

27 NOV. 1997

N. Réf. CAB/EC/SBa

Monsieur,

Particulièrement soucieux d'améliorer l'état de santé des personnes en situation de précarité, nous souhaitons que soit menée dans ce domaine une politique active, remédiant aux difficultés rencontrées par certaines catégories de la population pour recevoir des soins, mais également bénéficier des mesures de prévention.

Dans cette perspective, et du fait de votre expertise fondée sur une expérience de terrain reconnue, nous avons décidé de vous confier une mission relative à l'accueil à l'hôpital des personnes les plus démunies.

Cette mission consistera en la production -pour le mois de février 1998- d'un document synthétique, qui s'appuiera sur le bilan de votre expérience, et proposera des stratégies innovantes dans ce domaine.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Martine AUBRY



Bernard KOUCHNER

Docteur Jacques LEBAS
Hôpital Saint-Antoine
Polyclinique Médicale
134 rue du Faubourg Saint-Antoine
75012 PARIS

A l'épreuve de la précarité : une certaine idée de l'hôpital.

CONTEXTE

La précarité est un **phénomène de masse** qui concerne aujourd'hui 20 à 25 % de la population résidente en France, soit plus de 12 Millions de personnes. Il s'agit **d'un processus et non d'un état** : un processus - éventuellement réversible - où le cumul de handicaps économiques et sociaux, de difficultés des conditions de vie et de ruptures biographiques de tous ordres est susceptible d'entraîner des situations de pauvreté effective, voire d'exclusion irréversible¹.

Les phénomènes de précarisation affectent les états de santé des personnes et leurs capacité d'accès effectif aux systèmes de soins et de prévention : **ils sont au coeur des inégalités de santé** que notre système de santé et de protection sociale est inapte à entraver. Ces constats sont maintenant amplement établis². Notre objectif n'est donc pas de décrire la situation existante, d'analyser les liens entre santé et précarité, ni même de faire le bilan des réponses apportées par notre système de soins, en particulier hospitalier³.

Signalons simplement que, ces dix dernières années, des initiatives ont été prises au niveau même des hôpitaux afin de prendre en compte la montée de la précarité sanitaire et sociale. Elles ont été au départ le fait de quelques uns, individus ou petits collectifs, qui ont agi à la marge de l'institution, bien qu'en son sein. Plusieurs circulaires ministérielles⁴ sont venues conforter et tenter de promouvoir ces initiatives. Certains hôpitaux et CHU - en particulier (mais pas seulement) des grandes agglomérations

¹ Pour une analyse de ces processus et de leurs déterminants, voir Paugam S. ed. *L'exclusion, l'état des savoirs*. Paris: La Découverte, 1996.

² Deux récents rapports font le point de ces questions : Haut Comité de la Santé Publique. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1998 ; et Patte D, Marchand F, Brodm M. *Etude sur les dispositifs hospitaliers de prise en charge des patients en situation de précarité*. Paris, DGS DH DAS, 1998. Ils ont été précédés par les multiples constats des associations qui, depuis des années, dénoncent inlassablement ces situations ; voir en particulier les *10 propositions* de Médecins du Monde (Paris, 1996) et la synthèse de Médecins Sans Frontières. *Les lieux des soins, quelles alternatives à l'action humanitaire en France ? les dispositifs hospitaliers* (Paris, 1997).

³ Pour un regard plus spécifique sur l'hôpital, lire : Farge Bancel D, Jourdan Méminger D. *L'hôpital public, le retour à l'Hotel Dieu*. Paris, Hermès, 1997.

⁴ Pour mémoire : circulaire n°93-07 du 9 mars 1993 relative à l'aide médicale, et les deux circulaires de Madame Simone Veil et Monsieur Philippe Douste-Blazy n°93-33 du 17 septembre 1993 et n°95-08 du 21 mars 1995 relatives à l'accès aux soins des personnes les plus démunies

métropolitaines - ont commencé à prendre en compte cette dimension du service hospitalier⁵. De même, les responsables des urgences, confrontés à l'afflux de personnes en situation de précarité, se sont attelés à prendre en compte des demandes qui ne relèvent que rarement de réelles urgences médico-chirurgicales : les urgences restent encore très souvent la seule voie d'accès à l'hôpital pour celui qui n'en connaît pas le fonctionnement ou qui, faute de ressources ou de droits effectifs, ne passe pas par le filtre fonctionnel de la médecine de ville.⁶

Nous ne ferons donc pas un bilan circonstancié de la situation et des réponses hospitalières, mais - partant de celui-ci, des expériences existantes et des constats établis - nous ferons un certain nombre de propositions qui répondent toutes à un souci unique : **faciliter l'accès de chacun au système de droit commun et assurer l'égalité de tous face au système de santé**, un principe défini dans la Constitution.

L'hôpital occupe une place très particulière dans notre système de soins : il en est la référence et la pierre angulaire ; il associe les responsabilités de soins, d'enseignement et de recherche ; il représente près de 50% des dépenses de santé⁷.

L'approche essentiellement biomédicale et curative qui a été jusqu'ici celle du système de soins français s'est traduite par une organisation centrée sur l'hôpital dont le CHU représente l'image aboutie et le modèle⁸.

Cette approche s'intéresse aux maladies plutôt qu'aux malades. Ce qui relève du dépistage de la prévention, de la coordination des soins, de l'éducation pour la santé, de la prise en compte de la situation sociale d'un individu, se situe en général hors du champ de cette approche.

La montée de la pauvreté et de la précarité se traduit par l'arrivée, aux portes des hôpitaux (et, en général, des urgences, surchargées et inadaptées), d'un nombre croissant de malades qui n'ont plus accès aux praticiens généralistes ou aux soins de ville.

L'hôpital se trouve placé devant cette contradiction apparente. Il constitue **le lieu d'excellence** en ce qui concerne les techniques de diagnostic,

⁵ Ainsi, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris a inscrit l'accueil des demandeurs dans les objectifs de son programme *Hôpital 2000*.

⁶ Voir le rapport de la Commission nationale de restructuration des Urgences, présidée par le Pr. A. Steg, Paris, septembre 1992 ; ainsi que Barrier G. *La prise en charge pré-hospitalière des Urgences*. Rapport auprès du Premier Ministre, septembre 1994.

