

Les boutiques de solidarité

Ce sont des points d'accueil de jour. Au départ l'appellation « Boutique de solidarité » a correspondu à un label décerné par la Fondation Abbé Pierre.

Elle tend désormais à désigner toute structure où les personnes démunies peuvent trouver en permanence chaque jour de la semaine un accueil et divers services (boîtes aux lettres, machines à laver, douches, informations...). Une trentaine de structures de ce type existent au niveau national. Plusieurs sont en création à Paris *intra-muros*.

Se soigner

Le droit d'accès à l'hôpital

L'accroissement du phénomène de l'exclusion a provoqué pour l'hôpital public une très forte accentuation de son rôle social. Pour les populations concernées, il est le premier voire le seul contact avec un service public.

L'hôpital, à ce titre, est devenu un lieu privilégié où les plus démunis peuvent non seulement faire valoir leurs droits d'accès aux soins mais également l'ensemble de leurs droits sociaux. Cette situation a conduit nombre d'établissements publics de santé à se transformer en un lieu d'orientation et à travailler en relation étroite avec les autres organismes publics.

S'il était inclus dans ses missions d'accueillir les populations les plus démunies, l'hôpital doit néanmoins, pour remplir cet objectif, s'adapter afin de ne pas laisser pour compte les « exclus des exclus ».

L'accès de tous à l'hôpital garanti par les textes n'est pas toujours effectif. Le dispositif juridique est pourtant clair. L'accueil de toute personne est une obligation du service public hospitalier rappelée par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

En situation d'urgence, chacun doit être admis à l'hôpital lorsque son état le justifie. Hors les cas d'urgence, tout patient doit être examiné et des soins doivent lui être dispensés. Dans la première hypothèse, l'hôpital ne peut exiger une pièce d'état-civil ou des renseignements relatifs aux modalités de prise en charge avant de procéder aux soins.

L'aide alimentaire

Depuis la création au milieu des années 80 du réseau national des banques alimentaires et des Restaurants du cœur, l'aide alimentaire apportée aux personnes démunies s'est considérablement développée. Elle était estimée en 1994 par le ministère de l'Agriculture à un milliard de francs environ, dont 228 millions de dons en provenance de la CEE, 240 millions correspondant à des achats de nourriture effectués par les associations, notamment le Secours populaire français, le Secours catholique, les Restaurants du cœur et la Croix rouge française et 572 millions de dons en nature collectés auprès des particuliers et des entreprises (grandes surfaces...). Dans un rapport récent Mme Joint-Lambert, inspecteur général des Affaires sociales, relevait que cette aide équivaut à l'alimentation d'une ville de deux à trois cent mille habitants. Les associations constatent une forte augmentation de l'aide distribuée dernièrement. Mais l'imprécision des données ne permet guère d'observer si le public bénéficiaire de cette aide, estimé à environ deux millions de personnes, s'accroît lui aussi sensiblement. Une chose est sûre : ce public dépasse celui des « exclus ». Une fraction de la population, aux revenus faibles ou modestes, recourt à l'aide alimentaire. Pour elle, cette forme d'aide s'apparente à un complément de ressources crucial. Qu'il s'agisse de la fraction de la population sans domicile fixe ou de familles aux revenus très modestes, l'aide alimentaire est devenue une nécessité.

Le don alimentaire peut être le moment d'un contact et ouvrir sur une perspective. Faute de quoi cette activité risquerait de n'être qu'une simple assistance. On observe parmi les associations qui distribuent l'aide alimentaire le souci grandissant d'assortir cette aide d'actions complémentaires (points accueil, aide à l'ouverture des droits, offre d'insertion). Ainsi les Restaurants du cœur se sont engagés dans une activité diversifiée dans le domaine du logement et dans la création d'« ateliers du cœur » et de « jardins du cœur ».

Pour mieux connaître le paysage de l'aide alimentaire, apprécier la pertinence des moyens mis en œuvre et la réalité des besoins, le ministère de l'Intégration et de la lutte contre l'exclusion a commandé cette année une étude au Crédoc. Les résultats de ce travail seront connus dans le courant du premier semestre 1996.

