



Systeme de soins, systeme de sante et precarite **Quelles perspectives ?**

La difficile prise en compte des problemes de sante des populations demunies met en cause la conception et l'organisation des soins dans le systeme de sante. La precarite pourrait-elle etre utilisee comme levier pour une reforme de ce systeme ? Des pratiques et orientations nouvelles emergent peu a peu pour tenter d'apporter des reponses alternatives au defi que represente la precarite.

Comme on l'a vu tout au long de ce dossier, il est de plus en plus reconnu que les personnes en difficulte ne souffrent pas de maladies specifiques mais plutot d'une intrication de problemes medicaux, socio-economiques et psycho-affectifs :

- donner de la vie a un grand premature est une chose, soutenir et accompagner une jeune mere en detresse face a son enfant et a sa vie en est une autre ;
- soigner un ulcere en milieu hospitalier est une chose, parvenir a amorcer une demarche de soins et une reprise en main d'une vie en deroute avec un buveur excessif en est une autre ;
- soigner une personne sans domicile fixe pour un cancer ou des traumatismes multiples est une chose, lui donner des conditions decentes pour recuperer, se reposer, soigner une angine en est une autre.

Loin de s'opposer dans l'approche, ces quelques exemples qui ne sont que la partie visible de l'immense iceberg des souffrances multiples, montrent qu'on ne saurait s'accommoder des reponses partielles.

L'offre de soins, de prevention et de l'action

sociale est en cause. Si l'on considere la personne dans sa globalite, travail, logement et soins sont indissociables.

Ce n'est pas seulement la multiplicite, la complexite et les cloisonnements de l'offre de soins et de l'action sociale qui sont ainsi mis a rude epreuve par l'aggravation des inegalites face a la sante. C'est toute la conception et l'organisation des soins dans le systeme de sante qui sont en cause.

La precarite, le defi de notre epoque

Les medecins, les professionnels du soin et de la sante, les travailleurs sociaux n'ont pas pour role de faire des miracles.

Mais meme en se situant dans le champ de la reparation, nombre d'entre eux mettent en oeuvre des demarches nouvelles en termes d'ecoute multidimensionnelle, de souci d'accompagnement et de suivi, d'efforts de reponses coordonnees....

Le travail en partenariat, en reseau ne sont pas des coups de coeur. Ils tentent de nouveaux

rappports entre professionnels et avec leurs publics et adaptent leurs pratiques face aux problèmes qu'ils rencontrent au quotidien. Ce n'est pas nouveau dans l'histoire notamment du champ socio-sanitaire.

Ce qui en revanche est nouveau même si nous n'en sommes qu'au début, ce sont les orientations récentes prises tant dans les milieux décisionnels qu'à l'université. Sinon, comment comprendre :

- le rapport *La Santé en France* du Haut Comité de la santé publique ;

- les circulaires du ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville appelant et soutenant financièrement « la nécessaire évolution des pratiques professionnelles pour of-

► Circulaires DGS n° 74 bis du 2 décembre 1993 et n° 88 du 1^{er} décembre 1994

frir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation voire de premiers soins pour assurer l'intégration de tous dans un dispositif de droit commun [...] » ;

- le dernier congrès de la Société française de santé publique tenu à Nancy en juillet dernier où les préoccupations autour des nouvelles tendances dans le champ des idées et des pratiques en santé ont dominé ;

- ainsi que les nouveaux cursus (DU, DESS, DEA...) proposés dans le cadre des formations universitaires.

À une échelle plus large, le seizième rapport sur le développement dans le monde 1993 produit par la Banque mondiale livrait déjà un

Réseaux de santé de proximité

Journées d'études organisées les 13 et 14 mars 1995

Les propositions, remarques prospectives des participants sont reproduites ci-dessous textuellement, nous avons souhaité garder leur formulation spontanée.

Nouveaux problèmes, nouvelles pratiques

- Le réseau est un outil indispensable, mais un outil pervers (contrôle social) nécessitant des objectifs clairs (donc évaluable)
- Il faut une nouvelle pratique des Ddass, vers une meilleure connaissance des actions de terrain et une nouvelle pratique des promoteurs de projets vers plus de lisibilité de leur action
- Il y a créativité et diversité sur le terrain. Existe-t-il un chef d'orchestre ?
- La participation des usagers, forme de renaissance du lien social, est un élément essentiel permettant de bouleverser le système actuel de santé – système de « *vérité de soins* »
- Une culture commune pluridisciplinaire nécessite le passage par des négociations interprofessionnelles
- Nouveaux problèmes ? La différence ne vient-elle pas de la façon dont ces problèmes s'expriment et la façon dont la société les appréhende ?
- Trouver des espaces-lieux, espa-

ces-temps, espaces-personnes qui puissent assurer une prise en charge globale, un accompagnement dans la durée

- Ne pas créer obligatoirement de nouveaux services (structures) mais partir de ce qui existe et mieux l'utiliser (ex. : rôle important de la PMI)
- Mise en réseau, mise en relation du sanitaire et du social, sans subordination
- Rôle des services de l'Etat : impulsion, programmation, coordination
- Difficulté pour mener de front la prise en charge individuelle et l'action collective

Accès aux droits, accès aux soins, accès à la santé

- Nécessité d'un travail de proximité, de lieux d'écoute, d'interface, lieux d'expression et d'appréciation des besoins qui soient à distance des lieux de réponse
- Éviter à tout prix les effets pervers de certaines législations qui font apparaître de nouvelles populations exclues (ex. : les barèmes de l'aide médicale)
- Ce qui profite à une nouvelle catégorie d'usager, ne risque-t-il pas de desservir d'autres catégories
- Le paiement à l'acte est un obstacle à l'accès aux soins