⁷ Haut Comité de la Santé Publique. *La santé en France en 1996*. Paris, La Documentation Française, 1997.

⁸ Pour l'histoire contemporaine de l'institution hospitalière, voir Imbault-Huart MJ. Médicalisation et fonction sociale de l'hôpital : convergences et contradictions. In: Musée de l'APHP, ed. *Depuis 100 ans, la société, l'hôpital et les pauvres*. Paris, Doin, 1996.

toujours plus sophistiquées, et les thérapeutiques les plus innovantes, mais il reste, dans le même temps, **le lieu de recours** auquel s'adressent les laissés pour compte de notre société⁹. Son rôle d'accueil et d'hébergement des indigents, longtemps assumé et revendiqué tout au long de son histoire, a fortement marqué les mentalités, tant des hospitaliers que des usagers potentiels et des citoyens en général. Il reste constitutif de sa vocation et assure symboliquement la sécurité pour chacun de pouvoir être soigné à égalité avec tous. La réaffirmation de ce rôle est d'autant plus important dans une période de précarisation massive.

Pour assurer sa fonction de recours pour ceux qui sont ou se vivent à l'écart du système de soins, il doit intégrer la dimension sociale des personnes qui s'adressent à lui, s'assurer de la continuité des soins des malades qui sortent de ses murs, s'associer dans des réseaux de soins dont il n'est pas forcément et toujours le maître, accepter d'être évalué et remis en cause, s'ouvrir à la cité et s'ouvrir sur la ville, devenir acteur et partenaire de santé publique. Bref, il doit accepter le risque de se transformer afin d'assurer sa mission de service de santé publique. Il doit, en particulier, cesser d'être l'**Hôpital forteresse**, prisonnier de ses seules logiques institutionnelles et gestionnaires, essentiellement soucieuses de ses performances techniques et financières, dont la responsabilité de santé s'arrête à ses portes¹⁰.

D'autant que la précarité et la pauvreté ne sont pas des problèmes résiduels du développement de nos sociétés, dont les conséquences sanitaires relèveraient simplement de la mise en place de dispositifs d'urgence et des initiatives (aussi généreuses et nécessaires soient-elles) des associations humanitaires. Les réponses à ces phénomènes sociaux ne relèvent exclusivement ni de l'urgence ni de la charité.

Elles exigent des adaptations structurelles, des changements des mentalités et des pratiques professionnelles, des nouvelles manières de penser l'offre de soins et, plus précisément, le rôle et la place de l'hôpital.

Elles impliquent que les interrelations entre la santé et la précarité ne soient pas considérées comme un reliquat muet de nos **politiques de santé**, mais que cette problématique soit intégrée à leur définition, aux objectifs de santé, aux planifications hospitalières, aux programmes de santé publique.

Elles dépassent les seules capacités des hôpitaux, mais également leur seule responsabilité. Pourtant, compte-tenu du fait que l'hôpital reste la

⁹ Voir les actes de la Journée Régionale sur "L'Hôpital et les personnes démunies", DRASS Poitou-Charentes, 5 décembre 1996.

¹⁰ Voir le point de vue de l'ancien Directeur général de l'APHP dans Cordier A. L'Hôpital et les patients démunis. In: Lebas J. Chauvin P, eds. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion, 1998 (sous presse).

référence et le recours pour les personnes en souffrance et malades, on peut considérer que **l'hôpital a une responsabilité éthique supérieure** dans ce domaine. Faute d'assumer cette responsabilité, l'hôpital public - c'est-à-dire au service du public - se trouverait en danger, placé en porte à faux vis à vis de ses valeurs et de ses obligations.

L'hôpital public se doit d'accueillir toute personne souffrante, à toute heure du jour et de la nuit. Il se doit d'assurer des soins de complexité et de qualité égales pour tous. Il se doit de prodiguer des soins de proximité pour les personnes les plus fragilisées qui n'ont ni les capacités ni les ressources pour utiliser les services de soins du secteur libéral. Ces obligations impliquent de considérer toute personne se présentant à l'hôpital, quelque soit sa situation, comme un patient ayant des droits en matière d'accès aux soins et d'assurance maladie. Partant du fait que plus de 99% des français bénéficient théoriquement d'une couverture maladie et que le droit aux soins est inscrit dans notre Constitution, aucun obstacle d'ordre administratif ne doit faire rempart à l'accès aux soins, et particulièrement aux soins dispensés par le service public hospitalier. **Il faut renverser la charge de la preuve.** Ce principe opérationnel doit se traduire par l'accès aux soins - immédiat et sans conditions - de tous, y compris des malades étrangers et quelque soit leurs conditions de résidence en France.

Les obligations (sinon contradictoires, du moins concurrentes) du service public hospitalier obligent à établir des hiérarchies et des priorités dans les choix en particulier budgétaires. Jusqu'ici les arbitrages se sont faits, de façon plus ou moins volontaristes, en faveur des activités biomédicales de pointe les plus spécialisées. Cette tendance est particulièrement accentuée au niveau des CHU qui structurent et servent de modèle à l'ensemble du parc hospitalier.

Il est évident que ce type de modèle ne favorise guère la prise en compte des problèmes de santé liés à la précarité. Les hôpitaux se retrouvent donc, contraints et forcés, à l'heure des choix. Se donneront-ils les moyens de répondre aux demandes sociales et sanitaires de la population ou resteront ils des îlots d'excellence technologique soucieux plus de leur clientèle que de la santé du public ? Une « **certaine idée de l'hôpital** » va-t-elle prévaloir dans les années qui viennent ? Celle qui - sans lui faire aucunement abandonner son rôle d'excellence biomédicale - lui fera assumer, avec ses autres partenaires, un rôle d'excellence médico-sociale : au plus près de ceux qui souffrent le plus, ouvert sur la ville et ouvert à la cité. Tel est le défi, à nos yeux incontournable, auquel des réponses doivent être apportées. Nous souhaitons que les propositions suivantes contribuent à le relever.

