médecin généraliste à moins de 30 minutes de route de leur domicile. En 2016, on dénombre 3,2 millions de personnes (5 % de la population) qui vivent dans un désert médical (densité médicale pour 100 000 habitants en deçà de 60% de la moyenne nationale).

Témoignage de Jean-François Krzyzaniak, membre du Conseil régional des personnes accueillies et accompagnées Pays de la Loire, habitant d'Angers :

"Aujourd'hui, un nombre croissant de médecins partent en retraite sans trouver de successeurs. En zone rurale, les autres médecins ne peuvent pas récupérer l'ensemble de la patientèle. Beaucoup de patients précaires, faute de médecins, sont alors obligés d'aller aux urgences ou à la PASS (permanence d'accès aux soins de santé) et pour les médecins qui acceptent tout le monde, leur patientèle explose !

Dans les villes, le problème peut encore être différent : à Angers, par exemple, ce n'est pas un problème de désert médical, c'est un manque de professionnels. En ce moment j'ai besoin d'aller régulièrement chez un spécialiste. Les délais d'attente étant beaucoup trop longs ici, je suis obligé d'aller à Nantes en payant 34 euros de train à chaque fois."

25. Développer les maisons de santé pluridisciplinaires et le soutien à l'installation des médecins dans les zones sous dotées

26. Accompagner le développement de la télémedecine en assurant une présence infirmier.e dans chaque téléconsultation, afin de faire le lien entre la personne et le professionnel de santé derrière son écran

➤ **Développer les moyens d'aller vers les personnes qui ne sollicitent plus les professionnels de santé ou sont éloignées des équipements de santé**

Il est également nécessaire d'aller vers les personnes en situation de précarité notamment vers celles qui ont renoncé à se faire soigner, afin de les « raccrocher » à notre système de santé. Les Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), permettent à des équipes pluridisciplinaires d'aller vers les personnes et de les orienter vers le système de santé de droit commun. Cependant, ces dispositifs restent insuffisants. 35% des intervenants sociaux ayant répondu à [une enquête](#) de la Fédération menée en 2017 auprès des PASS les estiment saturées et seulement 53% des 143 PASS investiguées disposent d'un local dédié avec une permanence médicale. Quant aux EMPP, une autre enquête réalisée dans notre réseau en octobre 2017, illustre une multitude de zones non couvertes, laissant des personnes sans accès aux soins psychiatriques, faute également d'accès aux Centres médico-psychologique (CMP). Ces dispositifs ont pourtant prouvé leur efficacité et doivent être déployés massivement, avec des financements fléchés et un pilotage mis en œuvre par les ARS sur les territoires, tout comme l'interprétariat et la médiation en santé qui disposent désormais d'un référentiel de la Haute autorité de santé (HAS).

27. améliorer **le contrôle et le pilotage de l'activité des EMPP et des PASS** pour s'assurer du respect des circulaires qui les concernent et leur permettre d'atteindre les objectifs d'aller vers les personnes les plus exclues et de faire lien avec les équipes sociales

Exemple de l'EMPP La Boussole de Ville Evrard en Seine Saint Denis : un aller vers médié

L'EMPP La Boussole intervient auprès d'une personne quand le cadre thérapeutique de droit commun fait obstacle à la rencontre thérapeutique, en tant que médiateur ou tremplin afin d'aider la personne à se tourner vers les dispositifs de droit commun.

L'équipe ne fait pas de maraude mais intervient sur signalement d'une structure sociale (service social, accueil de jour, samu social etc.), ce qui facilite le contact avec la personne. Si la rencontre est souvent effective, elle ne garantit cependant pas la mise en place du soin. Le travail de l'EMPP s'apparente alors à de la veille sanitaire et s'inscrit dans l'action d'un réseau médico-social en partenariat avec les autres acteurs locaux. L'équipe est aussi amenée à intervenir auprès des intervenants sociaux du département dans une optique de formation au repérage et à la détection des situations de souffrance et de signalement aux dispositifs ad hoc.