Par contre, pour une hospitalisation qui ne relève pas de l'urgence ou pour des soins programmés en consultation externe, l'hôpital peut demander les cartes d'assuré social ou d'aide médicale ou à défaut une provision en application de l'article R 716-9-1 du Code de la santé publique. Ce préalable ne devrait pas constituer un obstacle pour les personnes résidentes en France en situation régulière qui ont le droit aux prestations de l'assurance maladie (régime obligatoire ou assurance personnelle) ou à l'aide médicale. Il en est de même pour les personnes de nationalité étrangère en situation irrégulière qui, si elles remplissent la condition de résidence et de revenu, peuvent prétendre aux prestations de l'aide médicale, prestations limitées aux soins délivrés et aux médicaments prescrits par l'hôpital si ces personnes sont résidentes en France depuis moins de trois ans.

Cette description rapide du droit positif conduit à deux conclusions principales. D'une part, toute personne qui a recours à l'hôpital est examinée et reçoit les soins que nécessite son état. D'autre part, toute personne résidant en France qui a fait valoir ses droits, doit pouvoir accéder à tous les soins hospitaliers sans que sa situation sociale ou financière constitue un barrage.

Les obstacles d'accès à l'hôpital

Le phénomène de l'exclusion, le développement de la précarité et la complexité des démarches administratives ont montré que cet accès n'était pas aussi évident dans les faits qu'à la lecture des textes.

Il existe plusieurs facteurs d'inégalité d'accès aux soins hospitaliers qui battent en brèche ce principe.

Le premier de ces facteurs réside dans le comportement des personnes en situation de grande pauvreté qui, pour la plupart, ont perdu tout réflexe de recours aux soins. La diminution des soins de médecine générale en consultation externe et la difficulté d'accès à des soins spécialisés sans l'orientation d'un généraliste ont accentué ce phénomène. Geneviève Barrier a ainsi montré le nombre important d'exclus accédant à la médecine uniquement par les urgences dans un état catastrophique alors qu'ils auraient pu être soignés beaucoup plus tôt en soins ambulatoires.

Tuberculose et précarité

De tout temps, tuberculose et pauvreté ont été associées. L'amélioration des conditions de vie a pesé pour beaucoup dans la décroissance de la maladie. La récente recrudescence de la maladie est sans doute en partie attribuable à l'infection à VIH, mais la dégradation des conditions socio-économiques y joue également un rôle. La concentration urbaine avec tous les problèmes de pauvreté et de promiscuité qui y sont liés est reconnue comme un facteur favorisant de la tuberculose. Aux États-Unis et en Grande-Bretagne, des enquêtes ont mis en évidence l'augmentation de la maladie dans les couches les plus défavorisées de la population et en particulier chez les sans-abri. En France, on ne connaît pas la fréquence de la tuberculose chez les personnes sans domicile fixe. Mais la tuberculose touche surtout les départements à forte concentration urbaine comme Paris, les Bouches-du-Rhône, le Nord-Pas-de-Calais. Paris présente les taux les plus forts de tuberculose, avec une incidence très élevée dans les quartiers défavorisés du nord-est de la capitale (BEH n°40/94). Les deux tiers des cas de tuberculose déclarés chez des personnes sans domicile fixe concernent les Bouches-du-Rhône et la région Île-de-France. Pour améliorer le dépistage et le traitement de la tuberculose chez les personnes en situation précaire, les dispensaires ont été autorisés par la loi du 18 janvier 1994 à assurer gratuitement le suivi médical et la délivrance des médicaments antituberculeux. La circulaire du 4 mai 1995 a défini les grandes orientations de la lutte contre la tuberculose. Les services départementaux sont chargés d'organiser des dépistages dans des populations exposées telles que celles qui sont accueillies dans des centres de réinsertion et de réadaptation sociale, foyers pour migrants et établissements pénitentiaires. Pour éviter la contamination d'autres personnes, tout cas de tuberculose contagieuse doit faire l'objet d'une enquête dans l'entourage du malade, surtout s'il vit en collectivité. Enfin la tuberculose devrait avoir sa place dans le schéma départemental d'accès aux soins des personnes les plus démunies.

► Pr Geneviève Barrier, *La prise en charge effective des urgences médicales*, Rapport au Premier ministre sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences, septembre 1994.