PROPOSITIONS

1) Généraliser les « dispositifs précarité »

Constats Plusieurs dizaines de dispositifs de ce type existent déjà au sein des hôpitaux publics ou des hôpitaux privés participant au service public¹¹. Ils ont fait maintenant la preuve de leur efficacité. Leur viabilité dépend de la volonté des pouvoirs publics et des communautés hospitalières

Ces dispositifs ambulatoires d'accès aux soins et au suivi associent :

- **un système de dépistage** (au niveau des divers accès à l'hôpital) des personnes qui s'adressent à une consultation hospitalière et qui sont dans l'incapacité, pour quelque raison que ce soit, de faire valoir la preuve de leurs droits à être soigné au moment où elles viennent.

- **une filière gratuite** pour l'ensemble des services hospitaliers (consultations, examens complémentaires) et pour la délivrance des médicaments par la pharmacie de l'hôpital, grâce à un bordereau de circulation, remis à la personne sans condition préalable.

- **une consultation sociale**, permettant d'établir un diagnostic de la situation sociale du malade (tant à l'égard de ces droits à une protection sociale qu'en ce qui concerne ses autres facteurs de handicap social) et susceptible de déclencher à partir de l'hôpital les démarches de récupération des droits effectifs.

Ces dispositifs **ne sont pas ciblés sur des catégories** de malades particuliers (sans domicile fixe, sans papiers, étrangers en situation irrégulière, etc...) **mais largement ouverts à toutes les situations concrètes** du malade au jour

¹¹ Voir Lebas J (ss la dir). *L'accueil des malades démunis à l'APHP*. Paris, Les rapports de l'APHP, novembre 1994. Voir aussi Fatte D, Marchand F, Brodin M : op. cité.

où il se présente : sans couverture sociale effective, ou dans l'incapacité d'avancer les frais ou de payer le ticket modérateur.

Ils constituent des **interfaces** entre la ville et l'hôpital, distincts des urgences afin de ne pas surcharger cette voie d'entrée prioritairement réservée aux urgences médico-chirurgicales.

Ces dispositifs fonctionnent comme **des sas d'accès, garantissant à chacun, sans délai, l'accès aux soins et au suivi médical et social.**¹²

Ils ne constituent pas des "ghettos" réservés aux plus démunis, des lieux de soins pour pauvres, dans la mesure où ils garantissent l'accès au plateau médical normal de l'hôpital, de façon immédiate, sans attendre la récupération effective des droits liée à un temps administratif qui se compte souvent en mois.

Dans les diverses expériences recensées, ces dispositifs, non seulement, assurent les soins effectifs immédiats nécessaires à la situation de chaque malade, mais ils procurent, à terme, **la récupération d'une couverture sociale effective à 80% des malades pris en charge.**¹³

Ces dispositifs doivent être à plusieurs entrées, c'est à dire organisés au niveau des diverses consultations hospitalières. Selon les besoins, **une consultation référante** - assurant des consultations de médecine générale et située au niveau d'une polyclinique, d'une consultation de médecine polyvalente, voire des urgences - pourra effectuer la prise en charge de premier recours, en dehors des urgences avérées, afin d'assurer la prise en charge des malades et leur éventuel aiguillage dans les services hospitaliers spécialisés ou les consultations extra hospitalières adaptées.

¹² Voir le rapport de Médecins Sans Frontières. op. cité.

¹³ Brückner G, Nguyen DT, Lebas J. L'accès aux soins des personnes démunies à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. *Bull Acad Natle Méd* 1997; 181: 23-42.

En résumé il s'agit de **dispositifs PASS** (pour **Permanences d'Accès aux Soins de Santé**) assurant, via un simple "mot de passe" délivré par le travailleur social au moment même de la consultation médicale et en fonction de la situation concrète du malade, un accès sans délai au plateau commun de l'hôpital, sans attendre la récupération effective des droits.

Propositions Nous proposons la **généralisation de ces dispositifs PASS** (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) dans le cadre des programmes départementaux d'accès aux soins et à la prévention.

Ces programmes assureront :

- **Le diagnostic de nécessité** en fonction des évaluations réalisées, non seulement avec les responsables hospitaliers les plus confrontés à ces problèmes, mais également avec les associations et l'ensemble des services sociaux et sanitaires concernés qui ont en général une appréciation très concrète de ce type de situation.

- **L'organisation des dispositifs** dans le respect des principes éthiques décrit ci-dessus, en assurant **leur pérennité** tant des financements que des structures et des personnels requis pour les faire vivre au quotidien : travailleurs sociaux mais aussi temps fonctionnel pour la pharmacie hospitalière, le personnel médical et administratif.

- **L'évaluation** médico-sociale, administrative et financière devra être également un des objectifs poursuivis (*voir point 10*).

- **L'information** du public et des professionnels de santé. Il faudra faire connaître l'existence et le mode d'utilisation de ces dispositifs, tant auprès du public et des populations éventuellement concernées qu'auprès des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) de l'hôpital et en ville (*voir point 7*).

2) Multiplier les consultations de médecine générale sans rendez vous

Constats Les consultations de médecine générale constituent le premier recours aux soins pour la majorité des malades. Ceux-ci s'adressent aux généralistes de ville quand ils bénéficient de droits ouverts : moins de 1% des plus démunis consultant en médecine générale n'ont pas de couverture maladie effective, contre plus de 80% des patients reçus dans les dispositifs "précarité" hospitaliers¹⁴. Par ailleurs, en l'absence de généralisation du tiers payant, un grand nombre de personnes en situation de fragilité socio-économique n'ont pas les moyens de consulter auprès d'un généraliste.

Quand ils s'adressent à l'hôpital, la seule voie d'accès est souvent constituée par le service des urgences qui n'est ni organisé ni adapté pour l'accueil et le suivi du « tout venant ». Par ce système, le contact avec l'hôpital n'est que ponctuel, alors même que l'état de santé de ces malades requièrent une prise en charge suivie. Cette utilisation des services des urgences participe à leur engorgement.

La tendance au cours de ces dernières décennies a été de faire disparaître **les consultations de médecine générale** au sein des hôpitaux, en particulier les CHU. Elle est en contradiction avec le recours à l'hôpital, en première intention, des populations précarisées, présentant des problèmes de santé souvent intriqués et multiples, marqués par les pathologies trop longtemps négligées. L'intrication avec des problèmes sociaux rendent la prise en charge médicale souvent difficile et longue. La prévention des morbidités les plus fréquentes est peu ou mal assurée alors que

¹⁴ Voir Chauvin P, Lebas J, Valleron AJ. *Précarité en médecine générale*. Conférence Internationale Santé, précarité, vulnérabilité en Europe, UNESCO, Paris, 15-16 nov 1996, abstract book: 128.

l'hôpital est, souvent, le seul lieu de soin fréquenté par ces personnes.