28. assurer une **meilleure couverture territoriale des équipes mobiles psychiatrie précarité et des Permanences d'accès aux soins de santé** (notamment des PASS spécialisées comme les PASS dentaires ou ophtalmologiques) en incitant au développement des PASS mobiles pour aller vers le public

Promouvoir l'accès aux soins des femmes : la pass mobile colette

Depuis la fin de l'année 2016, la Fédération des acteurs de la solidarité PACA Corse collabore avec l'AP-HM dans le cadre du projet expérimental « prévention et parcours de santé des femmes sans abris : mise en place d'une consultation gynécologique PASS avancée – AP-HM : la PASS mobile Colette ». La PASS mobile se déplace vers les femmes sans abris, en centres d'hébergement d'urgence, en proposant une prise en charge en PASS et une orientation vers le droit commun. La Fédération complète cette intervention par l'organisation et l'animation d'ateliers collectifs avec les femmes pour les sensibiliser sur les problématiques médico-sociales et leur permettre de partager des informations et expériences pour mieux connaître leurs droits et identifier des lieux ressources localement et au national.

29. financer les actions d'interprétariat et de médiation en santé

30. **doter les équipes mobiles de veille sociale et de SIAO de professionnels de santé** pour faciliter la coordination des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, orienter les personnes vers des places d'hébergement adaptées et favoriser le retour au droit commun

31. pérenniser et renforcer, notamment financièrement, les centres et réseaux spécialisés sur l'accompagnement santé des exilé.e.s qui existent déjà sur certains territoires et créer dans les **territoires non pourvus** de nouveaux centres⁸, notamment en santé mentale. **En s'appuyant et s'articulant avec les projets existants et qui ont fait leurs preuves sur d'autres territoires**, les missions de ces centres s'articuleraient autour de la formation des professionnels (notamment de santé) et d'animation/articulation d'un réseau territorial en lien avec les exilés (associations/ARS/Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement [DRIHL]/ directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale [DRJSCS]/CPAM/PASS/EMPP/Préfecture/éducation nationale...). Ils permettraient également, à côté des acteurs de droit commun, de proposer des consultations, notamment en santé mentale, auprès du public exilé. Ces centres de ressources seraient également un appui aux associations sur l'identification des acteurs d'un territoire (ex : Psycom en Ile de France, Réseau Louis Guilloux en Bretagne) et sur la mise en place des campagnes de dépistages en santé publique au sein des lieux d'hébergement.

Comment éviter l'exclusion des personnes en souffrance psychique ?

⁸ [Cf Plaidoyer inter associatif pour un accès à la santé des personnes exilées](#)



Fédération
des acteurs de
la solidarité



Fédération
des acteurs de
la solidarité

LA FÉDÉRATION DES ACTEURS DE LA SOLIDARITÉ ET LA SANTÉ MENTALE

IMPLIQUONS LES PERSONNES !

- Permettre aux personnes en souffrance psychique de **contribuer aux politiques publiques** et à la nouvelle organisation régionale de la politique de santé mentale (cf. schéma au verso).
- Ne plus « prendre en charge » mais « **prendre en compte** » les personnes en les associant aux discussions qui les concernent, pour lutter contre les discriminations à leur égard et leur permettre de retrouver l'estime de soi.

FAVORISONS LA COOPÉRATION entre les acteurs sociaux, médico- sociaux, sanitaires et les personnes

- S'identifier par des **rencontres régulières sur les territoires** et en participant aux conseils locaux de santé mentale.
- **Travailler ensemble** en tenant compte du secret partagé et du secret médical, au travers de formations croisées conjointes.
- Améliorer le décloisonnement des acteurs par une **meilleure collaboration** des services de l'État (Agence régionale de santé, Direction régionale de la jeunesse et de la cohésion sociale etc.) et l'association des acteurs sociaux et médico-sociaux au nouveau Comité stratégique de psychiatrie et de santé mentale et aux projets territoriaux de santé mentale.

COMMENT ÉVITER L'EXCLUSION DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE ?

Comment repérer et orienter les personnes en souffrance psychique ? Comment garantir leurs droits et leur redonner une voix ? Comment lutter contre les discriminations à leur égard ? Comment éviter les ruptures de parcours et soutenir les intervenants ? Comment favoriser le maintien et l'accès au logement et à l'hébergement ?

ALLONS VERS LES PERSONNES là où elles sont et là où elles en sont

- **Développer « l'aller vers »** les personnes qui ne sollicitent plus les professionnels de santé par une meilleure couverture territoriale des équipes mobiles psychiatrie précarité, des permanences d'accès aux soins psychiatriques et l'amélioration de leurs activités par les ARS.
- Lutter contre les déserts médicaux par le **développement de maisons de santé pluridisciplinaires** qui pourraient associer les différents acteurs de la santé mentale (psychologues, infirmiers psychiatriques, psychiatres, etc.).
- **Renforcer le budget d'interprétariat** alloué aux ARS à destination des médecins généralistes, structures hospitalières, CMP et structures de soins en santé mentale, spécialistes en cabinet privé qui sont amenés à rencontrer et soigner des migrants allophones.