L'ignorance ou la méconnaissance des droits, l'absence de toute initiative pour effectuer une démarche administrative, la complexité et la lenteur des procédures constituent une seconde cause de l'inégalité d'accès aux soins.

Un troisième facteur est d'origine financière. La demande d'une provision pour accéder à une

consultation ou la remise d'une facture pour des soins effectués en urgence aux personnes en difficulté qui n'ont pas encore fait valoir leurs droits peuvent provoquer un découragement pour engager toute démarche ou y donner une suite.

Enfin, le paiement du ticket modérateur et du forfait journalier laissé à la charge du patient selon la nature de l'affection traitée et sa situation sociale constitue une autre raison de l'inégalité d'accès aux soins. En effet, un nombre croissant de personnes en situation précaire ont des revenus supérieurs au plafond qui leur permettrait de bénéficier de l'aide médicale mais insuffisants pour supporter les frais afférents à une mutuelle. Ce constat unanimement établi n'a pour l'heure entraîné aucune réponse efficace pour régler ce type de situation.

Hormis ce dernier cas, l'hôpital s'est efforcé d'apporter des réponses positives, avec l'aide des organismes concernés, aux situations des populations défavorisées.

La nécessaire adaptation de l'hôpital

Des structures d'accueil ont été mises en place en application des circulaires du 17 septembre 1993 et du 21 mars 1995 relatives à l'accès aux soins des plus démunis. Ces dispositifs consistent en la délivrance de soins et de médicaments en consultation externe et en la mise en place de cellules administratives spécialisées.

Dans le premier cas, il est demandé au préfet de conclure des conventions avec les hôpitaux pour la délivrance de soins et de produits pharmaceutiques en consultation externe aux populations dont l'instabilité sociale et géographique rend vaine toute perspective de gestion suivie.

Dans le second cas, il est demandé l'implantation dans les locaux hospitaliers de cellules administratives d'accueil par convention avec le département, le conseil général, le centre communal d'action sociale, les organismes d'assurance maladie et, le cas échéant, les associations. Ces cellules ont pour mission d'aider les personnes en difficulté sociale dans leurs démarches administratives.

Près de 250 conventions ont, à ce jour, été signées. L'objectif de la circulaire du 21 mars 1995 est de généraliser ces deux types de convention à l'ensemble des hôpitaux afin que toute personne puisse à la fois accéder aux con-

La convention DAS/FNARS

Les personnes en situation de grande précarité (notamment celles que l'on appelle communément les « SDF ») éprouvent non seulement des difficultés particulières pour accéder aux soins lorsqu'elles en manifestent la demande, mais encore sont souvent en prise à de telles difficultés de tous ordres que leur préoccupation pour leur santé passe au dernier plan. Pour permettre une avancée dans la résorption de ces situations, la direction de l'Action sociale a obtenu des crédits (15 MF) qui lui ont permis de passer une convention avec la Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale (FNARS) pour soutenir des actions, mises en place dans les lieux d'accueil et d'hébergement d'urgence (y compris les lieux d'accueil à la journée). Ces actions sont de trois types :

- des permanences médico-sociales destinées à apporter une première réponse de soins aux personnes en difficulté, à les aider à faire valoir leurs droits et à réintégrer le système de soins de droit commun par un accompagnement médico-social personnalisé.
 - la création ou le maintien ouvert toute la journée, de lits d'hébergement, permettant aux personnes à la rue de recevoir les soins que nécessite leur état de santé (et qu'ils recevraient chez eux s'ils avaient un domicile). Ces « lits d'hébergement pour soins non hospitaliers » ne doivent bien sûr pas se substituer aux services hospitaliers lorsque l'état de la personne justifie une hospitalisation, ils doivent faire appel pour leur fonctionnement en priorité au réseau sanitaire de droit commun de l'environnement (médecins généralistes...).
- Seules de très petites unités sont concevables afin de ne pas dériver vers un établissement « médical » sous-équipé pour personnes en difficulté sociale.
- des actions plus globales de promotion de la santé : actions de sensibilisation-éducation, formation des personnels et des bénévoles intervenant dans l'accueil et l'accompagnement social, promotion des bilans de santé.
- Cette convention a permis de soutenir 36 projets, financés à hauteur de 4 788 550 F, pour un montant moyen de 133 095 F par projet. La majorité d'entre eux concernent les permanences médico-sociales.

sultations externes et bénéficier d'une aide visant à lui faire valoir ses droits sociaux.