- Nécessité d'aller à la rencontre des publics en difficulté
- Importance de la présence d'un médecin dans une dynamique de renforcement de l'accès aux soins. Importance tant pour le public concerné que pour l'équipe
- Nécessité d'une meilleure information des publics et des professionnels sur les ressources existantes en vue d'une utilisation plus efficace des potentialités
- Penser et développer des dispositifs de formations spécifiques, initiales et continues, pour les professionnels de tout niveau et les différents intervenants appelés à travailler ensemble auprès des publics en difficulté
- Globalement les moyens réglementaires existent pour répondre à la demande de soins, mais se pose aussi le problème des « *représentations* » que les professionnels et les usagers se font de la réglementation
- Trop grande tendance à confondre ce qui est visible et ce qui est réel ; la précarité quotidienne et la précarité médiatisée
- Faut-il aller au-delà de la demande ? Faut-il aller chercher au-delà de la demande de soins ?
- Gratuité ou non des consultations ? Mais on ne règle pas tout par la gratuité

diagnostic et des orientations « d'un type nouveau » appelant l'ensemble des pays qu'il classe autrement qu'à travers les vieilles dichotomies, « [...] à rendre les soins de santé accessibles à l'ensemble de la population [...] en investissant dans la santé publique et les services cliniques essentiels » qu'il définit dans la lignée des soins de santé primaire.

Ces constats ne sont pas spécifiques aux populations démunies. La question sociale et celle des inégalités devant les soins et la santé n'interrogent-elles pas tout le système de soins et de santé dans ses fondements d'équité et de solidarité ?

« Je suis sans doute autorisé à dire que nous devons utiliser nos malheurs – la précarité, le sida – comme leviers pour faire bouger le système de santé. Il en a besoin [...] » suggérait le directeur général de la Santé lors de l'ouverture des journées d'études consacrées au développement des réseaux de santé de proximité les 13 et 14 mars 1995 à Bagnolet.

Dans le même sens l'Organisation mondiale de la santé va jusqu'à la mise en garde contre ce qu'elle appelle « la bombe à retardement que constituent les inégalités en matière de santé [...] qui met en cause nos acquis dans le domaine de la santé au niveau mondial et dans chaque pays ».

À problèmes nouveaux, réponses nouvelles

En réalité et c'est ce qu'indiquent les nouvelles pratiques et les orientations qui émergent, il s'agit pour ces populations en particulier et les populations en général :

- de promouvoir une approche globale, une offre intégrée et des actions de proximité ;
- de veiller à assurer une accessibilité pour tous ;
- de rechercher la participation des personnes concernées ;
- de réaffirmer le rôle de l'État, garant de la solidarité nationale.

Ces réponses ne se trouvent-elles pas dans l'esprit et souvent la lettre des stratégies intuitives : soins de santé primaire, santé communautaire, promotion de la santé, services cliniques essentiels et programmes de santé publique ?

Au-delà des intitulés, l'essentiel est de construire un minimum de consensus sur le fond, quelle qu'en soit la formulation. L'essentiel est

La programmation stratégique des actions de santé

La programmation stratégique des actions de santé (PSAS) est une démarche de planification qui vise à développer, avec les acteurs concernés, des actions adaptées à la résolution de problèmes de santé reconnus prioritaires dans une région donnée : elle débouche concrètement sur un projet régional de santé. Trois partenaires sont étroitement associés : la direction générale de la Santé, l'ENSP, et la Drass de chaque région impliquée. Après l'Alsace, les Pays-de-la-Loire et Midi-Pyrénées, elle se développe, en 1995, dans sept autres régions et dans les départements de Seine-Saint-Denis et de la Réunion. La Haute-Normandie et la Seine-Saint-Denis ont retenu la santé-précarité comme thème en 1995. La PSAS a trois caractéristiques principales.

- Une démarche multipartenaire privilégiant l'ensemble des acteurs (associatifs, hospitaliers, administratifs...).
- La PSAS doit permettre à l'ensemble des acteurs régionaux concernés par le problème de santé de se reconnaître dans les choix d'objectifs et d'actions retenus pour les années à venir.

La volonté d'agir

C'est l'élément moteur des projets régionaux de santé qui reposent sur le postulat, admis par les différents acteurs, qu'il est possible par une action concertée, d'améliorer de façon significative l'état de santé de la population régionale et de contribuer ainsi aux grands buts proposés au niveau national (cf. *La santé en France*, rapport du Haut Comité de la santé publique).

Une démarche rigoureuse centrée sur les acteurs

La PSAS débute par une analyse minutieuse du problème de santé et sa validation par les acteurs régionaux, départementaux et locaux. C'est sur la base de cette analyse, et de la mise en évidence des points forts et des points faibles que sont élaborés et validés les objectifs. La concertation des acteurs à tous les niveaux du projet est essentielle.

Principes d'élaboration du programme et des projets

- Une prise en compte des besoins de la population, cette dernière étant au cœur du processus et devant pouvoir participer à l'identification des problèmes et à la recherche des solutions.
- Une approche globale de l'action de santé, portant aussi bien sur la prévention que sur la prise en charge (soins, suivi, réinsertion...).

que face aux problèmes multiples et complexes que soulève la santé, à l'épreuve des processus de précarisation, devraient prévaloir des choix à la hauteur des nouvelles exigences. ■