NE LAISSONS PLUS PERSONNE À LA RUE et évitons les ruptures de parcours

- Permettre aux personnes en souffrance psychique, de **se maintenir dans leur logement** ou d'**avoir accès à un hébergement ou un logement** (inscrit dans la loi de santé 2016) :
 - en soutenant le déploiement du **programme « un chez soi d'abord »** sur l'ensemble des territoires ;
 - en s'assurant que le **plan hébergement logement** des personnes en souffrance psychique sera bien destiné aux personnes en situation de précarité.

Pour une meilleure coordination des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires

➤ **Former le corps médical à l'accompagnement des patients en situation de précarité, dans le cadre de la formation initiale et continue**

Le cloisonnement entre les secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires persiste. Il est nécessaire de travailler à l'identification des différents professionnels sur les territoires, à leur rencontre et à leur acculturation, qui passera notamment par l'évolution des formations, initiale et continue, des acteurs de la santé et du social pour développer une culture professionnelle commune.

32. **intégrer dans les modules de formation initiale et continue une formation spécifique sur les inégalités sociales et territoriales de santé**, intégrant notamment des modules sur les conséquences de l'évolution de la pauvreté et de la précarité sur l'état de santé, l'accès aux droits, l'organisation de l'intervention médico-sociale, la lutte contre le non recours et le refus de soins.

33. **institutionnaliser les formations croisées** à l'image de ce qui est déjà mis en place sur certains territoires en santé mentale (modules de formation de cinq jours avec constitution d'un binôme professionnel du secteur de l'hébergement / professionnel du secteur de la psychiatrie) en l'expérimentant avec d'autres acteurs comme les professionnels du secteur des personnes âgées dépendantes ou la médecine de ville.

Passer d'un monde à l'autre avec les stages croisés⁹

Comment faire en sorte que les secteurs du sanitaire et du social se coordonnent efficacement ? « en les ouvrant l'un à l'autre » répond simplement Françoise Ricco, chargée de programmes de santé au sein de la délégation territoriale Tarn et Garonne de l'ARS Midi Pyrénées.

Le principe des stages croisés : un acteur du sanitaire et un professionnel du social passent quelques jours dans la structure de l'autre. Chacun peut ainsi découvrir l'univers professionnel de l'autre et surtout échanger des connaissances et des pratiques. Trois temps sont complémentaires : la présentation réciproque, le déroulement des stages et le retour d'expériences. Depuis 2007, 15 personnes par an bénéficient de ces stages dans le département.

➤ **Coordonner effectivement les acteurs du système de santé sur les territoires afin de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé**

Pour des personnes en situation de vulnérabilité (précarité, addictions, pathologies chroniques etc.), il est important qu'un professionnel de santé puisse se coordonner avec un intervenant social pour accompagner le patient à améliorer sa situation sociale, ce qui aura des répercussions positives sur le suivi des soins et plus largement sur son état de santé.

Même si la loi santé reconnaît une coordination nécessaire des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires (notamment dans l'article 69 relatif à la santé mentale), elle n'est toujours pas envisagée de manière systématique, notamment dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé et des plateformes d'appui aux situations complexes. De plus, la loi de modernisation de

⁹ Extrait du F magazine « Parents d'abord », été 2015

notre système de santé réaffirme le rôle du PRAPS pour planifier et organiser les actions d'accès à la santé des personnes en précarité. Le PRAPS détermine ainsi, à échéance de cinq ans, les actions à conduire, les moyens à mobiliser, les résultats attendus, le calendrier de mise en œuvre et les modalités de suivi et d'évaluation. Dans certains territoires, le programme reste hélas théorique, et peine à se traduire en actions concrètes, faute de moyens suffisants.

