

recupèrent, 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-