Le rapport de la commission Lebas a ainsi montré que les premières antennes d'accueil ont permis à 30 % des malades soignés de retrouver une protection sociale dès la première consultation et que 40 à 60 % des patients

Jacques Lebas
*Accueil des malades
démunis à l'Assistance
publique-Hôpitaux de Paris.*
Novembre 1994

récupèrent, grâce au suivi social, leurs droits en quelques semaines.

Ce dispositif a été complété par des expériences menées localement soit pour faire face à des besoins géographiques précis, soit pour assurer encore une meilleure prise en charge des populations défavorisées. Ces expériences par les nouvelles réponses de santé publique qu'elles apportent sont extrêmement intéressantes et méritent d'être étudiées et évaluées en vue de leur éventuelle généralisation.

De nombreuses autres expériences plus ou moins similaires ont été mises en place. Toutes ces actions d'aide aux démunis ne peuvent aboutir à des résultats positifs qu'à la condition que la formation et la sensibilisation des personnels, qu'ils soient médicaux ou non médicaux, soient assurées.

L'accueil des plus démunis en milieu hospitalier fait partie intégrante de la mission de service public qui incombe à l'hôpital et qui relève de ses attributions historiques.

Il lui convient cependant d'éviter deux écueils.

Le premier serait la formation de ghettos dans lesquels seuls les plus démunis seraient présents. L'hôpital se doit de ne pas scinder son activité et la qualité des soins prodigués en fonction de la situation des patients. Le pire des maux serait la création de services voire d'hôpitaux spécialisés. Chaque hôpital doit offrir en lui-même un accueil adapté aux plus démunis.

Le second écueil à éviter est un fonctionnement autonome des structures hospitalières. L'exclusion ne sera vaincue pour autant que toutes les administrations agiront de concert. La nécessité de création de réseaux est une évidence et ce n'est qu'à ce prix que reculera ce fléau de notre société.

Les réseaux de santé de proximité

Si l'hôpital constitue un élément central du dispositif de soins, il n'en demeure pas moins que les médecins généralistes sont, hors des situa-

La circulaire du 21 mars 1995

Afin de mettre fin aux dysfonctionnements encore nombreux, la circulaire n° 9508 du 21 mars 1995 demande de réunir pour chaque département les principaux partenaires concernés par les questions d'accès aux soins et notamment le président du conseil général, les directeurs des organismes d'assurance maladie, les responsables des établissements assurant le service public hospitalier, les représentants des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, ainsi que des représentants des associations et organismes concernés par la santé dans le cadre des contrats de ville.

La concertation engagée doit permettre de procéder à un bilan de la situation dans chaque département en ce qui concerne la mise en œuvre de la réforme de l'aide médicale et le suivi de la protection sociale des plus démunis, ainsi que l'accès au dispositif de soins. Elle doit identifier également les initiatives prises localement dans ce domaine, ainsi que les carences du dispositif dans chaque département.

Sur la base de cette analyse seront mises en place, en collaboration avec les partenaires locaux, les réponses susceptibles de remédier aux difficultés constatées. La circulaire demande que soit élaboré pour le 1^{er} octobre 1995, un plan départemental d'accès aux soins. Elle demande une vigilance toute particulière dans la mobilisation des réseaux de santé de proximité, sur l'accompagnement des jeunes, sur l'accès à l'hôpital, sur le rôle des centres d'hébergement d'urgence et des CHRS.

Les centres de santé

Les centres de santé, anciennement appelés dispensaires, sont des structures agréées pour dispenser des soins médicaux, infirmiers ou dentaires aux assurés sociaux soit dans des centres polyvalents (548 centres) soit dans des unités séparées (350 cabinets dentaires).

Ils sont gérés pour la plupart par des municipalités, des mutuelles ou des associations de la loi de 1901. Ils remplissent une mission de médecine sociale sans but lucratif.

tions d'urgence, les professionnels de premier contact avec les populations en situation sociale fragile.