Propositions Nous proposons l'ouverture au sein des hôpitaux où elles n'existent pas encore de **consultations de médecine générale sans rendez vous et à horaires élargis**.

Ces consultations sont bien entendu **ouvertes à tous les malades** et aucunement réservées aux malades considérés en situation de précarité.

L'élargissement des horaires répond d'ailleurs aussi bien aux attentes des personnes actives que des personnes marginalisées. Contrairement à une idée reçue et fortement répandue, ces personnes, compte tenu de leurs charges quotidiennes (familiales, par exemple), de leur isolement et de leurs faibles ressources, ne trouvent pas le *temps* de consulter, reculant d'autant le recours indispensable aux soins.¹⁵

Ces consultations peuvent s'organiser au sein d'une policlinique où coexistent des consultations spécialisées, au sein d'hôpitaux de jour, ou auprès du service des urgences (mais distinctes de leurs activités premières).

Ces consultations de soins de médecine de premier recours seront assurés par des praticiens généralistes vacataires, expérimentés dans la prise en charge des publics démunis (*voir point 3*).

Ces consultations doivent bénéficier d'un **service social intégré** (sur place ou facilement accessible), compte tenu des intrications très étroites du médical et du social chez ces patients.

¹⁵ Pour une interprétation des inégalités de consommation de soins et des substitutions décrites entre l'utilisation des soins de ville et des soins hospitaliers par les personnes en situation précaire, voir Lecomte T, Mizrahi An, Mizrahi Ar. *Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux. Enquête sur la santé et les soins médicaux France 1991-1992*. Paris, CREDES, 1996, n°1129.

Evidemment il ne s'agit en aucun cas d'ouvrir des consultations fléchées spécifiquement « précarité », mais des consultations ouvertes à tous ceux qui en ont besoin.

L'organisation de ces consultations doit simplement prendre en compte un certain nombre de conditions pratiques qui permettent d'assurer l'accès des malades en situation précaire.

3) Renforcer la présence de la cité dans l'hôpital

Constats

L'accueil et la prise en charge des malades en précarité au sein de l'hôpital implique une intégration des pratiques du travail social et des pratiques de soins au sein même de l'institution hospitalière, à l'opposé de la dichotomie entre le médical et le social qui a largement prévalu jusqu'ici.

De nombreuses initiatives et mesures ont été prises ces dernières années qui vont dans ce sens avec des résultats concluants.

Le renforcement du **service social hospitalier** en terme de moyens humains, de moyens de travail, de compétence accrue à assurer l'accueil et la récupération de droits, mais aussi les diagnostics de souffrance sociale, a été initié. Il faut également renforcer son rôle et ses responsabilités au sein même de l'institution. Il aura à jouer le rôle d'interlocuteur pivot avec les organismes sociaux qui s'insèrent dans l'hôpital.

C'est ainsi qu'on a vu apparaître des **antennes des CPAM** au sein de certains hôpitaux, afin de raccourcir les délais entre la demande médicale et l'obtention effective du droit à la sécurité sociale quand ces droits, bien que théoriquement disponibles, ne sont pas effectifs. Le maquis et la complexité des démarches sont incompatibles avec le type de vie des plus démunis (domiciliation, revenus réguliers, moyens de transport, autonomie).

C'est ainsi que la présence au sein des hôpitaux de **permanences associatives**, souvent plus aptes à jeter des ponts entre le dedans et le dehors de l'hôpital, à préparer la sortie d'hospitalisation et assurer des points de chute d'hébergement compatibles avec l'état de santé de la personne, à établir des liens avec les réseaux de prise en

charge extra hospitalière, ont largement fait la preuve de leur efficacité.

Les associations doivent être intégrées à la vie et aux décisions de l'hôpital dans ces domaines. Elles doivent travailler en coordination étroite avec les dispositifs PASS et les services sociaux.

En revanche, elles ne doivent pas devenir une filière spécifique de recours pour les situations que les hôpitaux ne voudraient pas prendre en charge. Leur présence vigilante ne doit en aucun cas devenir une procédure de substitution.

L'entrée déjà largement amorcée de **praticiens généralistes de ville** comme vacataires au sein des consultations hospitalières (aux urgences en particulier) participe également de cette présence de la ville à l'hôpital, hautement profitable à l'institution pour répondre à l'accueil et à la prise en charge de ces personnes.

Propositions Renforcer la présence des **institutions sociales au sein des hôpitaux**, au plus près de la demande médicale, afin de réduire au maximum les écarts entre les malades et les guichets qui leur permettent d'accéder à leurs droits. Cette présence effective permettra par ailleurs de former le personnel de ces antennes (Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Centres d'Action Sociale, Mutuelles) à l'accueil et la prise en charge des personnes en situation précaire.

Renforcer, au sein de l'institution hospitalière, la présence **des associations** de malades, des associations humanitaires de santé, des associations intervenant dans le champ social, en particulier auprès des plus pauvres. Par exemple des associations de juristes volontaires se développent actuellement qui organisent des consultations juridiques sur les lieux mêmes des consultations médicales ; ce qui, là encore, facilite l'accès à la justice pour les plus vulnérables.

Cette présence associative ne doit pas se réduire à de simples permanences (indispensables pourtant) mais doit impliquer la participation aux instances décisionnelles et opérationnelles : Conseils d'Administration, comités de pilotage des dispositifs précarité, Conseils de Service des services concernés.

Renforcer la présence de **praticiens généralistes de ville** au sein des consultations sans rendez-vous afin qu'ils fassent bénéficier l'hôpital de leurs expérience et leur savoir faire.

Prévoir, pour le personnel médical et paramédical, les moyens de rémunérer et de valoriser un exercice non curatif : mise en place de pratiques innovantes d'accueil et de suivi, coordination entre la ville et l'hôpital, promotion de la santé, éducation et *counseling*, prévention, etc...

