

cadre territorial des contrats de ville permet d'expérimenter à la fois des réponses coordonnées entre les ressources sanitaires et sociales et d'agir sur les facteurs ayant un impact sur la santé : éducation, culture, cadre urbain, vie sociale, transports...

Par ailleurs, depuis deux ans la mise en convergence d'objectifs communs au travers du « Plan santé-ville » a permis le soutien financier de réseaux de santé de proximité dont la plupart sont situés dans la géographie de la politique de la ville. Ces réseaux permettent de décloisonner les champs du sanitaire et du social en amenant les professionnels à conduire des actions collectives de santé publique destinées aux publics éloignés des institutions et du système de soins.

La promotion de la santé oblige à reconsidérer la place des patients. Ainsi à l'unité de prévention et d'éducation créée à l'hôpital de Dreux, pour assurer une continuité entre prévention et soins, on s'efforce de prendre en compte le malade, ses besoins au-delà du traitement de la seule maladie. À Rouen, une expérience de santé communautaire s'appuie sur les préoccupations de santé telles qu'elles sont exprimées par un groupe de mères de famille. À Béziers, le service communal de promotion de la santé anime un réseau sanitaire et social qui vise à mieux prendre en charge la souffrance psychosociale et à faciliter l'accès aux soins. Ces initiatives, outre la recherche d'aménagement et de coordination des ressources existantes, témoignent de la volonté de faire évoluer les pratiques.

L'implication des services administratifs déconcentrés, la place de l'hôpital dans la santé publique, le rôle des collectivités et la mobilisation des professionnels, des associations et des habitants sont au cœur des transformations du service public de santé à l'échelle locale. La proximité est un atout, le cadre contractuel de la politique de la ville permet de recentrer l'action sur le citoyen, son bien-être et sa place dans la cité.

La prise en charge de la santé des allocataires du RMI

Le terme d'« agent de santé » est fort large. Il ne correspond pas à la définition d'une profession précise, car il ne se superpose pas à un profil professionnel déterminé. De fait depuis cinq

Les publics précarisés et l'infection par le VIH

On est en face d'un double aspect révélateur des insuffisances de l'ensemble de la conception de notre appareil de santé publique.

Sur le plan de la prévention

Difficulté d'insérer la problématique VIH dans un projet de vie déjà fortement occupé par d'autres aspects matériels, sanitaires, sociaux, psychologiques. Fort décalage de la nécessité de projection inhérente à toute prévention, avec les logiques de survie.

Nécessité d'une grande visibilité des outils de prévention : adresses utiles, distributeurs de préservatifs, échangeurs de seringues doivent intégrer les points de passage des personnes en situation de précarité : foyers d'hébergement d'urgence, bureau d'aide sociale, CHRS...

Sur le plan de la prise en charge

Un certain nombre de droits fondamentaux sont à (re)conquérir : droit à l'information sur les soins (par les pairs notamment) passant par la diffusion des différents lieux de soins gratuits, par la possibilité de faire des choix entre ces lieux.

Le droit à la dignité suppose que soient bannis un certain nombre d'effets pervers :

- le visage public misérabiliste ;
- la prise en charge infantilisante se surajoutant à la difficulté de la déchéance physique ;
- le statut correct réservé aux personnes en situation de précarité uniquement parce que leur séropositivité est connue ;
- la création de « services sociaux spécialisés » qui étiquettent en tous lieux et tous domaines les séropositifs.

Il faut donc redoubler de vigilance pour que la précarité ne devienne pas le corrélatif de la séropositivité et symétriquement, que la séropositivité ne soit pas le nouveau moyen d'exister pour les personnes en situation précaire.

Commissions locales d'insertion (CLI)

ans, selon les départements et même selon les CLI, on voit divers types de professionnels être chargés de mission pour la santé des allocataires du RMI : des médecins généralistes, des médecins psychiatres, des psychologues, des infirmières, des diététiciennes, des conseillères en économie sociale et familiale, des éducateurs, voire des assistantes sociales... Dans la

période expérimentale actuelle il n'est pas question de trancher en faveur de l'une ou l'autre profession, seulement de repérer que les choix reposent sur des conceptions de la fonction à exercer et une caractérisation implicite des destinataires de l'intervention.