Plus de la moitié des médecins (51,5 %) sont des généralistes mais les effectifs de spécialistes augmentent plus vite. Près de 70 % de l'ensemble des médecins exercent une activité libérale, que celle-ci soit exclusive ou associée à une pratique salariée, en particulier à l'hôpital. Les médecins libéraux sont relativement plus nombreux dans le Sud de la France, à Paris et dans sa proche banlieue, l'offre de soins est néanmoins correcte sur l'ensemble du territoire.

La convention médicale de 1990 distingue :

- les médecins du secteur I qui doivent appliquer les tarifs conventionnels et dont les honoraires sont remboursés à 75 % par les régimes obligatoires de sécurité sociale,
- les médecins du secteur II qui peuvent pratiquer des honoraires différents toujours remboursés sur la base de 75 % du tarif conventionnel.

La question qui se pose face à une offre médicale abondante et souvent cloisonnée est d'assurer la fluidité de la demande sanitaire et sociale. C'est pourquoi face aux cloisonnements de toutes origines, la démarche dite en réseau apparaît de plus en plus nécessaire. Elle est encouragée par le ministère de la Santé depuis plusieurs années.

Il s'agit à partir des structures existantes de mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention et d'orientation, voire de premiers soins. Cette collaboration est d'autant plus importante qu'une partie des publics démunis nécessite une prise en charge simultanée des aspects sanitaires, sociaux et préventifs. Deux journées de travail ont eu lieu sur ce thème des réseaux de santé de proximité. Les actes en sont publiés sous la forme d'un numéro spécial de la revue *Échanges santé social*.

► Circulaire DGS n° 74 bis du 2 décembre 1993

► Circulaire DGS n° 88 du 1^{er} décembre 1994

► Plan santé ville, Réseaux de santé de proximité. In *Échanges santé social*, n° hors série, septembre 1995.

L'accompagnement santé

Qu'ils concernent des « publics » (les jeunes depuis 1982, les bénéficiaires du RMI depuis 1988) ou des « territoires » les dispositifs transversaux ont rendu visibles les difficultés d'accès aux soins et à la santé liées aux difficultés d'insertion sociale ou professionnelle.

Les professionnels de ces dispositifs travaillent depuis sur les liens entre santé et insertion. Le Dr Lasnes, responsable de la mission France de Médecins sans frontières, rappelle que l'accès aux soins n'est pas conditionnel. Contrairement à une idée communé-

ment répandue, l'insertion n'est pas liée à la santé d'une manière indéfectible. Pour cette raison, la relation de soins ne peut faire l'objet d'un contrat.

L'exemple des missions locales

Le réseau des missions locales et des permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO) accueille annuellement 900 000 jeunes. Comme d'autres réseaux éducatifs, structures d'hébergement, associations locales, les missions locales ont acquis des compétences réelles dans la prise en compte globale des jeunes vers l'insertion.

Dans cet accompagnement, les structures sont confrontées, pour une partie de ce public, à des difficultés multiples : situations d'isolement, conduites d'échec répétées, vécus dépressifs, troubles physiques divers (dentaires, visuels, allergiques...). Certains manifestent leur violence, d'autres sont inhibés, quelques-uns ont été maltraités, ont des conduites à risque, d'autres sont en rupture familiale, à la recherche de solutions rapides...

Bien que la prise en compte globale des besoins des jeunes fasse partie des missions de ces structures, les professionnels sont confrontés à des difficultés qui dépassent le champ de l'insertion professionnelle. Les jeunes présentent un « mal-être » qui peut s'associer à des situations matérielles précaires et entraver toute perspective de projet.

Les réponses dans le champ de la santé, du social ou dans des champs ludiques, culturels, sportifs ou de la formation, sont autant d'entrées qui croisent l'écoute, la prise en compte des difficultés sociales, matérielles ou encore psychologiques.

Dans cette approche multi-focale et souvent multi-partenaire, la question de la continuité, de la cohérence des réponses, des orientations, est centrale. La mise en réseau des différents praticiens (insertion-santé-professionnel) en est une condition, mais pas la seule.

Les conditions d'accompagnement méritent d'être réinterrogées en partenariat ; elles traversent les dynamiques d'équipe : compétences et formation des praticiens de l'accompagnement (missions locales et partenaires de la santé) et les dynamiques interinstitutionnelles, diagnostic local, analyse des situations et besoins des jeunes, repérage des ressources locales, circu-