Dans ce cadre des vacations pour des **médecins du travail**, afin d'effectuer des bilans d'aptitude au travail pour les malades chômeurs qui sont pris en charge au sein des consultations hospitalières et des dispositifs PASS, devraient être promues à titre pilote dans un premier temps.

4) Ouvrir l'hôpital sur la ville

Constats L'hôpital est déjà ouvert sur la ville. Que ce soit par la composition même de ses conseils d'administration, ou par le développement des SAMU, systèmes de régulation des urgences associé au ramassage des blessés ou malades dans la ville.

Plus récemment, se sont développés les **SAMU sociaux** qui vont au devant des personnes sans abri, souvent incapables de se diriger spontanément vers les hôpitaux ou tout autre dispositif de soins. Ils associent un système d'alerte et de régulation afin de porter assistance aux sans abris qui errent dans les rues. Des véhicules maraudent dans la ville, en particulier la nuit, et se portent au secours des malades sans abris afin de les diriger vers le système de prise en charge le plus adapté. Les hôpitaux contribuent à ces dispositifs, en particulier par la mise à disposition de personnel médical et infirmier.¹⁶

En dépit de ces initiatives innovantes, centrées sur des publics spécifiques et développées dans la logique de l'urgence médicale ou sociale, **l'hôpital reste encore trop peu ouvert sur la cité.** Il se rapproche encore trop peu de populations, au moins aussi marginalisées (mais peut-être moins "visibles") que les sans abris, qui nécessitent, comme eux, que les personnels et les compétences hospitaliers, soignants ou sociaux, puissent sortir hors des murs de l'hôpital pour les atteindre. La création de dispositifs ambulatoires nécessite une adaptation de la loi hospitalière actuelle.

Propositions Nous proposons, qu'à titre pilote dans un premier temps, soient constituées des **unités mobiles de soins ambulatoires**, en liaison avec des services

¹⁶ Ménoret-Calles B. *L'accès aux soins des populations démunies*. Paris, L'Harmattan, 1997.

de médecine ou de santé publique hospitaliers et capables d'établir un premier contact médical avec des populations qui ne peuvent ou osent se présenter dans les services hospitaliers alors même qu'elles en auraient médicalement besoin¹⁷.

L'objectif là encore est d'intégrer ces personnes dans le système de soins de droit commun aussi rapidement que possible, tout en sachant qu'un sas d'accès ambulatoire (qui aille au devant d'eux, au plus près de leurs conditions de vie) est parfois nécessaire avant que les conditions pratiques d'une prise en charge « commune » ne soient réunies.

De tels dispositifs pourraient utilement être mis en place auprès des *jeunes des rues* de certains quartiers des grandes villes, des *prostituées*, des *toxicomanes* très précarisés ou des *travailleurs clandestins*... toutes populations qui refusent ou hésitent à se présenter seuls aux portes de l'institution hospitalière.

De telles initiatives pilotes nécessiteraient la coopération des organismes sociaux, des dispositifs associatifs et des municipalités.

Il est évident que de telles initiatives ne peuvent, pour être efficaces et répondre aux critères éthiques que nous avons précisé, que s'insérer dans des **réseaux médico-sociaux d'accès aux soins**, dont elles constitueraient un des pôles.¹⁸

¹⁷ Nous citerons, entre autres expériences, celle de l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève qui a monté une unité de soins ambulatoires pour les demandeurs d'asile, les immigrés et les personnes démunies.

¹⁸ Elles s'inscriraient naturellement dans les expériences de réseaux de santé de proximité, soutenues par la Direction Générale de la Santé depuis 1994.

5) Développer de nouvelles pratiques hospitalières

Constats Nous avons déjà amplement souligné que les pratiques médicales hospitalières sont dominées pratiquement exclusivement par un **modèle biomédical** qui n'a guère intégré ni les dimensions sociales des maladies et de la santé en général, ni les approches de prévention et de santé publique pourtant indissociables d'une politique de santé globale.

Il en est pour preuve l'absence de pratiques de **prévention** dans la majorité des services hospitaliers, la difficulté et le retard de la plupart des hôpitaux à prendre en compte les problèmes de dépendances ou de santé des adolescents. Certes, dans chacun des domaines qui touchent à la santé publique, il existe ici et là des initiatives, liées en général à des équipes médicales motivées, mais qui restent jusqu'ici isolées, voire à la marge de l'institution hospitalière.

Contentons nous de souligner l'absence quasi complète (en France !) de services ou de départements d'alcoologie dans la plupart des hôpitaux...

Propositions Le développement de **nouvelles pratiques de soins de santé** au sein des hôpitaux constitue une priorité qui ne relève pas exclusivement des besoins des populations précarisées.

Mais ces pratiques sont d'autant plus nécessaires pour ces personnes qu'elles n'ont souvent pas accès à la médecine de ville, que leur recours aux soins est souvent hospitalier et que chaque consultation hospitalière devient ainsi une occasion trop souvent manquée d'accéder à la prévention et au dépistage. **Multiplier les discours et les canaux de prévention et de promotion de la santé** adaptés auprès des publics les plus précaires et vulnérables doit faire partie de l'offre de soins hospitalière.

Les consultations hospitalières de médecine de premier recours doivent donc proposer le dépistage des infections à VIH, de la tuberculose et des infections aux virus des hépatites B ou C, ainsi que la mise à jour des vaccinations recommandées par le calendrier vaccinal. C'est également l'occasion de développer, par exemple, les dépistages des diverses dépendances (alcool, substances illégales, psychotropes) ainsi que des violences intra familiales, trop souvent latentes et cachées, voire de carences alimentaires, elles aussi sans doute sous estimées.¹⁹

Il faut donc mettre en place au niveau des diverses consultations hospitalières, en particulier les consultations de médecine générale, des **stratégies de soins de premier recours**, qui associent les démarches cliniques et symptomatiques à des démarches de dépistage, de conseil sanitaire et de prévention. De telles stratégies doivent tenir compte des morbidités les plus fréquentes parmi les populations consultantes, mais également des priorités de santé publique déterminées par les conférences de santé et les divers programmes d'accès aux soins et à la prévention qui seront mis en place.