34. **Inciter les ARS à coordonner les différents acteurs du système de santé sur les territoires** pour permettre notamment aux acteurs sociaux et médico-sociaux d'être réellement associés aux nouvelles instances de coordination des acteurs mises en œuvre par la loi (communautés professionnelles territoriales de santé, projets territoriaux de santé mentale et les plateformes d'appui aux situations complexes etc.)
35. **S'assurer que les ARS dédient un budget suffisant aux PRAPS**, par rapport aux besoins identifiés, pour leur permettre de mettre en œuvre les actions définies en faveur des plus démunis
36. Demander aux ARS d'assurer **le pilotage du programme par la mise en œuvre sur les territoires de comités de suivi du PRAPS**

Les rencontres départementales de suivi du PRAPS en Occitanie

En 2017, 4 rencontres départementales ont été organisées sur les départements de l'Aude, l'Hérault, l'Ariège et le Lot, afin de contribuer aux comités de suivi départementaux du PRAPS. Ces rencontres départementales auxquelles sont conviées l'ensemble des structures du département accompagnant des personnes en situation de précarité permettent d'informer sur les travaux des PRAPS départementaux et régionaux, de faire un état des lieux des difficultés de santé, d'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité du département et de prioriser les difficultés.

37. **Mener une politique volontariste d'articulation de l'action des administrations centrales en santé (DGS/DGOS/DGCS) et des ARS et DRJSCS sur les territoires dans une perspective de promotion de la santé** qui permet l'intervention sur l'ensemble des déterminants de santé (logement, emploi etc.)

Pour une meilleure implication des personnes

- **Passer d'une « prise en charge » à une réelle « prise en compte » des personnes**

Les personnes en situation de précarité doivent être associées aux décisions qui les concernent (cf partie santé mentale) mais aussi à l'élaboration, au suivi et à la mise en œuvre de la politique de santé. Cela est de plus en plus le cas (par exemple au sein du Comité stratégique en santé mentale et psychiatrie) mais doit encore être renforcé. De plus, la loi de modernisation de notre système de santé a créé une Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (France assos santé), qui est représentée dans différentes instances mais dans lesquelles les personnes en situation de précarité sont pour l'instant peu représentées.

« Participer c'est avoir la parole mais aussi un pouvoir de décision » Raoul Dubois, ancien membre du Conseil national des personnes accompagnées¹⁰

« La FNARS a été l'une des premières fédérations à ouvrir ses instances aux personnes en créant un collège Personnes accompagnées. Etant au Conseil d'administration et au Bureau, j'ai une vision plus large sur le fonctionnement des associations, j'ai une ouverture d'esprit plus importante. Je me place dans l'élaboration réelle, avec le CCPA ou le CCRPA et dans les structures d'accueil mais aussi dans toutes les institutions de pouvoir. Participer, c'est avoir la parole, mais aussi un pouvoir de décision au même titre que tous. Quand il y a des millions de personnes pauvres, il est normal d'avoir un pouvoir de décision puisqu'on les représente. Aujourd'hui, ce droit de représentativité vient même d'être officialisé avec la parution du décret sur la participation fin octobre 2016. La participation, c'est aussi former les futurs travailleurs sociaux. Quand j'interviens à l'IRTS de Lille, j'ai un statut de formateur, et je suis payé à l'heure, on est sur le même pied d'égalité que les autres intervenants dans la formation. Début septembre, on a monté le premier module de formation créé par des personnes accompagnées. Ils étaient 140 élèves pendant cinq jours. Je me suis rendu compte qu'on ne leur avait jamais parlé de la participation ! »

38. associer des délégués des CRPA et des CNPA aux instances dans lesquelles les associations de patients sont invitées (ex : commissions d'évaluation des pratiques de refus de soins) et dans toutes les réunions animées par le Ministère de la santé et des solidarités et les ARS (tout en prenant le temps de préparer ces temps de concertation en amont avec les personnes concernées)

39. intégrer des délégués des CRPA et CNPA aux instances de France assos santé

Soutenons les approches intégrées alliant hébergement, logement et soins

Les LHSS et les LAM sont des établissements médico-sociaux qui offrent à la fois un hébergement et un accompagnement social et médical à des personnes en situation de précarité « ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue»¹¹.

Elles ont pour missions à la fois « de proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies » et « de mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ».

Indispensables pour les personnes en errance présentant à un moment donné de leur vie des soucis de santé, le séjour dans ces dispositifs permet bien souvent aux personnes de se poser et reprendre pied.