Les deux grands objectifs principaux sont d'une part de permettre l'accès des allocataires au système de soins et d'autre part de leur permettre d'atteindre une maîtrise satisfaisante des conditions de leur santé.

Le système de soins est entendu au sens large et complet du terme. Un accès effectif des allocataires qui en étaient éloignés suppose deux éléments :

- l'immatriculation « administrative » et la prise en charge « financière » des soins (mise en rapport avec les caisses et les mairies et obtention d'une couverture santé satisfaisante) ;
- mais aussi et plus encore la (re)mise en relation avec les « partenaires » adéquats du système de soins : professionnels du diagnostic et du soin, et il s'agit là de recréer une relation avec les médecins, infirmières et autres personnels paramédicaux, structures hospitalières, de bilan de santé, de centres de soins, etc. Ceci implique une familiarisation avec les lieux, les personnels, les rythmes et les usages qui prévalent dans cet univers.

L'agent de santé peut être amené à inciter les professionnels et les institutions à adapter leur mode de réalisation des prestations soignantes aux particularités socioculturelles des allocataires.

Se donner pour objectif de restaurer (ou d'instaurer) chez l'allocataire en difficulté avec sa santé, la capacité à assumer et gérer son état de santé amène à l'aider dans trois grandes opérations :

- la prise en compte de sa situation de santé, ce qui implique la prise de conscience, pour identifier ses difficultés, clarifier ses problèmes, repérer ses atouts et ses possibilités ;
- la sensibilisation à l'intérêt de gérer au mieux ses ressources de santé au service de ses projets de vie personnelle, ce qui suppose que ceux-ci puissent être formulés et poursuivis ;
- l'adoption des moyens adéquats à la promotion de la santé : réflexion sur les modes, les usages et les rythmes de la vie quotidienne, et effort pour les gérer de manière à faciliter la réalisation de ses projets de vie, examen des recours nécessaires ou utiles aux professionnels et aux structures de soins. ■

La santé des étrangers sans papiers

La santé des étrangers sans papiers est à l'image de leur situation : précaire. L'accès aux soins se fait dans l'urgence et sans continuité, l'accès aux droits est très restrictif et l'accès à la prévention inexistant.

Un étranger sans papiers vit au quotidien la menace d'une interpellation et d'une expulsion qui interrompt une vie sociale et familiale tissée depuis de nombreuses années. Menace vitale pour des étrangers craignant pour leur vie dans leur pays d'origine (demandeurs d'asile n'ayant pu obtenir la carte de réfugié ou bénéficiant en France d'un traitement inexistant dans le pays d'origine pour maladie chronique). L'anxiété permanente engendre ou aggrave des pathologies physiques ou psychiques. Elle incite les patients à n'effectuer que les déplacements jugés indispensables. Le recours aux soins se fait dans l'urgence, avec diagnostic tardif, parfois à un stade avancé. La relation thérapeutique est fréquemment interrompue. Le praticien doit éviter les examens complémentaires qui multiplient les déplacements. Les pathologies chroniques (diabète, asthme, etc.) ne sont soignées que lorsqu'elles s'aggravent.

L'accès à l'hôpital est possible en cas d'urgence vitale, mais l'hospitalisation est très difficile à obtenir pour des affections évolutives graves comme le cancer et impossible pour des interventions dites de « confort » (catacacte, interventions orthopédiques, etc.). La prise en charge thérapeutique est coûteuse, pour le patient démuné et pour l'organisme de prise en charge, nécessitant plus de moyens en raison du retard de traitement. La complexité des pièces administratives à fournir et la dégradation du climat de confiance entre les administrations sociales (délation de certains agents) et les patients, rendent très aléatoire l'application des textes sur l'aide médicale. La prévention est inexistante sauf pour les enfants (PMI).

C'est l'étranger sans papiers, le plus marginalisé, le plus malade et ayant vécu le plus longtemps en France qui a le plus de difficultés à se soigner.