Ces nouvelles pratiques s'efforceront d'intégrer également le **dépistage des souffrances sociales** liées aux pathologies, qu'elles en soient la cause ou la conséquence, ainsi que le **dépistage et la prise en charge des souffrances psychiques** particulièrement fréquentes dans ce contexte et pourtant peu ou pas prises en charge.²⁰

Ces nouvelles pratiques ne sont pas l'exclusivité des médecins. Le rôle du personnel soignant (infirmier en particulier) dans le conseil et la prévention est central, de même que celui des

¹⁹ Farge D. Précarité et médecine interne. *Rev. Med Interne* 1997; 18: 687-690.

²⁰ Lazarus A (ss la dir). *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Rapport du groupe de travail Ville, Santé mentale, Précarité, Exclusion sociale. Paris, DIRMI et Délégation interministérielle à la Ville et au développement social urbain, février 1995.

pharmaciens hospitaliers dans l'accompagnement et le suivi des prescriptions médicales qui nécessitent souvent d'être adaptées à des modes de vie irréguliers.

Le développement de **consultations d'observance thérapeutique**, assurés par du personnel infirmier en liaison avec les médecins et les pharmaciens de l'hôpital, est particulièrement recommandé pour obtenir une meilleure observance et une meilleure compliance aux thérapeutiques lourdes et prolongées (par exemple celles de l'infection à VIH, de la tuberculose, de l'Hépatite C). Ces objectifs rejoignent le souci, déjà mentionné, d'assurer la continuité et le suivi de soins adaptés à la situation sociale et aux conditions de vie des personnes.

6) Créer de nouveaux métiers à l'hôpital

Constats

L'hôpital a vu se développer, au cours de ces dernières années, de nombreuses activités innovantes qui ont souvent abouti à l'apparition de nouveaux métiers : moniteurs et techniciens d'études cliniques, conseillers informatiques, responsables de la communication, sans citer les nombreuses spécialités et sous spécialités liées au développement des technologies modernes (explorations non invasives, imagerie médicale, génétique, etc...).

Le domaine qui nous occupe, la rencontre entre le social et l'hôpital, est également un gisement **de nouvelles activités et de nouveaux métiers**. La prise en charge des usagers de l'hôpital qui ont des problèmes de lecture et de compréhension, qui sont peu ou pas au fait de leurs droits et leurs devoirs, qui s'adressent à l'hôpital en dernier recours de survie sociale, nécessite sur un même site des **compétences multiples** : médicales, psychologiques, sociales, juridiques. Cette tendance implique le développement d'activités sociales et juridiques, d'accompagnement et d'écoute, de traduction et de médiation.

Propositions

Il s'agit de développer au sein de l'hôpital des activités et métiers nouveaux, particulièrement nécessaires et urgents pour les publics fragilisés mais qui seront à terme utiles pour tous et généralisables.

Création de postes d'agents d'assistance juridique auprès des dispositifs PASS ou des services sociaux de l'hôpital. Ces agents, ayant une compétence juridique, pourront sur site :

- informer les malades sur leurs droits ;
- organiser un lieu/espace d'écoute, de proximité et d'orientation en matière juridique ;

- maintenir un lien et un dialogue entre le personnel hospitalier (soignant, social, administratif) et les professionnels du droit ;
- accompagner les personnes en difficulté dans leurs démarches juridiques, voire judiciaires²¹.

Créations de poste de médiateurs hospitaliers: il s'agit de promouvoir les activités de lien, d'accompagnement, d'information, d'explication par du personnel formé à l'écoute et à l'organisation des soins à l'hôpital.

Ces besoins sont particulièrement aigus pour les personnes en précarité, mais ils concernent en vérité tous les malades. Ceux-ci se retrouvent trop souvent perdus et isolés, ballottés de consultation en guichet, de salle d'attente en couloir, sans que l'anxiété et la peur provoquées par l'hôpital ne trouvent de possibilité de soulagement.

Ces emplois d'assistance juridique et de médiateurs pourraient être financés dans le cadre de la loi sur les **emplois-jeunes**.

²¹ Un projet de ce type, piloté par l'association Droits d'Urgence et le Conseil Départemental de l'Aide Juridique est en cours de réalisation.

7) Informers, faire savoir et faire connaître

Constats

L'information des publics précaires dans le domaine de la santé souffre d'un double déficit. L'information générale, destinée à tous les publics, ne les atteint pas toujours et ne les prend pas en compte. Les informations spécifiques, elles, ne sont que peu ou pas développées. Par exemple, les campagnes de prévention des cancers gynécologiques ou des méfaits du tabagisme peinent à atteindre les plus fragilisés, les plus marginalisés.

Par ailleurs, peu de choses sont faites dans le domaine de l'information sur les droits aux soins, les possibilités effectives d'accès à la protection sociale, la promotion des initiatives et des dispositifs hospitaliers existants.

Les hôpitaux agissent déjà mais restent réticents à le faire savoir, comme s'ils craignaient un « appel d'air », un afflux (plus grand encore) de patients précarisés et démunis. Alors que ce sont bien la méconnaissance et l'opacité qui induisent le mauvais usage et les recours incontrôlés, non l'inverse.²²

Si l'information sur les droits juridiques des malades se développe dans les hôpitaux (livrets d'accueil, évaluations et satisfaction, centralisation des plaintes), peu de choses sont faites sur les droits sociaux des même malades.²³

Dans le même temps, les méconnaissances des personnels hospitaliers (médicaux, soignants et administratifs) sur ces sujets contribuent à laisser l'utilisateur, de passage à l'hôpital, dans l'ignorance de ses droits.

²² Il a fallu qu'une organisation non gouvernementale fasse une campagne d'information sur les dispositifs "precarite" existants pour qu'ils soient portés à la connaissance des personnes concernées (des usagers potentiels comme des intervenants).

²³ Des initiatives, la encore associatives, comme celles de RESO (numero vert d'accès aux soins) participent activement au partage, en temps réel, d'informations adaptées à la demande des malades fragilisés et relatives aux possibilités effectives de prise en charge médicales.

Propositions Intégrer à l'ensemble des informations sur les **droits des malades**, celles qui concernent leurs **droits sociaux**, les porter à la connaissance du personnel hospitalier.

Faire connaître, de façon systématique, auprès des publics concernés, les initiatives qui les concernent.