¹⁰ F magazine n°15, La participation nerf de la démocratie, Automne 2016

¹¹ Décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS) et « lits d'accueil médicalisés » (LAM)

La décision d'admettre une personne en LHSS et en LAM est basée sur des critères médicaux et sociaux, donc gérée en direct par le médecin de la structure et la direction et non par les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO)¹², faute de professionnels de santé en leur sein pour réaliser l'évaluation médicale.

Les LAM et les LHSS sont financés par les crédits de l'Ondam spécifique qui couvre les soins, l'accueil, l'hébergement, la restauration et le suivi social. Chaque année, une circulaire relative à l'ONDAM spécifique précise aux ARS le nombre de lits pouvant être créés. Selon les dernières informations données par la DGCS en février 2018, on comptabilisait 1496 places de LHSS (budget annuel = 61.877.253€) et 510 places de LAM (budget annuel = 37.397.535€).

- Pour retrouver l'ensemble des propositions de la Fédération sur le sujet, merci de bien vouloir consulter le « Plaidoyer LHSS LAM 2018 »

D'autre part, dans le cadre du logement d'abord, doit être mise en œuvre une pluridisciplinarité de l'accompagnement et des intervenants autant que la situation de la personne l'exige (professionnels traditionnels, pair-aidants ou bénévoles relevant du secteur social, médico-social et sanitaire mais également d'autres secteurs liés à la formation, l'emploi, la parentalité, l'accès aux droits, la justice, etc.). Cette pluridisciplinarité peut être obtenue par la mise en place d'une équipe dédiée, par la mutualisation des ressources territoriales disponibles dans le droit commun ou une hybridation de ces options en fonction de l'offre existante. Si le Logement d'abord appelle nécessairement une réflexion sur la pluridisciplinarité de l'accompagnement, il ne faut pas pour autant en déduire qu'il s'impose pour l'ensemble des ménages : en fonction de l'évaluation des besoins, un accompagnement léger et même unidimensionnel peut être une solution suffisante. »

Propositions de la Fédération :

- 40. Favoriser l'émergence de plateformes pluridisciplinaires (logement, santé, emploi, etc.) d'accompagnement susceptibles d'intervenir quel que soit le lieu de résidence des personnes (rue, bidonville, squat, hébergement, logement accompagné, logement ordinaire, etc.). »**

¹² Circulaire relative au SIAO du 8 avril 2010 : « l'article L.345-2 du code de l'action sociale et des familles prévoit que « dans chaque département est mis en place, sous l'autorité du représentant de l'Etat, un dispositif de veille sociale chargé d'accueillir les personnes sans abri ou en détresse, de procéder à une première évaluation de leur situation médicale, psychique et sociale et de les orienter vers les structures ou services qu'appelle leur état ».

Pour une meilleure prise en compte des personnes vieillissantes

Face à la difficulté pour les structures d'hébergement d'orienter les personnes le nécessitant dans des EHPAD, dans les FAM, MAS ou services de soins de suite et de réadaptation, il est nécessaire de prévenir la création d'un système d'accueil des personnes précaires en perte d'autonomie parallèle aux dispositifs de droit commun. C'est ainsi que des missions d'interface (poste de chargé de mission en charge de faire le lien entre les structures d'hébergement et les établissements spécialisés personnes âgées / personnes handicapées) pour accompagner les personnes vieillissantes et/ou en situation de handicap pourraient être développées dans les centres d'hébergements et au sein des dispositifs médico-sociaux pour améliorer les orientations dans les structures spécialisées personnes âgées / personnes handicapées.

- 41. développer les postes transversaux, type mission interface¹³, pour mieux orienter les personnes vers les dispositifs personnes âgées / personnes handicapées**
- 42. régulariser massivement les personnes vieillissantes non expulsables pour leur permettre de finir leur vie dignement**
- 43. Engager un travail avec les structures personnes âgées/ personnes handicapées** autour de l'acceptabilité des personnes en situation de précarité notamment par le développement des formations croisées entre nos secteurs
- 44. Intégrer l'accueil des personnes en situation de précarité dans le cahier des charges des nouveaux appels à projet personnes âgées/ personnes handicapées**
- 45. Développer les liens entre les associations (dont les LHSS, les LAM) et les réseaux spécialisés dans l'accompagnement des personnes âgées (CLIC/MAIA/SSIAD/HAD/ EHPAD/ réseau en soins palliatifs)**

¹³ A Nantes ce dispositif est développé par le SIAO 44 et à Paris par le Samu social de Paris