Rendre publics et aisément accessibles (auprès des centres d'action sociale, des foyers d'hébergement, des associations de terrain, du personnel hospitalier évidemment) toutes **informations sur les dispositifs PASS** : situation, heures d'ouverture, modalités d'accès et fonctionnement, identités et coordonnées des responsables médicaux, infirmiers, sociaux.

L'activité hospitalière envers les plus démunis - partie intégrante de la mission de l'hôpital - doit être portée à la connaissance du public, particulièrement aux plus concernés et aux moins accessibles.

8) Former les professionnels

Constats

Les attitudes de rejet qu'on peut observer, y compris au sein du personnel hospitalier, sont toujours, au moins pour une part, liées à une méconnaissance des processus de précarité, des droits des malades, des devoirs, des obligations et des responsabilités de l'institution hospitalière et de ses professionnels.

La dissociation entre le médical et le social a entraîné une grande ignorance des médecins, des soignants et du personnel administratif des droits sociaux des malades, des responsabilités à l'égard de leur santé individuelle et collective, des liens entre précarisation, états de santé et accès aux soins.

En particulier, ces processus et ces déterminants sociaux de la santé ne sont pas enseignés dans le cursus des études médicales. Ils ne le sont que très accessoirement évoqués au cours de l'apprentissage pratique des étudiants dans les services hospitaliers des CHU. Ils ne font pas partie, aujourd'hui, des thèmes de la formation médicale continue.

L'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de précarité, la lutte contre les inégalités de santé constituent un véritable enjeu de santé publique. Sans formation initiale et continue de tous les personnels impliqués, pas de solution à cet enjeu.

Propositions

Intégrer au cours des **études médicales**, selon des modalités à définir, la dimension des processus socio-économiques de précarisation dans leurs rapports aux états et aux inégalités de santé.

Intégrer cette préoccupation dans la **formation des infirmiers, des personnels administratifs et des travailleurs sociaux.**

Promouvoir des sessions de **formations médicales continues** sur ces interrelations précarité - santé où, en particulier, le rôle de l'hôpital soit analysé, évalué et intégré.

Considérer la prise en charge des plus fragiles et les inégalités sociales de santé comme des **préoccupations éthiques** à prendre en compte dans les objectifs et les formations de l'ensemble des professionnels hospitaliers.

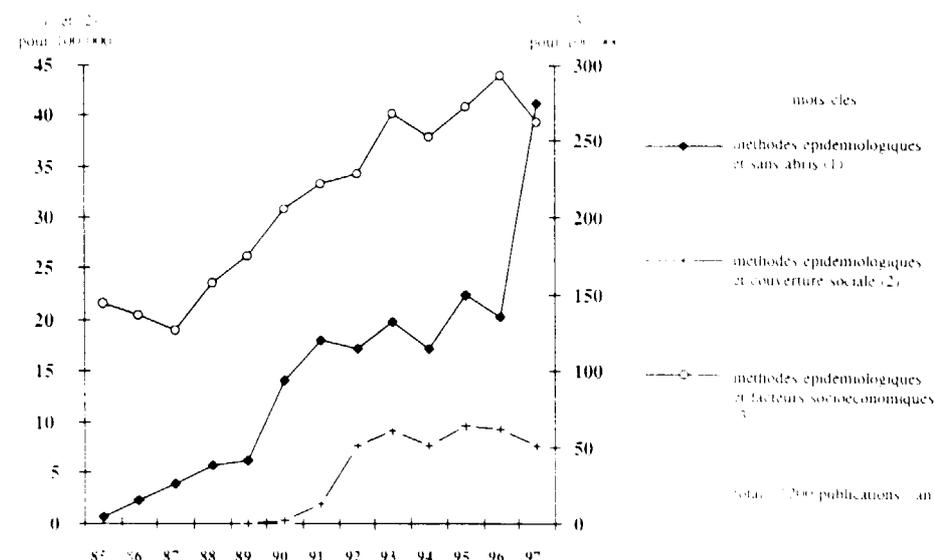
Ces formations, initiales ou continues, sont nécessairement **pluridisciplinaires**, associant des approches sociologiques, économiques, historiques, épidémiologiques, éthiques et de santé publique. Elles doivent intégrer des intervenants de terrain, des volontaires des associations, des professionnels du médico-social et des spécialistes des disciplines sus citées. Elles doivent mettre en perspective une approche internationale (et en particulier Européenne) de la problématique évoquée.

Ces formations méritent d'être **ouvertes à tous**, aux hospitaliers et aux non hospitaliers (médecins et infirmières libéraux, travailleurs sociaux de quartier, cadres de l'assurance maladie, médecins scolaires ou du travail, etc...). Elles deviennent ainsi l'occasion d'échanges et de partages d'expériences hautement profitables dans l'optique d'un hôpital ouvert sur la ville, intégré dans des réseaux de prise en charge de ces populations.

9) Promouvoir et susciter la recherche sur ces questions

Constats Les travaux de recherche sur les déterminants sociaux de la santé, les inégalités de santé, les états de santé des populations fragilisées et vulnérables, les stratégies de soins et de prévention adaptées aux contextes sociaux et aux conditions de vie en santé, les interrelations entre les processus sociaux et sanitaires restent trop peu développés en France quand il s'agit, chez nos voisins, d'un thème de recherche et de publications en pleine expansion.²⁴

Proportion de publications scientifiques référencées dans Medline¹ au cours des 12 dernières années se rapportant à des études épidémiologiques traitant des sans-abris, de la couverture sociale et de facteurs socio-économiques.²⁵



Récemment, des initiatives publiques ont mobilisé des moyens et des équipes de recherche sur ces questions. Ainsi, l'INSERM mobilise deux intercommissions sur ces sujets et le Fond

²⁴ Nous nous contenterons de citer trois ouvrages qui font référence sur ces questions et qui n'ont aucun équivalent en France :

Townsend P, Davidson N, Black DAK, Whitehead M, eds. *Inequalities and health. The Black Report*. Londres (UK). Penguin Books, 1992.

Evans RG, Barer ML, Marmor TR, eds. *Etre ou ne pas être en bonne santé, biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Montréal (Québec). Presses de l'Université de Montréal et John Libbey Eurotext, 1996.

Waddell C, Petersen AR, eds. *Just health: inequality in illness, care and prevention*. Melbourne (Australie), Churchill Livingstone, 1995.

²⁵ Chauvin P. Précarisation sociale et états de santé : le renouvellement d'un paradigme épidémiologique. In: Lebas J, Chauvin P, eds. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion, 1998 (sous presse).

d'Intervention en Santé Publique, piloté par la Direction Générale de la Santé et le Réseau National de Santé Publique, a engagé récemment un appel d'offre thématisé sur ces questions.

Propositions Stimuler par des appels d'offres ciblés et thématiques les équipes de chercheurs, de compétences et disciplines diverses, afin de les engager sur ce terrain de recherche.

Privilégier les projets ayant des objectifs clairement analytiques, associant des équipes pluridisciplinaires de recherche et des acteurs de terrain (hospitaliers, associatifs, de ville), intégrant une approche quantitative et qualitatives, en particulier sur les sujets suivants :

- **interrelations entre trajectoires de santé et processus de précarisation** : cumuls des handicaps et des ruptures, impacts sur les états de santé perçus et les représentations de la santé, les morbidités et les modes de recours aux soins, analyses des biographies sociales et sanitaires... ;

- **impact des politiques publiques** sur la santé et les recours aux soins des personnes précaires ;

- **évaluation des pratiques professionnelles** des intervenants confrontés à ces situations ;

- **études des populations précarisées** : si certaines catégories ont été l'objet de nombreuses enquêtes (allocataires du RMI²⁶, chômeurs, toxicomanes, etc...), d'autres (les jeunes, les adolescents, les immigrés, etc...) restent à étudier précisément dans leur rapport à la santé, à l'exposition aux risques et aux comportements dommageables pour leur santé physique et mentale.

²⁶ Gadreau M, Goujon D. Revenu minimum d'insertion et santé : quelles relations ? *Sci Soc Santé* 1994; 12: 77-104.

- des travaux de **recherche clinique** doivent être suscités sur ces questions (comme cela a été fait concernant les stratégies thérapeutiques de l'infection à VIH et de la tuberculose adaptées aux conditions de vie et aux contextes sociaux). Une telle recherche relève complètement de la mission de l'hôpital, lieu de soins et d'excellence.

10) Evaluer les dispositifs et les pratiques

Constats De nombreux dispositifs produisent des données descriptives de leurs activités et de leurs clientèles. **Ces données, unicentriques et parcellaires, nécessitent d'être systématisées**, rapprochées et comparées si on souhaite disposer d'une vue cohérente et informative, si ce n'est exhaustive, des populations consultantes.

Dans certains cas, ces initiatives ont été l'occasion de développer **des outils de suivi et d'évaluation** innovants, encore peu répandus dans les consultations hospitalières et pourtant profitables à tous.

Propositions Systématiser les **indicateurs d'activité** des dispositifs PASS : populations accueillies, situations sociales, motifs de recours aux soins bien sûr, mais aussi besoins de santé, dépistages, récupération des droits sociaux et accès aux soins de ville, suivi des coûts.

Développer des outils pour améliorer les soins de premier recours : guidelines cliniques et thérapeutiques, stratégies de prévention, évaluation des pratiques.

Intégrer des données sociales individuelles systématiquement recueillies dans **les systèmes d'information hospitaliers** (PMSI).

Intégrer la mise en place des dispositifs PASS et des dispositifs afférents (suivi, évaluation, formation) dans les critères d'**accréditation** des hôpitaux par les Agences Régionales d'Hospitalisation.

Evaluer régulièrement, dans le cadre des plans départementaux d'accès aux soins des populations précaires, l'adaptation des dispositifs hospitaliers aux besoins réels - et donc éminemment variables - des populations locales.

Nous remercions les personnes consultées pour l'élaboration de ce travail,

Christine d'Autume	Direction Générale de la Santé
Claire Bazy Malaurie	Direction des Hôpitaux
Gcneviève Barrier	SAMU de Paris
Pierre Belmant	FNARS
Michel Berthier	Hôpital Jean-Bernard - Poitiers
Jean-Luc Bedos	Association "Droit d'Urgences"
Pierre Chauvin	Institut de l'Humanitaire
Patrick Cherin	Hôpital de la Pitié Salpêtrière
Eric Chevallier	Secrétariat d'Etat à la Santé
Claire Compagnon	Ligue Nationale Contre le Cancer
Danielle Duncel	Hôpital Lariboisière
Jacqueline Delbecq	INSERM
Dominique Farge Blancel	Hôpital Saint-Louis
Hugues Feltesse	UNIOPSS
Martine Fiorello	Croix Rouge Française
Paul Gabay	Ligue Nationale Contre le Cancer
Bruno Grouès	UNIOPSS
Mikaël Guezelot	Hôpital Saint-Antoine
Jacques Hassin	CHAPSA Hôpital de Nanterre
Marie-Josée Imbault-Huart	Institut de l'Histoire de la Médecine
Michel Janowski	Centre Hospitalier André Grégoire - Montreuil
Michel Joubert	I R E S C O
Fatima Kartout	Association RESO
Noëlle Lasne	Médecins Sans Frontières
Gilbert Lagouanelle	Secours Catholique
Antoine Lazarus	Faculté de Médecine de Bobigny
Claude Lejeune	Hôpital Louis Mourier - Colombes
Esmeralda Luciulli	Direction Générale de la Santé
Françoise Marchand	Hôpital Bichat
Joël Menard	Direction Générale de la Santé
Michèle Mézard	ATD Quart Monde
Catherine Patris	Direction Générale de la Santé
Didier Patte	Hôpital Bichat
Serge Paugam	ORS-CNRS
Véronique Ponchet de Langlade	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
Olivier Querouil	DAS - DIRMI
Patrice Rauna	RE ME DE
Jean Daniel Rainhorm	Haut Comité de Santé Publique
Monique Sassier	UNAF
Joëlle Saunière	Hôpital Saint-Antoine
Charles Schweisguth	Association "La Raison du Plus Faible"
Nathalie Simonnot	Médecins du Monde
Cécile Sobieski	Croix Rouge Française
Adolphe Steg	Hôpital Cochin

Ainsi que *Mesdames Patricia Thimon, Nicole Clairice, Maryvonne Ducrot* qui ont assuré le secrétariat et la réalisation du manuscrit.